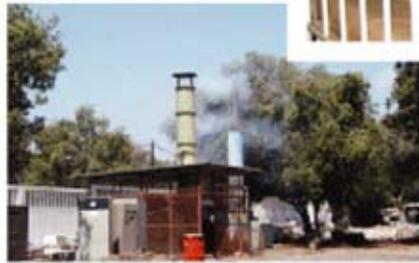


BURKINA FASO
Unité-Progress-Justice

MINISTRE DE LA SANTE

STRATEGIE NATIONALE DE GESTION DES DECHETS **BIOMEDICAUX**



Novembre 2005

ARRETE N°2005 480 /MS/CAB
portant adoption du document de stratégie
nationale de gestion des déchets biomédicaux.

Le Ministre de la Santé

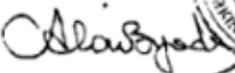
- Vu** la Constitution ;
- Vu** le Décret N°2002-204/PRES du 6 juin 2002, portant nomination du Premier Ministre ;
- Vu** le Décret N°2005-464/PRES/PM du 05 septembre 2005 portant Remaniement du Gouvernement du Burkina Faso ;
- Vu** le Décret N°2002-255/PRES/PM du 18 juillet 2004 portant attribution des membres du Gouvernement ;
- Vu** le Décret N°2002-464/PRES/PM/SGG-CM du 28 octobre 2002, portant organisation du Ministère de la Santé ;

ARRETE

Article 1 : est adopté le document de Stratégie Nationale de Gestion des Déchets Biomédicaux joint en annexe au présent arrêté.

Article 2 : Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié dans le Journal Officiel du Faso.

Ouagadougou, le 23 NOV 2005


Bédouma Alain-YODA
Commandeur de l'Ordre National



The stamp is circular with the text 'LE MINISTRE DE LA SANTE' at the top and 'BURKINA FASO' at the bottom. In the center, there is a smaller emblem with the text 'Le Ministre'.

BURKINA FASO

Ministère de la santé

**STRATEGIE NATIONALE DE
GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX**

Novembre 2005

TABLE DE MATIERES

Liste des abréviations	i
Calendrier de mise en oeuvre et coûts du PAP	xvi
 <i>PARTIE I : ANALYSE DE LA SITUATION</i>	<i>1</i>
 Introduction	2
Contexte et justification	2
 1 Profil biophysique et socio-économique du pays.....	3
1.1 Situation Géographique et administrative	3
1.2 Situation sociodémographique	3
1.3 Situation socioéconomique et sanitaire.....	3
 2 Le Systeme National de santé.....	5
2.1 Politique sanitaire nationale	5
2.1.1 Description du Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS)	5
2.1.2 Organisation du système de santé	6
2.1.3 Les infrastructures sanitaires.....	7
2.1.4 Les ressources humaines en santé.....	8
2.2 Les Déchets biomédicaux (Dbm).....	9
2.2.1 Définition.....	9
2.2.2 Déchets liquides	9
2.2.3 Déchets solides.....	9
2.3 Production des déchets biomédicaux.....	10
2.3.1 Déchets solides.....	10
2.3.2 Déchets liquides	10
2.4 Composition des déchets solides biomédicaux	11
2.5 Risques et impacts des dbm	11
2.5.1 Aspects sanitaires	11
2.5.2 Aspects environnementaux.....	14
2.5.3 Aspects socio-culturels.....	15
2.6 Cadre institutionnel et réglementaire	16
2.7 Cadre institutionnel de la gestion des Dbm	16
2.7.1 Le Ministère de la Santé (MS).....	16
2.7.2 Le Ministère de l'Environnement et du cadre de Vie (MECV)	18
2.7.3 Les collectivités locales	18
2.7.4 Le secteur privé de collecte des déchets.....	19
2.7.5 Les ONG et les OCB.....	19
2.7.6 Les partenaires au développement	19
2.8 Documents de stratégies	20
2.9 Textes législatifs et réglementaires	21
2.10 Les avancées notées dans la gestion des DBM.....	21

2.11	Contraintes majeures dans la gestion des DBM.....	22
2.11.1	<i>Contraintes institutionnelles</i>	22
2.11.2	<i>Contraintes juridiques</i>	22
2.11.3	<i>Contraintes organisationnelles et techniques dans les formations sanitaires.....</i>	22
2.12	Synthèse de l'analyse situationnelle	25
 Partie II : STRATEGIE NATIONALE.....		29
 Strategie de gestion des dechets Biomedicaux (DBM).....		30
2.13	But de la stratégie	30
2.14	Objectif Global	30
2.15	Objectifs spécifiques.....	30
2.16	Activités	31
2.17	Résultats Attendus	31
2.18	Principes de la stratégie.....	32
2.18.1	<i>Principes directeurs.....</i>	32
2.18.2	<i>Principes Spécifiques.....</i>	34
2.18.3	<i>Aspects techniques dans la démarche pour la gestion des DBM.....</i>	38
 3	 Rôles et responsabilités.....	 43
3.1	Ministère de la Santé (MS).....	43
3.1.1	<i>Au niveau national.....</i>	43
3.1.2	<i>Au niveau central.....</i>	43
3.1.3	<i>Au niveau régional et local.....</i>	44
3.1.4	<i>Au niveau des formations sanitaires.....</i>	45
3.2	Le Ministère de l'Environnement et du cadre de Vie (MECV)	46
3.3	Les Ministères en charge de l'Economie et du Développement, des Finances et du Budget	46
3.4	Les municipalités.....	46
3.5	Le secteur privé.....	47
3.6	Les ONG et la Société civile.....	47

PARTIE III : PLAN DE GESTION DES DBM ET PLAN D'ACTION PRIORITAIRE 48

1. Rappel des Problèmes prioritaires.....	49
2. Cadrage global et plan d'action	49
3. Objectifs et activités du Plan d'action GLOBAL.....	51
4. Stratégie de Formation et de sensibilisation.....	55
4.1 Formation des acteurs.....	55
4.2 Sensibilisation des populations et des décideurs	57
5. Contexte et Objectif du Plan d'Action Prioritaire (2006-2009)	60
6. Composantes et activités du Plan d'Action prioritaire	60
6.1 Arrangements Institutionnels et légaux	60
6.2 Structures de gestion des DBM.....	61
• Elaboration et mise en oeuvre des Plans hospitaliers de gestion des DBM.....	61
• Appui à la mise en oeuvre: IMPLICATION du secteur privé.....	61
• Renforcement des Capacités dans la gestion des DBM	61
• Stratégie de mise en oeuvre du PAP	62
Cadre logique du PAP.....	62
Calendrier de mise en oeuvre et coûts du PAP	64
 Bibliographie	 67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1:	Formations sanitaires publiques	8
Tableau 2	Production journalière de DBM	10
Tableau 3	Impacts sanitaires dus à la gestion actuelle des DBM	12
Tableau 4	Risques pour les acteurs formels de la GDBM.....	12
Tableau 5	Risques pour les populations riveraines.....	13
Tableau 6	Risques pour les acteurs informels (récupérateurs)	13
Tableau 7	Risque d'infection par le VIH/SIDA par étape de production des DBM	14
Tableau 8	Impacts dus à la gestion des DBM sur le milieu naturel	15
Tableau 9	Impacts socioculturels	16
Tableau 10 :	Appréciation des CAP en gestion DBM pour les catégories d'acteurs.....	26
Tableau 11 :	Besoins en Formation/ Sensibilisation et Stratégie	27
Tableau 12:	Analyse comparative des différentes technologies d'élimination des DBM solides	40
Tableau 13:	Synthèse du Plan d'Action global - Responsabilités de la mise en œuvre et coûts	59

LISTE DES ABREVIATIONS

BM	:	Banque Mondiale
CAP	:	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC	:	Communication pour le Changement de Comportements
CET	:	Centre d'Enfouissement Technique
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CHUSS	:	Centre Hospitalier Universitaire Sanou Souro de Bobo-Dioulasso
CHUYO	:	Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou
CM	:	Centre Médical
CMA	:	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CMLS	:	Commission Ministérielle de Lutte contre le SIDA et les IST
CNESA	:	Centre National d'Education pour la Santé
CNLS	:	Comité National de Lutte contre le SIDA
CREPA	:	Centre Régional pour l'Eau potable et l'Assainissement
CRESA	:	Centre Régional d'Education pour la Santé et l'Assainissement
CSPS	:	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DAPPN	:	Direction de l'Assainissement, de la Prévention des Pollutions et des Nuisances
DBM	:	Déchets biomédicaux
DEP	:	Direction des Etudes et de la Planification
DGHSP	:	Direction Générale de la tutelle des hôpitaux publics et du sous-secteur sanitaire privé
DGIEM	:	Direction Générale des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DGS	:	Direction Générale de la Santé
DGSP	:	Direction Générale de la Santé Publique
DHPES	:	Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé
DISS	:	Déchets Issus des Soins de Santé
DMH	:	Direction de la Médecine Hospitalière
DMP	:	Direction de la Médecine Préventive
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
DS	:	District Sanitaire
IDH	:	Indice de Développement Humain
IEC	:	Information, Education, Communication
IGESS	:	Inspection Générale des Etablissements et Services de Santé
IGSS	:	Inspection Générale des Services de Santé
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
MAP	:	Multicountry AIDS Program
MEE	:	Ministère de l'Environnement et de l'Eau
MECV	:	Ministère de l'Environnement et du Cadre de Vie
MEDEV	:	Ministère de l'Economie et du Développement

MFB	:	Ministère des Finances et du Budget
MS	:	Ministère de la Santé
OCB	:	Organisation Communautaire de Base
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONEA	:	Office National de l'Eau et Assainissement
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PADS	:	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PA-PMLS	:	Programme National multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et IST
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PNB	:	Produit National Brut
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
SIDA	:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SP/CNLS/IST	:	Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles
SPONG	:	Secrétariat Permanent des ONG
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	:	Virus d'Immunodéficience Humaine

EXUCUTIVE SUMMARY

1. Introduction

Burkina Faso is a sahelian country located in West Africa, covering an area of 274, 200 km², and its population is estimated to 12 000 000 inhabitants. The country is among the poorest in the continent, and near 45% of the population live under national absolute rate of poverty estimated at 82 672 F CFA. The economy is essentially based on agriculture. Health indicators reveal a situation globally precarious. Mortality and morbidity average are very high. To improve the activities on health sector, development, the government, with the supply of donors, had put in place the Supply Programme on Health Development (PADS), whose objective was to better health-being of population based on decentralised and efficient management and planning. The reinforcement of health system includes an important part related to biomedical waste management in health facilities. So, the PADS gave opportunity to the national authorities for developing global strategy on biomedical waste management.

2. Objective

The objective of this study is to elaborate a Biomedical Waste Management (BMWM) Plan appropriately assessed, with clear institutional dispositions whose implementation will allow improving public health, taking account environmental, technical and sociocultural preoccupations. The study will allow determining the different steps of management, to reinforce the coordination and to identify the needs in terms of specific investments, capacity building and training measures.

3. Health system

The health system comprises three levels: the Central; the medium level; the district level. In 2004, 1371 public health care facilities were identified in Burkina Faso. They include: 3 CHN, 9 CHR, 41 CMA, 42 CM, 1148 CSPS, and 67 dispensaries and 16 isolated maternities, 30 infirmaries and 15 other sanitary structures. Private health care facilities are estimated to 320, including cabinets, clinics and laboratories. The health staffs comprise 8000 agents. The annual generation of Biomedical Waste (BDW) is estimated to 1022 tons.

4. Situation analysis: main study results

The main priorities identified in BMWM are the following:

Biomedical waste management is not a priority in the national policy

The policy framework is marked by a lack of national strategy, specific guidelines and procedures in HCWM. There is neither sectorial policy document, no formalised procedures in BDWM. The National Health Policy, the PNDS and the 36yeras plan for implementation, do no give a high priority to BMWM.

The institutional and legal framework is deficient about BMW management

Fields competencies and responsibilities between the different institutions involved in BMW are not clearly defined, particularly between the Ministry of Health, the Ministry of Environment, Municipalities and health facilities.

The lacks of legal framework, marked by the absence of regulations about HCW and regulations inside health facilities, do not allow to ensure a sound management of HCW and to clearly determine responsibilities of each category of actors involved. Without these procedures, it will be difficult to improve BMW in a sustainable way. It will be necessary to develop technical guidelines on biomedical waste collection, transportation, treatment and disposal.

Biomedical waste organization and planning is not efficient

In spite of the remarkable efforts in some health centres, the organization of the BMW through health structures leaves some to be desired: absence of reliable data on the produced amounts; no responsible always designated ; the majority of health centres do not have protective equipment for the staff; absence of a selective collection and the BMW are mixed up with the home refuse insufficiency of pre-collection, collection and storage dustbins as well as a lack of adequate protection equipments for the health care waste managing staff. In the health facilities, various BMW and elimination procedures are used; insufficiency of financial resources. In addition, there is no viable data and information's on BMW management (generation and characterization). Assessment campaigns should be realised to improve knowledge on these planning elements.

Knowledge, attitudes and behaviours in the BMW are globally insufficient

Generally, medical staff (doctors, midwives, nurses) is relatively conscious of the risks linked to the BMW manipulation, even though most of them were not trained to the charge of their management. There is, among the helpers or caring-aids responsible for the removal and emptying wastes dustbins within the health centres, little consciousness of the impacts and effects of bad HCW management. Agents charged to the collection, permanently in contact with the infected wastes, are generally without qualification and have a very low level of education. Most of them work in shaky hygiene and protective condition: not enough and safety equipment, etc. At the level of knowledge, attitudes and practices, several socio-professional categories (hospital staff; the collection staff; the informal scavengers; the people using recycled objects are directly concerned (in term of risks) by the BDWM and are liable to infection and contamination. Another risk concerns the food contamination by animals in landfill sites.

Private companies are a little involved in HCWM

If certain private societies intervene in waste collection and transportation, in the field of BMW, we notice the inexistence of HCW collection specialized companies constitutes a major constraint for the health centres in need of external treatment. The only societies acting in this field use the same material and equipment for both activities. Waste management suffers of lack of financial support from government, with a lot of

constraints in all the process: unmotivated staff; low rate of equipments; irregular collection; etc. Moreover, private managers do not always master the management of these types of specific waste of which they need training sessions, technical supply and capacity building.

Financial resources allocated to BMWM activities are insufficient

Without regular and sufficient financial resources, it is quite impossible to improve BDWM in a sustainable way. The main budget is generally allocated to health care activities in the health facilities. In addition, BDWM costs are not very well mastered. That is why it is necessary to find sustainable mechanism to ensure the finances of BDWM.

5. National Strategy for Biomedical Waste Management

Strategy goal

The BMW Policy goal is to contribute to the well being of all Burkinabè by improving BMWM in a sustainable way.

General Objective

The general objective is to ensure sustainable Biomedical Waste Management by putting in place environmentally sound, technically feasible, economically viable, and socially acceptable systems of BMWM with an aim of developing and maintaining a clean and healthy environment.

Specific objectives

Specifically, the strategy aims to:

- Recognize environmental health as a fundamental right to good health, well-being and to improve quality of life, which can be achieved essentially through a preventive, promotive, and participatory approach in the identification, assessment and mitigation of environmental health factors and occupational health hazards
- Integrate BMWM as a major component of environmental health policy, which is a fundamental right to good health;
- Give high priority and support to BMWM measures aimed at preventing and controlling environmental health factors and occupational health hazards arising from BMW and that may adversely affect the health and well-being of all people in Burkina Faso;
- Promote the principles of integrated BMWM measures based on inter-sector and community participation, and improved co-ordination within the MOH, and with relevant government agencies and NGOs' involved in identifying, assessing,

planning, implementing, monitoring and evaluation of all policies, programs and projects that may concern waste management in general, and BMWM in particular;

- Establish a pro-active, accessible and affordable integrated and holistic environmental health and BMWM services a national, provincial and local levels, with effective co-ordination and co-operation with all the stakeholders involved in BMWM activities
- Ensure the provision of effective financial, material and technical support in order to plan and implement BMWM activities for the benefit of the public in general, and the health staff in particular;
- Harmonize sector policies with BMWM policy in order to promote effective implementation of policies and strategies that include BMWM measures at every level;
- Promote gender-balance by creating an enabling environment at all levels in order for women to actively participate and play roles in decision-making process for planning and implementing BMWM measures;
- Enhance public awareness and education on the importance of BMWM in promoting a sustainable and sound environment and improving the health status and quality of life of the population in general, and health staff in particular.

Activities

In keeping with these specific objectives, the strategy should be centered on the following activities:

- Development of operational strategies on BMWmanagement
- Reinforcement of laws and regulations on BMWmanagement ;
- Sufficiency of financial resources on BMWmanagement
- Reinforcement of human capacities on BMW;
- Supply of technical and technological equipments on BMW management;
- Reinforcement of knowledge, behavior and practices on BMW management;
- Promote involvement of private societies in BMW management

The BMWM policy should initiate a process and support the national response to these questions. It focuses on preventive measures, mainly the initiatives to be taken in order to reduce the health and environmental risks related to present practices. It will also focus on positive actions, which, in the long term, will allow a change of behavior, sustainable BMW management, and protection of individuals against risks of infection.

Expected Results

The expected results are as follows:

- The BMWM institutional, legal, organizational and technical framework will be improved
- All BMW will collected, stored, transported and treated in a secure way

- The actors involved in BMWW will be conscious of risks associated with BMW and have good practices and behavior in the management of these waste
- The general population will be conscious of risks linked with BMWM
- The private sector will be sensitized about the economic opportunities offered by BMWM and will be involved in BMWM activities
- BMWM will be monitored, evaluated and documented at different levels (Ministry of Health and Ministry of Environment)

Moreover, the strategy identifies the director and specific principles; focuses on technical aspects in DMW management; implementation strategy; identification of roles and responsibilities of institutional actors (Ministry of Health, Ministry of Environment, Municipalities, Private sector, NGOs and Civil society).

6. Action Plan

The objective of the Plan of Action (POA) is to impulse the implementation of the policy and the technical guidelines on BMWM, and to give a national response in terms of BMW management, in order to set up a sustainable system of management in health facilities. It will focus on preventive measures, particularly initiatives to be adopted in order to reduce environmental and sanitary risks linked to the actual practices. The following activities are proposed:

Improve the institutional and legal framework in BDWM

- *1 : organize Regional workshops for dissemination of national strategy on BMWM*
- *2 : develop rules and regulations linked to BMWM*
- *3 : Develop technical guidelines in BMWM*
- *4 : Set up BMWM structures and indicate responsible of monitoring (sanitary region; health facility)*

Train the actors in BMWM

- *5 : Elaborate training programmes and train the trainers*
- *6 : Train all the operators acting in the BMWM system*
- *7 : Evaluate training programmes*
- *8 : Involve private sector in the implementation*

Sensitize populations on risks related to BMWM

- *9: Inform populations on dangers related to BMW and the use of recycled objects*

Acquire BDWM material and equipments on

- *10 : Finance acquirement of BMW containers*
- *11 : Finance BMW collection and transportation system*
- *12 : Finance BMW treatment system*

Control and follow-up BMWM activities

- 13 : *Verify chats segregation at source is realised by all actors*
- 14 : *Contrôler les entreprises agréées chargées de la collecte, du transport et de l'élimination des BMW*
- 15 : *Evaluation continue de performance du plan de gestion des BMW*
-

7. Priority Action Plan (2005-2008)

In order to impulse the BMWM strategy, it is necessary to develop a Priority Action Plan (on 3 years) related to emergency measures to be put in place. The objective of this action plan is to launch the BMW strategy, aiming implementation of a sustainable management system in health facilities.

The implementation will be articulated around the following phases:

- **1st phase:** Information, training and awareness campaigns; BMWM structures in health facilities;
- **2nd phase:** Development and approval of plans and guidelines related to BMWM ; Supply health facilities for minimal equipments and materials Doter les formations in BMWM;
- **3rd phase:** Implementation of Pilot Project
- **4th phase :** Implementation and monitoring of BMWM

Implementation Calendar and costs of Priority Action Plan

Activities	Responsables	Others responsa- bles	Costs in FCFA	Calendar/3 years			Financial sources
				1 st	2 nd	3 rd	
Institutional and legal Arrangements							
Finalisation and validation of strategy documents and guidelines	DHPES/MOH	MOE, MOB, MODE	25 000 000	—			PADS
Documents approval by the authorities	MOH	MOE	-	—			
Reinforcement of hygiene staff in health facilities	MOH		-		—	—	
Organisation d'ateliers régionaux de dissémination et de vulgarisation de la stratégie et des guides techniques	DHPES/ MOH		25 000 000		—		PADS
BMWM Structures							
Information and awareness campaigns in all health facilities	CRESA		25 000 000	—			PADS
Set up BMWM Committees in health facilities	health facilities		-	—			
Identification of the main responsible team (role and responsibilities in BMWM)	health facilities		-	—			
Development and implementation of Hospital BMWM plans							
Develop Hospital BMWM plans	health facilities		-		—		

Validate Hospital BMWM plans	DHPES	MOE	-			
Develop internal procedures in BMWM	health facilities					
Implement Hospital BMWM plans	health facilities		-			
Supply health facilities with minimal equipment of BMWM	DHPES and health facilities		500 000 000			PADS
Plan financial provision for BMWM in the health facilities budget	DHPES and health facilities		-			
Develop and implement hospital communication plans	DHPES and health facilities		250 000 000			PADS
Supply in implementation: private sector involvement						
Identify all private firms acting in waste sector	DHPES	MOE	-			
Organise national and regional workshop to inform and sensitize the private actors	DHPES		15 000 000			PADS
Identify the private firms interested in BMWM	DHPES	MOE	-			
Sensitize the private firms interested in BMWM	DHPES	MOE	-			
Define agreement procedures	DHPES and MECV	MOE	-			
Reinforcement of Capacity in BMWM						
Health staff training in BMWM	DHPES		100 000 000			PADS MS
Training for private firms staff (seminar)	DHPES	MOE	20 000 000			PADS
Reinforcement of capacity for DHPES, DGIEM and DAPN staff	PADS	MOE	20 000 000			PADS MS
Reinforcement of operational means for DHPES and DGIEM (Supervision and maintenance)	PADS		100 000 000			PADS MS
Follow-up, monitoring and Appraisal of Priority Action Plan						
Monthly control and follow-up (regional level)	DHPES/MS and MOE	MOE	40 000 000			PADS
Midway and final appraisal	Consultant		10 000 000			PADS
	Total coats of PAP		1 130 000 000			

The cost of this priority action plan is 1, 130, 000 000 fcfa on 3 years

RESUME EXUCUTIF

1. Introduction

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé situé en Afrique de l'ouest, couvrant une superficie de 274 200 km² avec une population estimée à 12 000 000 d'habitants. Il figure parmi les pays les moins avancés et près de 45% de la population vit en dessous du seuil absolu de pauvreté estimé à 82 672 F CFA. L'économie du pays est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage. Les indicateurs de santé révèlent une situation globalement précaire. Ainsi, les taux de morbidité et de mortalité sont très élevés. Dans le souci de renforcer les activités de développement sanitaire, le gouvernement, avec l'appui de ses partenaires, a mis en place la Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) dont l'ambition est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations en s'appuyant sur une approche de planification et de gestion décentralisée basée sur la performance. Le renforcement du système de santé comprend un important volet environnemental relatif à la problématique de la gestion des déchets biomédicaux dans les formations sanitaires. Aussi, les autorités nationales ont saisi l'opportunité offerte par le PADS pour élaborer une stratégie globale de gestion des déchets biomédicaux.

2. Objectif

L'objectif de la présente étude est d'élaborer un système pertinent de planification et de gestion des déchets biomédicaux dont la mise en œuvre permettra d'améliorer la santé publique, tout en respectant les préoccupations environnementales, techniques et socioculturelles. L'étude devra permettre de : (i) déterminer les différentes étapes de gestion, (ii) renforcer la coordination et (iii) identifier les besoins en investissements spécifiques et en renforcement de capacités ainsi qu'en mesures de formation.

3. Système de santé

Le système de santé comprend trois niveaux : central ; régional et district. Selon les estimations de 2004, le Burkina Faso compte 1371 formations sanitaires publiques réparties comme suit: 3 CHN, 9 CHR, 41 CMA, 42 CM, 1148 CSPS, ainsi que 67 dispensaires et 16 maternité isolées, 30 infirmeries et 15 autres structures sanitaires. Les structures sanitaires privées à but lucratif sont estimées à 320, comprenant les cabinets, les cliniques et les laboratoires. Le personnel de santé (secteur public et privé) comprend près de 8000 agents. Ainsi, la production annuelle totale en DBM peut être estimée à environ à 1022 tonnes.

4. Analyse de la situation : les principaux constats de l'étude

Les problèmes prioritaires identifiés sont articulés autour des axes suivants :

La gestion des DBM n'est pas une priorité dans la Politique sanitaire nationale

Le cadre institutionnel est marqué par l'absence d'une stratégie nationale en matière de gestion des déchets hospitaliers. Il n'existe pas de document de politique sectorielle, ni

une délimitation claire des domaines de compétences et de responsabilités des différentes institutions concernées, notamment entre le MS et le MECV. De même, on constate l'inexistence de procédures formalisées de gestion. Ni le document de politique sanitaire nationale, ni le PNDS, encore moins le plan triennal de mise en œuvre, n'accordent un rang de priorité élevé à la gestion des DBM.

Le cadre institutionnel législatif est déficient en matière de gestion des DBM

Les domaines de compétences et de responsabilités des différentes institutions concernées par la gestion des DBM ne sont pas clairement délimités, notamment entre le MS, le MECV, les collectivités et les formations sanitaires. Les lacunes inhérentes au cadre législatif, caractérisé notamment par l'inexistence de lois régissant les DBM ainsi que d'une réglementation interne au sein des formations sanitaires, ne permettent pas de garantir une gestion écologique des DBM et de déterminer de façon claire et précise les rôles et les responsabilités de chacune des catégories d'acteurs concernées. Tant que les procédures ne seront pas définies et les responsabilités clairement délimitées, il ne sera pas possible d'améliorer de façon écologiquement durable le processus de gestion des DBM. Plus spécifiquement, il n'existe pas actuellement de procédure normalisée (guides techniques ou directives) pour la collecte, le transport, le stockage et le traitement des DBM. Si l'on veut promouvoir une filière de gestion rationnelle des DBM, il s'avère nécessaire d'élaborer des directives techniques nationales et de standardiser les procédures de gestion des DBM. Ces directives devront mettre un accent particulier sur le tri à source. Au total, les contraintes portent sur l'absence d'une réglementation nationale, de directives spécifiques et de procédures de contrôle dans la gestion des DBM.

L'organisation et les équipements de gestion des DBM ne sont pas performants

La gestion des DBM dans les formations sanitaires présente quelques insuffisances, malgré les efforts notés dans certains centres de santé. Les contraintes majeures sont : l'absence de plans et/ou de procédures de gestion interne ; l'absence de données fiables sur les quantités produites ; la non désignation systématique de responsable, même si on note la présence de comités technique d'hygiène et d'assainissement dont la plupart n'existe que de nom ; l'insuffisance de matériels appropriés de collecte et des équipements de protection des agents ; le tri non systématique et le mélange des DBM avec les ordures ménagères ; le défaut de conception des incinérateurs artisanaux ; la non maîtrise des techniques de fonctionnement et d'entretien. En plus, il n'existe pas de données et d'informations fiables sur la gestion des DBM (production et caractérisation). Une campagne d'enquêtes et de sondage devra être menée pour améliorer les connaissances portant sur ces éléments de planification.

Les comportements et pratiques dans la gestion des DBM sont globalement médiocres

A priori, le personnel soignant (médecins, sages-femmes, infirmiers) dispose d'un niveau de connaissances, mais dans la pratique, les attitudes et des pratiques laissent à désirer en matière de gestion des DBM. Au niveau du personnel hospitalier d'appui (aides-soignants, agents d'entretien, etc.), des collecteurs de déchets et des populations, des efforts importants de formation et de sensibilisation seront nécessaires.

En effet, ces catégories d'acteurs connaissent peu (ou pas du tout) les risques liés à la manipulation des DBM et elles accordent très peu d'attention à leur manipulation ; ce qui entraîne souvent des accidents (blessures ou infections). Le niveau d'ignorance des manipulateurs de déchets à la source (dans les hôpitaux et cliniques) ainsi que l'inadéquation et la faiblesse des équipements de stockage, de collecte et de disposition des DBM entraînent un mélange de ces derniers avec les autres déchets solides moins nocifs, notamment au niveau des décharges publiques ou sauvages très fréquentées par les animaux domestiques en quête de nourriture.

Les sociétés privées sont faiblement impliquées dans une gestion professionnelle des DBM

Si certaines sociétés privées interviennent dans la collecte et le transport des déchets ménagers, il n'en est pas de même pour ce qui concerne les DBM : aucune société privée n'est réellement active exclusivement dans ce domaine, ce qui constitue une contrainte majeure dans la professionnalisation du secteur. Les rares qui interviennent sont ceux qui ramassent les ordures ménagères, et le même matériel inapproprié (camions benne) est utilisé pour les deux prestations.

En plus, la gestion des déchets solides souffre d'un manque cruel de soutien financier de la part de l'Etat ; ce qui se traduit par des contraintes dans tout le processus : démotivation des agents collecteurs, faible taux de remplacement des équipements, irrégularité de la collecte, etc. Par ailleurs, les gestionnaires de ces entreprises privées ne maîtrisent pas toujours tout le processus de management de ces types de déchets spéciaux pour lesquels ils ont besoin de formations, d'appuis techniques et de renforcement de capacités.

Les ressources financières allouées à la gestion des DBM sont insuffisantes

Sans allocation budgétaire régulièrement établie pour la gestion des DBM, il est presque impossible d'envisager une amélioration durable de leur gestion. Or, les allocations relatives aux DBM sont quasiment symboliques dans les établissements de soins comparativement aux ressources affectées aux soins médicaux. Les coûts afférents à la gestion des DBM restent mal maîtrisés et les ressources financières font défaut. Aussi, apparaît-il indispensable de trouver un mécanisme permettant d'assurer de façon durable le financement de la gestion des DBM.

5. Stratégie nationale de gestion des DBM

But de la stratégie

Le but de la stratégie de gestion des DBM est de contribuer au bien être de tous les Burkinabé en améliorant la gestion des DBM dans des conditions de durabilité.

Objectif Global

L'objectif global est d'assurer une gestion durable des DBM en mettant en place des systèmes viables au plan environnemental, techniquement faisable, socialement acceptable, susceptibles de garantir un environnement sain et propre.

Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, la stratégie vise à :

- Reconnaître et considérer l'hygiène hospitalière comme droit fondamental pour la bonne santé.
- Intégrer la gestion des DBM comme une composante majeure de la politique d'hygiène sanitaire, laquelle est un droit fondamental pour une bonne santé;
- Accorder une priorité élevée et un appui fort aux mesures et activités de gestion des DBM visant la prévention et le contrôle des facteurs d'hygiène hospitalière et de risques de contamination pouvant provenir des DBM et qui peuvent affecter malencontreusement la santé et le bien-être des populations.
- Promouvoir les principes des mesures de gestion intégrée des DBM, mesures basées sur la participation intersectorielle et communautaire, et une coordination améliorée et renforcée au sein du Ministère de la Santé, avec les agences gouvernementales concernées, les collectivités locales, les ONG et le secteur, dans l'identification, la planification, la mise en œuvre, le contrôle et le suivi-évaluation des stratégies, programme et projets ayant trait à la gestion des déchets en général, et des DBM en particulier ;
- Fournir des services et prestations pro-actifs, accessibles et abordables en matière d'hygiène environnementale et de gestion des DBM, aux niveaux national, provincial et local, avec une co-ordination effective avec l'ensemble des acteurs interpellés par les activités de gestion des DBM ;
- Assurer un appui financier, matériel et technique effectif pour permettre la planification et la mise en œuvre des activités de gestion des DBM aussi bien pour la santé des populations que pour le personnel médical;
- Harmoniser les politiques et stratégies sectorielles avec la stratégie de gestion des DBM de manière à ce que cette dernière soit effectivement présente à tous les niveaux lors de la mise en œuvre;
- Renforcer l'information, l'éducation et la sensibilisation du public en général, sur l'importance de la gestion des DBM dans l'amélioration du cadre de vie et de l'hygiène environnementale et de la santé publique.

Activités

L'atteinte de ces objectifs devrait passer par la réalisation des actions suivantes :

- Développement des stratégies spécifiques opérationnelles sur la gestion des DBM
- Renforcement des lois et règlements sur la gestion des DBM;
- Garantie de ressources financières constantes et consistantes à la gestion des DBM
- Renforcement des capacités humaines dans la gestion des DBM ;
- Appui matériel, technique et technologique à la gestion des DBM (collecte et traitement);
- Développement des Connaissances, Attitudes et Pratiques pour un changement de comportements dans la gestion des DBM;
- Plaidoyer pour l'implication des sociétés privées dans la gestion des DBM.

La stratégie de gestion des DBM devrait initier un processus et apporter une réponse nationale permettant l'atteinte de ces objectifs. Elle met l'accent d'une part, sur des mesures préventives, principalement les initiatives à prendre pour réduire les risques sur la santé et sur l'environnement liés aux pratiques actuelles et d'autre part, sur les actions positives, qui, dans le long terme, conduiront à un changement de comportements, à une gestion durable des DBM, et à la protection des individus contre les risques d'infection.

Résultats Attendus

Les résultats suivants sont attendus:

- Le cadre institutionnel, légal, organisationnel et technique de gestion des DBM est amélioré;
- Tous les DBM sont collectés, stockés, transportés et éliminés en toute sécurité
- Les acteurs impliqués dans la gestion des DBM sont conscients des risques liés aux DBM, et ont de bonnes pratiques dans la gestion de ces déchets ;
- La population est consciente des risques liés aux DBM
- Le secteur privé est conscientisé sur les opportunités économiques offertes par la gestion des DBM et est impliqué dans ses activités
- La gestion des DBM est suivie, évaluée et documentée aux différents niveaux : Ministère de la Santé (Districts sanitaires, DRS, niveau central) et Ministère de l'Environnement.

Par ailleurs, la stratégie identifie les principes directeurs et spécifiques; met l'accent sur les aspects techniques dans la gestion des DBM ; la stratégie de mise en œuvre ; l'identification des rôles et responsabilités des acteurs institutionnels (Ministère de la Santé ; Ministère de l'Environnement et du Cadre de Vie ; Les municipalités ; Le secteur privé ; Les ONG et la Société civile).

6. Plan d'action

Le Plan de Gestion des DBM qui sera présenté a pour objectif d'initier un processus et d'appuyer la réponse nationale en matière de gestion des déchets biomédicaux. Il mettra l'accent sur les mesures préventives, notamment les initiatives à adopter en vue de réduire les risques sanitaires et environnementaux liés aux pratiques actuelles, à partir d'actions concrètes devant permettre, à terme, un changement de comportement, une gestion écologiquement durable des DBM et une protection des acteurs contre les risques d'infection. Les axes d'intervention suivants sont proposés :

Améliorer le cadre institutionnel et législatif de la gestion des DBM

- *Etape 1 : Organisation d'ateliers régionaux de dissémination et de vulgarisation de la stratégie de gestion des DBM*
- *Etape 2 : Elaborer et faire adopter un texte législatif relatif à la gestion des DBM*
- *Etape 3 : Elaborer des guides de gestion des DBM*
- *Etape 4 : Mettre en place des Comités de gestion des DBM et nommer des responsables du suivi de la gestion (région sanitaire ; formation sanitaire)*

Former les acteurs dans la gestion des DBM

- *Etape 5 : Elaborer des programmes de formation et former les formateurs*
- *Etape 6 : Former l'ensemble des opérateurs de la filière de gestion des DBM*
- *Etape 7 : Evaluer la mise en œuvre du plan de formation*
- *Etape 8 : Impliquer le secteur privé dans la mise en œuvre*

Sensibiliser les populations la gestion sur les risques liés aux DBM

- *Etape 9: Informer les populations sur les dangers liés au DBM*

Acquérir des matériels et équipements de gestion des DBM

- *Etape 10 : Financer l'achat des contenants spécifiques aux DBM*
- *Etape 11 : Financer l'achat des moyens de collecte et de transport des DBM*
- *Etape 12 : Financer l'achat des moyens de traitement des DBM*

Contrôler et suivre les activités de gestion des DBM

- *Etapas 13 : Contrôler que tous les acteurs effectuent le tri sélectif à la source*
- *Etape 14 : Contrôler les entreprises agréées chargées de la collecte, du transport et de l'élimination des DBM*
- *Etape 15 : Evaluer continuellement la performance du plan de gestion des DBM*

7. Plan d'Action Prioritaire (2005-2008)

Dans une logique de réaliste et de donner une impulsion significative à la mise en œuvre de la stratégie de gestion des DBM, il est indiqué d'élaborer un plan d'actions prioritaires (sur trois ans) concernant les mesures d'urgence à mettre en place. L'objectif visé par le Plan d'Action Prioritaire de gestion des DBM est d'impulser les activités d'urgence, durant les premières années et de mettre en œuvre la stratégie et des guides techniques de gestion des DBM, dans la perspective de mettre en place un système durable de gestion dans les formations sanitaires.

La stratégie de mise en oeuvre du plan de gestion des DBM sera articulée autour des axes suivants:

- **1^{ère} phase:** Information, formation et sensibilisation des structures de gestion des DBM dans les formations sanitaires
- **2^{ème} phase:** Elaboration et approbation des plans et guides de gestion des DBM; Dotation des formations sanitaires d'équipements et matériels minima de gestion des DBM
- **3^{ème} phase:** Mise en œuvre de projet pilote
- **4^{ème} phase :** Mise en oeuvre et suivi/évaluation de la gestion des DBM

Calendrier de mise en oeuvre et coûts du PAP

Activités	Responsable	Autres concernés	Coûts en FCFA	Calendrier/3 ans			Source finance
				1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	
Arrangements Institutionnels et légaux							
Finaliser et valider les documents de stratégie et les guides	DHPES/MS	MECV, MEDEV, MFB	25 000 000	—			PADS
Faire approuver lesdits documents par les autorités	MS	MECV	-	—			
Renforcer le personnel d'hygiène dans les formations sanitaires	MS		-		—		
Organiser des ateliers régionaux de dissémination et de vulgarisation de la stratégie et des guides techniques	DHPES/MS		25 000 000	—			PADS
Structures de gestion des DBM							
Organiser des rencontres d'information et de sensibilisation dans toutes les formations sanitaires	CRESA		25 000 000	—			PADS
Installer les Comités de gestion des DBM dans les formations sanitaires	Formations sanitaires		-	—			
Désigner l'équipe principale responsable (définition des rôles et des responsabilités dans la gestion des DBM)	Formations sanitaires		-	—			
Elaboration et mise en oeuvre des Plans hospitaliers de gestion des DBM							
Elaborer des plans hospitaliers de gestion des DBM	Formations sanitaires		-		—		
Valider les plans hospitaliers de gestion des DBM	DHPES	MECV	-		—		
Elaborer des procédures internes de gestion des DBM	Formations sanitaires						
Mettre en oeuvre les plans hospitaliers de gestion	Formations sanitaires		-			—	
Doter les formations sanitaires de matériels minima de gestion des DBM	DHPES et Formations sanitaires		500 000 000			—	PADS
Planifier une provision financière pour la gestion des DBM dans le budget des formations sanitaires	DHPES et Formations sanitaires		-		—		
Elaborer et mettre en oeuvre des plans de communication hospitaliers	DHPES et Formations sanitaires		250 000 000	—	—	—	PADS
Appui à la mise en oeuvre: implication secteur privé							
Identifier tous les privés intervenant dans le secteur des déchets	DHPES	MECV	-	—			
Organiser une rencontre au niveau national et régional pour informer et sensibiliser ces acteurs privés	DHPES		15 000 000	—			PADS
Sélectionner les privés intéressés par la gestion des DBM	DHPES	MECV	-		—		
Sensibiliser les compagnies intéressées	DHPES	MECV	-		—		
Déterminer les procédures d'autorisation des privées	DHPES	MECV	-			—	

Renforcement des Capacités dans la gestion des DBM							
Former le personnel de santé dans la gestion des DBM	DHPES		100 000 000	—			PADS MS
Organiser des séminaires de formation pour le personnel des privées	DHPES	MECV	20 000 000	—			PADS
Renforcer les capacités des agents de la DHPES, DGIEM et DAPN	PADS	MECV	20 000 000		—		PADS MS
Renforcer les moyens opérationnels de la DHPES et de la DGIEM (Supervision et maintenance)	PADS		100 000 000	—			PADS MS
Suivi et Evaluation du plan d'action Prioritaire (PAP)							
Assurer le contrôle et le suivi au niveau régional	DHPES/MS	MECV	40 000 000	—			PADS
Faire les évaluations à mi-parcours et finale	Consultant		10 000 000			—	PADS
	Total coûts du PAP		1 130 000 000				

Le coût du programme prioritaire est de 1 130 000 000 fca sur 3 ans

PARTIE I : ANALYSE DE LA SITUATION

INTRODUCTION

Contexte et justification

Au Burkina Faso, comme dans la plupart des pays africains, la gestion inappropriée des déchets issus des soins de santé (collecte, maniement, stockage) constitue un risque non seulement pour le personnel hospitalier, les populations fréquentant les structures sanitaires, mais aussi les services municipaux chargés de la collecte des déchets solides provenant de ces milieux de soins.

Face à cette problématique, le Ministère de la Santé, dans le cadre du Projet d'Appui au Programme National multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (PA-PMLS) financé par la Banque mondiale, a décidé d'élaborer en 2002, une Stratégie Nationale de Gestion des déchets biomédicaux. Cette étude stratégique a été réalisée en 2002.

Toutefois, compte tenu des mutations opérées dans le secteur de la santé ainsi que les études récentes et autres innovations technologiques en la matière, les autorités sanitaires ont jugé nécessaire, dans le cadre du Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) récemment mis en place, de revisiter cette stratégie en vue de l'actualiser.

L'objectif de la présente étude est d'apprécier le niveau actuel de gestion des déchets biomédicaux dans les structures sanitaire du pays en vue d'aider à l'actualisation du Plan de Gestion des Déchets Biomédicaux antérieurement élaboré, en proposant des systèmes de gestion des déchets techniquement faisables, économiquement viables, et socialement acceptables. Cette actualisation devra aussi permettre d'indiquer les options prises pour l'ensemble des structures sanitaires du pays (hôpitaux nationaux et régionaux, centres de santé, postes de santé, cliniques privées, etc.). Elle permettra enfin une clarification des arrangements institutionnels entre acteurs concernés, une actualisation des coûts et la proposition d'un plan d'action prioritaire dans la gestion des déchets biomédicaux.

La méthodologie mise en œuvre dans le cadre de l'étude a combiné plusieurs types de démarches, en particulier : (i) la collecte et l'exploitation de l'ensemble des documents relatifs aux déchets biomédicaux au Burkina Faso (textes législatifs et réglementaires, documents techniques, etc.) ; (ii) l'organisation de rencontres avec les principales catégories d'acteurs interpellées par la gestion des déchets biomédicaux tant au niveau central que décentralisé (services techniques de l'Etat, services techniques des Collectivités locales, ONG, institutions privées, projets de développement, etc.); (iii) visites de sites au niveau i) d'un échantillon de structures sanitaires¹ et ii) des décharges publiques ou sauvages d'ordures ménagères en milieu urbain.

¹ Les paramètres d'échantillonnage ont été raisonnés sur la base de la typologie des formations, les questions liées au statut (public, privé) et à l'échelle (niveau national, provincial et local.).

1 PROFIL BIOPHYSIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE DU PAYS

1.1 Situation Géographique et administrative

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé situé en Afrique de l'ouest. Il couvre une superficie de 274 200 km² et est limité par six pays : le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Son climat tropical de type soudanien alterne une saison sèche d'octobre à avril et une saison pluvieuse de mai à septembre. La végétation est de type soudano-sahélien et le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d'eau dont les principaux sont le Mouhoun, le Nakambé et le Nazinon. Le territoire national est divisé en treize régions administratives et de planification issues de la loi N°013-2001/AN du 02/07/2001, relative à la décentralisation pour la production et la représentativité des données. Il s'agit des régions suivantes : le Nord, le Centre-sud, le Plateau central, la Boucle du Mouhoun, le Centre-est, le Sud-ouest, le Centre-ouest, l'Est, les Cascades, les Hauts bassins, le Sahel, le Centre-nord et le Centre. Les régions sont découpées en : provinces (45), départements (330), communes et villages.

1.2 Situation sociodémographique²

La population du pays est estimée à 12 000 000 million d'habitants, avec un taux d'accroissement général de 2.4% par an. Il s'agit d'une population à composante essentiellement jeune : plus de la moitié (55%) a moins de 15 ans. La population vit à près de 90% en milieu rural et les femmes représentent près de 52%. L'espérance de vie à la naissance est d'environ 43 ans. En 2003, l'ensemble des Burkinabè de plus de quinze (15) ans sachant lire et écrire dans une langue quelconque, est estimé à 22% dont 29,4% pour les hommes et 12,5% pour les femmes. Le taux brut de scolarisation au primaire est de 47,5% à la rentrée 2002 - 2003 contre 42,7% en 200-2001. Le taux d'alphabétisation a aussi enregistré une faible progression, passant de 18,9% en 1994 à 32,25% en 2003, avec de fortes disparités d'une part, entre les hommes et les femmes, et, d'autre part, entre zones urbaines et rurales. Les Mossi représentent près de la moitié de la population du Burkina qui est caractérisée par une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. En plus de la langue officielle qui est le français, les principales langues nationales parlées sont le mooré, le dioula et le fulfuldé. Les religions sont dominées par l'islam, le christianisme et l'animisme.

1.3 Situation socioéconomique et sanitaire³

Le Burkina Faso figure parmi les pays les moins avancés. Son indicateur de développement humain de 0,302 en 2004, le place au rang de 175^{ème} sur 177 pays.

Sur la base d'un seuil absolu de pauvreté estimé à 82 672 F CFA en 2003 contre 72 690 FCFA par adulte et par an en 1998, la proportion des pauvres est passée de 45,3% à 46,4%, soit une aggravation de 1,1 point. L'économie du pays est essentiellement

² Source : Cadre Stratégique de lutte contre la pauvreté, Ministère de l'Economie et du Développement, Burkina Faso

³ idem

basée sur l'agriculture et l'élevage. Les produits primaires constituent les premiers produits d'exportation avec près de 90% d'origine agricole.

La promotion des secteurs sociaux de base (éducation de base, santé de base y compris la santé de la reproduction, eau potable, nutrition, hygiène et assainissement) a toujours constitué la pierre angulaire de la stratégie de développement du Burkina Faso. En effet, 16 à 19% des ressources nationales et de l'aide publique au développement sont consacrées à ces services. Toutefois, le pays souffre encore d'un faible niveau de développement du capital humain entraînant une faible productivité du travail, notamment dans le secteur agricole, source d'emploi et de revenus pour près de 80% de la population active.

La situation en matière d'approvisionnement en eau potable s'est améliorée. L'analyse des résultats de l'enquête sur les conditions de vie des ménages réalisée par l'INSD en 2003, révèle que 60% de la population s'approvisionne au niveau d'une source d'eau potable (54,4% au niveau des forages et fontaines et 6,1% au niveau du robinet du réseau d'adduction d'eau).

Les indicateurs de santé révèlent une situation globalement précaire. Ainsi, les taux de morbidité et de mortalité sont très élevés. Selon les résultats du recensement général de la population et de l'habitation de 1996, le taux de mortalité générale était de 14,8‰ et celui de la mortalité infantile de 105,3‰. Quant à la mortalité maternelle, elle est de 484 pour 100.000 naissances vivantes selon l'enquête démographique et de santé de 1998. Cette situation est imputable aux maladies infectieuses et parasitaires et à l'expansion de l'infection à VIH. Cette pandémie est devenue un problème majeur de santé publique et, surtout de développement car elle handicape les capacités de production dans tous les secteurs. En 2002, près de 250.000 personnes vivaient avec le VIH/SIDA dont plus de la moitié était des femmes. La prévalence de l'infection à VIH au sein de la population, principalement active, de 15-49 ans, est en constante diminution (4,2% en 2002 contre 6,5% en 2001 et 7,17% en 1997, selon les estimations de l'OMS/ONU-SIDA).

2 LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE

2.1 Politique sanitaire nationale

La politique sanitaire du pays, conduite par le Ministère de la Santé, est déclinée dans le Document de Politique Sanitaire Nationale. L'objectif général de la Politique Sanitaire Nationale est d'améliorer l'état de santé des populations et les objectifs spécifiques sont les suivants : (i) accroître la couverture sanitaire nationale ; (ii) améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé ; (iii) optimiser la gestion des ressources humaines en santé ; (iv) améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé ; (v) réduire la propagation du VIH/SIDA ; (vi) promouvoir la santé des groupes vulnérables ; (vii) renforcer les capacités institutionnelles du ministère.

Instrument de mise en œuvre du document de politique sanitaire, le PNDS a pour objectif général de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations. Pour atteindre cet objectif, huit (8) objectifs intermédiaires concourant tous à l'amélioration de la performance du système national de santé ont été identifiés : (i) accroître la couverture sanitaire nationale ; (ii) améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé ; (iii) renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles ; (iv) réduire la transmission du VIH ; (v) développer les ressources humaines en santé ; (vi) améliorer l'efficacité des services ; (vii) accroître les financements du secteur de la santé ; (viii) renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé. Le PNDS ne fait pas référence explicitement aux déchets de soins de santé.

2.1.1 Description du Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS)

Le Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) est une initiative conjointe entre le Ministère de la Santé et ses partenaires pour une meilleure coordination et une gestion rationnelle des ressources mobilisées. Le PADS s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. Il a ainsi pour ambition de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations à travers la création et la gestion d'un fonds commun pour financer les activités de développement sanitaire en s'appuyant sur une approche de planification et de gestion décentralisée basée sur la performance. Les résultats issus de la mise en œuvre du PADS devront déboucher sur une amélioration de la qualité et l'utilisation des services de santé. Sous ce rapport, la mission du PADS est de contribuer à la mise en place d'un financement durable du PNDS par l'ensemble des intervenants du secteur santé. Les objectifs visés par le PADS sont : (i) renforcer la gestion décentralisée basée sur la performance ; (ii) élargir la base financière du PADS ; (iii) assurer une gestion rationnelle des fonds mobilisés ; (iv) augmenter la capacité des services de santé et des ONG/Associations à prendre en charge, un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA ; (v) capitaliser les expériences acquises du programme.

2.1.2 Organisation du système de santé

2.1.2.1 Organisation administrative

L'organisation administrative du système de santé comprend trois niveaux :

- le niveau central est organisé autour du cabinet du ministre et du secrétariat général ;
- le niveau intermédiaire comprend les Directions Régionales de la Santé (DRS). Elles ont pour mission de mettre en œuvre la politique du gouvernement dans les régions sanitaires ;
- le niveau périphérique est représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé.

Cette organisation connaît des insuffisances. En effet, les relations hiérarchiques et opérationnelles entre des différents niveaux ne sont pas toujours bien définies, ce qui entraîne des insuffisances dans la coordination et le respect des attributions. La non concordance entre le découpage administratif et le découpage sanitaire notamment au niveau des districts urbains, crée des difficultés d'organisation et de fonctionnement des structures.

2.1.2.2 Le secteur sanitaire public

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires. Le premier niveau est constitué par le District Sanitaire qui comprend deux échelons. Le premier échelon de soins est le Centre de Santé et de promotion Sociale (CSPS) et le deuxième échelon est le Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA) qui sert de référence pour les formations sanitaires du district. Le deuxième niveau est représenté par le Centre Hospitalier Régional (CHR) qui sert de recours et de référence aux CMA. Le troisième niveau constitué par le Centre hospitalier Universitaire (CHU) qui est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés et qui sert de cadre de formation des personnels et de recherche. Le document de politique sanitaire souligne que « malgré les efforts sur le plan institutionnel et juridique pour rendre plus performant le secteur hospitalier, la qualité des soins offerts est encore faible (soins d'urgence, soins de référence). Cette mauvaise qualité peut s'expliquer par les insuffisances dans le domaine managérial au sein des hôpitaux, le non respect des normes en personnel, en équipements de soins, la faiblesse des plateaux techniques, etc. Ce qui fait que les hôpitaux ne jouent pas leur rôle de référence (...) ».

2.1.2.3 Le secteur sanitaire privé

L'exploitation des établissements sanitaires privés, notamment à but lucratif, se fait individuellement et constitue un monopole de professionnels de la santé, exception faite des dépôts de médicaments qui peuvent être gérés par des non professionnels de la santé. A côté de ces exploitations individuelles, les associations et les ONGs ouvrent de plus en plus des établissements sanitaires privés. L'évolution du secteur privé ne lui permet pas d'être complémentaire au secteur public, par manque de collaboration et de

politique formelle de sa promotion. Cette insuffisance est en passe d'être corrigée avec la politique de contractualisation en cours de finalisation. Cette politique prévoit la signature de contrat de prestation entre les établissements publics et ceux du privé.

2.1.2.4 Le secteur sanitaire traditionnel

La médecine et la pharmacopée traditionnelles ont été reconnues par la loi portant Code de Santé Publique. Les praticiens de cet art médical disposent d'un cadre de concertation à travers l'Association Nationale des Tradipraticiens, qui comprend plus de 25 000 membres adhérents et qui représentée au niveau des 45 provinces et 330 départements du pays. Au niveau national, il a été adopté un document cadre de politique nationale de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles. Par ailleurs, le PNDS met l'accent sur la nécessité de renforcer la collaboration avec les associations de tradipraticiens, notamment par la mise en place d'un cadre de collaboration, la fourniture d'un appui technique et financier aux associations locales, la formation des tradipraticiens à l'amélioration de la qualité de leurs prestations.

2.1.2.5 La mobilisation sociale et la participation communautaire

L'analyse du secteur santé faite dans le document de politique sanitaire souligne que « différentes initiatives développées au niveau national ont permis de capitaliser des acquis dans le domaine de la mobilisation sociale et de la participation communautaire, mais des insuffisances demeurent. Elles se traduisent principalement par l'absence de stratégie de mobilisation sociale et de plan de communication, l'insuffisance de collaboration intersectorielle pour mieux accompagner les efforts des communautés à s'organiser ou pérenniser les actions de mobilisation et surtout de méconnaissance de l'approche participative par la majorité des intervenants ». Il convient toutefois de noter que le Gouvernement a adopté en juillet 2005, un document de politique nationale d'information, d'éducation et de communication en matière de santé.

2.1.3 Les infrastructures sanitaires

Selon les estimations de 2004, le Burkina Faso compte 1371 formations sanitaires publiques réparties comme suit: 3 CHN, 9 CHR, 41 CMA, 42 CM, 1148 CSPS, ainsi que 67 dispensaires et 16 maternité isolées, 30 infirmeries et 15 autres structures sanitaires. Les structures sanitaires privées à but lucratif sont estimées à 320, comprenant les cabinets, les cliniques et les laboratoires.

Tableau 1: Formations sanitaires publiques

Régions Sanitaires	Types de Formation Sanitaires									Total
	CHU	CHR	CMA	CM	CSPS	Disp	Mat	Inf	Autres	
DRS du Centre / Ouagadougou	02	00	05	08	61	16	02	05	01	100
DRS des Hauts Bassins / Bobo Dioulasso	01	00	03	04	126	08	00	14	04	160
DRS du Plateau Central / Ziniaré	00	00	02	01	85	02	01	03	00	94
DRS de l'Est / Fada N'Gourma	00	01	03	02	81	02	01	01	00	91
DRS du Nord / Ouahigouya	00	01	03	04	119	14	09	00	00	150
DRS du Centre-Est/ Tenkodogo	00	01	03	04	94	01	00	00	00	103
DRS du Centre-Ouest / Koudougou	00	01	03	03	106	09	03	00	03	128
DRS du Centre-Nord / Kaya	00	01	03	03	89	02	00	02	01	101
DRS du Centre-Sud / Manga	00	00	04	01	75	03	00	01	01	85
DRS du Sud-Ouest / Gaoua	00	01	03	03	59	03	00	02	00	71
DRS du Sahel / Dori	00	01	03	02	59	04	00	01	01	71
DRS des Cascades / Banfora	00	01	01	01	59	03	00	00	00	65
DRS de la Boucle du Mouhoun / Dédougou	00	01	05	06	135	00	00	01	04	152
Total Général	03	09	41	42	1 148	67	16	30	15	1 371

2.1.4 Les ressources humaines en santé

Le personnel de santé du secteur public comprend 7700 agents dont : 403 médecins, 60 pharmaciens, 36 chirurgiens dentistes, 635 attachés de santé, 476 sages-femmes, 1492 infirmiers brevetés en santé, 1698 infirmiers diplômés d'Etat, 493 filles de salle, 1100 accoucheuses auxiliaires, 32 techniciens d'assainissement, 7 techniciens du génie sanitaire et 1268 d'agents divers : nutritionnistes, orthopédistes, kinésithérapeutes, laborantins, agents itinérants de santé, etc.⁴.

⁴ Source: Données de la DGIEM, 2004

2.2 Les Déchets biomédicaux (Dbm)

2.2.1 Définition

Les déchets biomédicaux sont constitués de déchets liquides et/ou solides, à risque infectieux, provenant de produits de diagnostic, de traitement, de prévention ou de recherche en matière de santé. Les déchets issus des soins de santé font partie des déchets biomédicaux.

2.2.2 Déchets liquides

Ils sont constitués de résidus de sang, de produits chimiques liquides, de liquides médicaux tels que les liquides de lavage gastrique, de ponction pleurale et cardiaque ainsi que les liquides de drainage post-opératoire et les expirations bronchiques et gastriques. Le sang constitue un effluent liquide important en raison de son pouvoir de contamination élevé. Les effluents incluent également les eaux de rinçage de films radiologiques, comme les révélateurs et fixateurs, les produits chimiques en laboratoire comme les réactifs et les solvants, mais aussi les eaux usées ménagères en provenance des cuisines et celles des toilettes et de la buanderie.

2.2.3 Déchets solides

Ces déchets peuvent être répartis en deux catégories :

- les déchets assimilables aux ordures ménagères produits par le personnel de santé ou par les accompagnateurs des malades (restes de repas, papiers et emballages non souillés, serviettes hygiéniques non souillées, déchets provenant des services administratifs, etc.) ;
- les déchets produits au niveau des services spéciaux des établissements de soins de santé : hôpitaux, centres de santé, cliniques, cabinets médicaux, laboratoires d'analyses médicales, centres de fabrication de produits pharmaceutiques et cabinets vétérinaires. Ces déchets sont constitués de:
 - déchets anatomiques (tissus d'organes du corps humain, fœtus, placentas, prélèvements biologiques, éléments d'amputation, autres liquides physiologiques, etc.) ;
 - des déchets toxiques (substances chimiques, films radiographiques, etc.)
 - déchets pointus ou tranchants (lames de scie, aiguilles, seringues, bistouris, sondes diverses, tubes, tubulures de perfusion, verres ayant contenu du sang ou tout autre objet pouvant causer une coupure) ;
 - résidus de pansements (cotons et compresses souillés, garnitures diverses poches de sang, etc.) et les plâtres ;
 - déchets pharmaceutiques (produits pharmaceutiques, médicaments périmés et/ou non utilisés.

2.3 Production des déchets biomédicaux

2.3.1 Déchets solides

En règle générale, la production de DBM dépend de plusieurs facteurs, notamment les méthodes de gestion, le type de formation sanitaire, le nombre de lits et le taux d'occupation, le nombre de patients traités quotidiennement, le degré de spécialisation des soins pratiqués. Au niveau du Burkina, quelques études ponctuelles ont été effectuées sur la caractérisation des DBM (quantité produite et typologie). En l'absence de données fiables, les estimations effectuées s'appuient sur les évaluations de terrain et sur l'expérience capitalisée dans les autres pays africains. Sous ce rapport, les ratios suivants pourraient être retenus, à titre estimatif :

- CHN : 70 kg/jour
- CHR : 13 kg/j
- CMA : 3 kg/j
- CM : 2 kg/j
- CSPS : 1 kg/j
- Maternité isolée : 1 kg/j
- Dispensaire isolée : 1 kg/j
- Clinique privée : 3 kg/j

Le tableau ci-dessous indique la production journalière de DBM (2677.6 kg/j, soit environ 977 tonnes par an), calculée sur la base, de l'estimation faite lors de l'étude actualisée de Mr. Alain LECOQ en 2004.

Tableau 2 Production journalière de DBM

	CHU	CHR	CMA	CM	CSPS	Disp	Mat.	Inf.	Autres	Privés	Total
Nombre	3	9	41	42	1148	67	16	30	15	320	1691
Ratio	70/11.5/37	12.9	3	2	1	1	1	1	1	3	
Total production (kg/j)	118.5	116.1	123	84	1148	67	16	30	15	960	2677.6 kg/j

A cette production, il faudrait ajouter la quantité annuelle de seringues usagées, lors des programmes élargis de vaccination qui représente environ 45 tonnes/an, selon les estimations de la Direction de la Prévention par la Vaccination du Ministère de la Santé.

Ainsi, la production annuelle totale en DBM peut être estimée à environ à **1022 tonnes**.

2.3.2 Déchets liquides

Aucune évaluation quantitative n'a été faite, ni sur les quantités d'eau consommées, ni sur les quantités d'eau rejetées par les structures de soins. Par conséquent, il serait

souhaitable, dans le cadre de l'élaboration des plans spécifiques de gestion des déchets au sein des formations sanitaires, que les activités prennent en compte cet aspect.

2.4 Composition des déchets solides biomédicaux

La composition des déchets biomédicaux est quasiment la même au niveau des structures sanitaires. Les éléments couramment rencontrés sont:

- des seringues, aiguilles, flacons d'ampoules injectables ;
- des matières plastiques (gants, pochettes à sang, pochettes à urine, tubes, etc.) ;
- des cotons, compresses, emballages vides ;
- d'autres déchets (plâtre, organes humains, etc.).

2.5 Risques et impacts des dbm

2.5.1 Aspects sanitaires

Les déchets liés aux soins de santé constituent un réservoir de micro-organismes potentiellement dangereux susceptibles d'infecter les malades hospitalisés, les agents de santé et le grand public.

Les risques liés à une mauvaise gestion des déchets issus des soins de santé portent globalement sur :

- des blessures accidentelles : risques d'accident pour personnel de santé; les enfants qui jouent (ou qui font leurs besoins) sur les décharges d'ordure ainsi que les récupérateurs non avisés ;
- des intoxications aiguës, des infections nosocomiales et des nuisances pour le personnel de santé et de collecte (odeurs, exposition, manque d'équipements de protection, absence de suivi médical, etc.).

Pour ce qui concerne les infections, les catégories suivantes sont identifiées :

- les maladies virales telles que le HIV/SIDA l'Hépatite Virale B (HVB) et l'Hépatite Virale A. Sont principalement exposés à ces pathologies le personnel de santé, les accompagnants, le personnel d'entretien et les populations riveraines des décharges (enfants, récupérateurs, etc.) ;
- les maladies microbiennes ou bactériennes, telles que la tuberculose, les streptocoques, la fièvre typhoïde, etc. ;
- les maladies parasitaires, (issues des selles provenant des centres de santé et rejetées dans les dépotoirs publics situés près des habitations) telles que la dysenterie, les ascaris, etc.
- les infections nosocomiales.

Les principales personnes exposées dans le processus de gestion des DBM sont : (i) les patients et les professionnels de la santé (personnel médical et paramédical) se trouvant dans les établissements de soins ; (ii) les aides-soignants, les servants, les agents d'entretien, les préposés à l'incinération, etc.; (iii) en dehors du périmètre hospitalier, les agents des sociétés privées ou des ONG chargés de la collecte, du transport et de la mise en décharge des ordures ménagères mélangées aux DBM; (iv) les récupérateurs informels qui pratiquent de façon permanente ou occasionnelle la fouille des ordures, notamment les femmes et les enfants et (v) les populations qui utilisent des objets hospitaliers récupérés pour des usages domestiques.

Tableau 3 Impacts sanitaires dus à la gestion actuelle des DBM

Activités ou contraintes de gestion des DBM	Conséquences	Impacts sanitaires	Catégorie
Pas de tri sélectif	Mélange des DBM avec les ordures	Blessures Infections/contamination	Majeur Majeur
Pas de poubelles appropriées	Déversement des DBM Mauvaise manipulation	Blessures Infection/contamination	Majeur Majeur
Mélange des DBM avec les ordures	Contamination ordures dans les décharges	Blessures Infections/contamination	Majeur Majeur
Pas de responsable désigné chargé des DBM	Absence de suivi de la gestion des DBM	Blessures Infections/contamination	Majeur Majeur
Incinération des DBM	Production de fumées	Emissions de gaz toxiques et cancérigènes	Majeur
Rejet des DBM dans un fossé à ciel ouvert	Décomposition des déchets	Odeurs nuisibles Prolifération de germes pathogènes et autres vecteurs de maladies	Majeur Majeur
Pas d'équipement de protection	Manipulation des DBM à mains nues, à visage découvert	Blessures infections	Majeur Majeur

Tableau 4 Risques pour les acteurs formels de la GDBM

Catégorie	Niveau du risque	Explications
Personnels de santé	Moyen	- Prise de conscience très élevée des dangers - Peuvent recevoir des formations de recyclage sur les meilleures pratiques pour parfaire leur routine - Sont à l'origine de la production des déchets mais ont peu de contact avec eux après
Servant (e)s Aides-	Elevé	- Prise en conscience relativement faible - Niveau de formation et d'instruction bas

soignants Agents d'entretien		- Motivation faible - Protection sommaire
Collecteurs de déchets municipaux	Elevé	- Prise de conscience relativement faible - Niveau de formation et d'instruction bas - Faible motivation - Protection sommaire

(Source : visite de terrain)

Tableau 5 Risques pour les populations riveraines

Catégorie	Niveau du risque	Explications
Populations à faibles revenus	Moyen	- Faible prise de conscience - Précarité de l'habitat et des conditions de vie - Cohabitation « forcée » avec les dépotoirs de déchets - Les zones d'habitation situées à proximité des sites de décharges - Contamination du cadre de vie environnant - Pratiques courantes de l'automédication (soins à domicile)
Enfants	Très élevé	- Pas de prise conscience des dangers - Absence de protection (ils sont généralement nus) - Contact quotidien avec les déchets

(Source : visite de terrain)

Tableau 6 Risques pour les acteurs informels (récupérateurs)

Catégorie	Niveau du risque	Explications
Récupérateurs	Très élevé	- Contact fermé et direct avec les déchets - Faible niveau d'éducation et faible prise de conscience du risque - Utilisation minimum d'équipements de protection due au coût élevé - Souvent, faible résistance aux infections à cause de la précarité des conditions de vie - faibles accès aux soins de santé.

(Source : visite de terrain)

Tableau 7 Risque d'infection par le VIH/SIDA par étape de production des DBM

	Personnes exposées et Acteurs	Situation	Risque de contamination du VIH/SIDA	Catégorie de risque
Production	Personnel médical (centres santé, clandestins et ambulants)	Manque d'attention Ignorance risques Mélange avec les ordures	Blessures avec objets piquants et coupants	Majeur
Tri à la source	Personnel médical (centres santé, clandestins et ambulants)	Absence de catégorisation (mélange de tous les DBM)	Accidents Contaminations de tous les déchets coupants/piquants	Majeur Majeur
Entreposage	Aides-soignants Personnel d'entretien	Déchets non protégés (récupération, déversement)	Blessure par objets coupants	Majeur
Collecte Transport et évacuation	Personnel des Sociétés privées	Mélange avec ordures Récupération	Blessures avec objets piquants/coupants	Majeur
		Moyen de collecte peu adéquat et récupération	Blessures avec objets coupants	Majeur
Elimination	Personnel d'entretien, enfants, populations riveraines, récupérateurs	Pas de protection Récupération	Blessures	Majeur

(Source : visite de terrain)

2.5.2 Aspects environnementaux

Les risques environnementaux sont liés à la propagation à l'extérieur des établissements de soins, de micro-organismes pouvant occasionner la contamination de la chaîne alimentaire. En effet, les animaux domestiques en quête de nourriture au niveau des décharges publiques ou sauvages peuvent ingérer des déchets issus des soins de santé ; ce qui peut entraîner une propagation potentielle de maladies et de contaminants chimiques à travers la chaîne alimentaire.

Tableau 8 Impacts dus à la gestion des DBM sur le milieu naturel

Activités ou contraintes de gestion des DBM	Conséquences	Impacts sur le milieu	Catégorie
Pas de tri sélectif	Mélange DBM avec ordures contamination des déchets au niveau des décharges	Pollution nappe Pollution de l'air Pollution des sols	Majeur Mineur Majeur
Pas de poubelles appropriées	Stockage inapproprié et anarchique des DBM	Pollution nappe Pollution de l'air Pollution des sols	Mineur Majeur Majeur
Mélange des DBM avec les ordures	contamination des déchets au niveau des décharges	Pollution nappe Pollution de l'air Pollution des sols	Majeur Mineur Majeur
Incinération des DBM	-Rejet de fumée dans l'air - Imbrûlés dans l'environnement	Pollution nappe Pollution de l'air Pollution des sols	Mineur Majeur mineur
Rejet des DBM dans un fossé à ciel ouvert	Odeurs et nuisances	Pollution nappe Pollution de l'air Pollution des sols	Majeur Majeur mineur

2.5.3 Aspects socio-culturels

Dans le contexte actuel d'aggravation du processus de paupérisation qui affecte des franges de plus en plus importantes de la population, les activités de récupération dans les décharges publiques ou sauvages constituent des sources de revenus pour certaine catégorie de personnes, avec tout ce que cela comporte comme risque du fait de la contamination par les déchets infectieux. Une modification du système de gestion des déchets peut avoir un impact négatif sur cette catégorie de personnes exerçant l'activité de récupération et de recyclage des déchets. Toutefois l'élimination du risque infectieux constitue un avantage certain. Cette situation risque de se présenter à Ouagadougou où il a été réalisé un Centre d'Enfouissement Technique (CET) moderne qui empêche *a priori* toute activité informelle de récupération.

Par ailleurs, il convient de souligner que les populations font montre d'une grande sensibilité face à certains types de déchets, notamment anatomiques (amputations, placentas, etc.). Elles sont le plus souvent très exigeantes quant aux modalités de leur élimination. A leurs yeux, il est inacceptable de rejeter ces types de déchets dans les décharges d'ordures. En général, ces déchets sont remis aux patients ou aux membres de la famille. Dans les centres de santé visités durant la mission, il est prévu d'aménager des fosses septiques dans lesquelles ces types de déchets sont rejetés. Mais, il est impératif que toute décision allant dans ce sens soit soumise à l'approbation des personnes concernées ou de leurs familles. A notre avis, les croyances socio-culturelles et religieuses devront être véritablement prises en compte dans le plan de gestion des DBM afin de garantir le respect des représentations et des coutumes des populations concernées. C'est là une condition essentielle pour obtenir une adhésion non pas formelle, mais réelle à toute stratégie de gestion des déchets.

Tableau 9 Impacts socioculturels

Activités ou contraintes de gestion des DBM	Impacts socioculturels	Catégorie
Pas de tri sélectif	néant	
Pas de poubelles appropriées	Le stockage de parties humaines (produits d'amputation, de placentas, etc.) dans des poubelles de fortune, peut heurter les sensibilités des populations.	Majeur
Mélange des DBM avec les ordures	Le rejet de parties humaines (produits d'amputation, placentas, etc.) dans les décharges d'ordures, peut heurter les sensibilités des populations.	Majeur
Incinération des DBM	L'incinération de parties humaines (membres amputés, placentas, etc.) peut heurter les sensibilités des populations.	Majeur
Rejet des DBM dans un fossé à ciel ouvert	Le rejet de parties humaines (produits d'amputation, placentas, etc.) peut heurter les sensibilités des populations.	Majeur

2.6 Cadre institutionnel et réglementaire

2.7 Cadre institutionnel de la gestion des Dbm

2.7.1 Le Ministère de la Santé (MS)

2.7.1.1 Au plan organisationnel

Le MS a la responsabilité de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique sanitaire. Ce département, dont relève la GDBM, définit la politique sanitaire et exerce une tutelle sur les établissements de soins qui constituent les principales sources de production de DBM. Les principales directions concernées par la gestion des DBM sont : la Direction Générale de la Santé, notamment la Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé (DHPES) et la Direction de la Prévention par la Vaccination ; la Direction Générale des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (DGIEM) ; la Direction Générale de la tutelle des Hôpitaux publics et du sous-secteur Sanitaire Privé (DGHSP). Au niveau local, les structures de référence dans le domaine de la santé sont les Directions Régionales de la Santé et les Districts Sanitaires.

Le MS dispose de ressources humaines compétentes dans l'hygiène hospitalière et la gestion des DBM (notamment au niveau de la DHPES), mais sa capacité d'intervention dans ce domaine singulier est relativement limitée en raison de l'insuffisance des moyens matériels et financiers requis pour exécuter cette mission. La structuration et

l'organisation DHPES - qui assure la responsabilité institutionnelle de la mise en œuvre de la politique d'hygiène environnementale – lui permettent de couvrir pratiquement toutes les questions liées à l'hygiène et l'assainissement. En plus, son personnel est composé pour l'essentiel de jeunes cadres relativement spécialisés en matière de santé, d'hygiène et d'environnement.

Si, selon les attributions, la DHPES a en charge la problématique de la gestion des déchets hospitaliers, en revanche elle n'est pas impliquée de façon significative dans le suivi de la mise en œuvre. En terme d'équipement, d'évacuation et de traitement des déchets sanitaires (poubelles et sacs de collecte ; incinérateur, etc.), le Ministère apporte un appui relativement important, mais qui reste globalement insuffisant eu égard à l'ampleur des besoins.

Dans le domaine des infrastructures, il n'existe pas de programme spécifique qui soit orienté sur la gestion des DBM, mais plutôt des interventions ponctuelles inscrites dans certains programmes de santé ou alors réalisées par divers partenaires (ONG, bailleurs de fonds, etc.). Les interventions les plus significatives portent sur la construction d'incinérateurs artisanaux (type De Montfort) dans certains centres de soins. Dans le cadre des campagnes de vaccination, 53 incinérateurs type De Montfort ont été construits dans les districts sanitaires (un par district), pour faire face aux besoins d'élimination des quantités énormes d'aiguilles et de seringues produits, avec l'appui technique de la DGIEM. Moins du tiers de ces incinérateurs artisanaux ont relativement bien fonctionné. Les difficultés majeures rencontrées portent sur la dégradation des structures (défaut de conception ou mauvaise exécution), la non-maîtrise des techniques de brûlage (pas de préposé qualifié à cet effet) et l'absence de tri des déchets.

En matière de contrôle et du suivi de la mise en œuvre des politiques et autres directives et recommandations en matière de santé, le MS dispose d'une Inspection Générale des Services de Santé (IGSS) qui assure, entre autres, le contrôle du fonctionnement des formations sanitaires, y compris les aspects liés à l'hygiène et l'assainissement de l'environnement. Son niveau de rattachement hiérarchique (dépend du Cabinet du MS) lui permet de faire des recommandations directement à l'autorité sanitaire, mais ses moyens très limités en termes de déplacements réduisent son efficacité.

2.7.1.2 Au plan opérationnel

Les formations sanitaires constituent les principales sources de production de DBM. Dans ces structures, le constat majeur est que le personnel soignant s'investit très faiblement dans la gestion quotidienne des DBM, alors qu'il devrait constituer l'élément central du système de gestion durable des déchets. En réalité, les préoccupations en matière de gestion rationnelle des déchets et d'amélioration du système sont perçues comme une priorité de second ordre par les équipes de soins qui sont non seulement assaillies par une masse considérable d'urgences médicales quotidiennes, mais aussi et surtout confrontées aux difficultés de fonctionnement. De surcroît, même si des directives sont généralement données, la plupart des formations sanitaires (notamment

en milieu rural et périurbain), ne disposent pas de guides ou de référentiels techniques permettant au personnel de gérer rationnellement les déchets ou d'adopter les comportements prescrits.

Enfin, l'absence de ressources financières (il n'existe pas de provision dans le budget pour prendre en charge les activités de gestion des DBM) limite considérablement les initiatives visant à assurer une gestion correcte des DBM. La plupart des formations sanitaires publiques ont un Comité technique d'Hygiène et d'Assainissement, mais ces structures ne sont pas très dynamiques, sont très peu consultées et les agents d'assainissement qui en sont les principaux animateurs sont généralement perçus comme des trouble-fête : ils n'ont aucun moyen de travail, sont très peu suivis dans leurs recommandations et restent pour l'essentiel relativement démotivés. Au niveau des formations privées, les contraintes se posent avec beaucoup moins d'ampleur pour les cliniques professionnelles que pour les cabinets de soins dont l'essentiel exerce dans les habitations domestiques. Une telle co-habitation élargit le champ de non-maîtrise des risques d'infections car les DBM sont rejetés dans les poubelles à ordures ménagères.

2.7.2 Le Ministère de l'Environnement et du cadre de Vie (MECV)

Le MECV est chargé du suivi de la mise en œuvre effective de la législation en matière d'environnement qui établit les principes fondamentaux de la préservation de celui-ci. Mais il faut constater que les préoccupations portent pour l'essentiel sur l'environnement biophysique et socio-économique et très peu de références sont faites aux DBM et à leur gestion. Au sein de ce département, la Direction de l'Assainissement, de la Prévention des Pollutions et des Nuisances (DAPPN) est la principale concernée par la gestion des DBM. Cette structure est représentée au niveau régional et provincial. Toutefois, le département n'est pas saisi sur les projets de gestion de déchets médicaux, notamment en cas d'installation et de mise en œuvre d'équipements de traitement des déchets médicaux (incinérateurs, broyeurs, etc.). La DAPPN effectue des tournées dans les formations sanitaires en rapport avec le MS, pour contrôler et suivre le fonctionnement des incinérateurs. Cette direction, représentée au niveau régional et provincial, appuie également les centres de santé par des ateliers de formation sur les techniques d'incinération.

2.7.3 Les collectivités locales

Elles ont la responsabilité d'assurer la gestion des déchets solides ménagers et la salubrité publique. Au plan réglementaire, ces collectivités locales ne doivent pas prendre en charge la gestion des déchets sanitaires qui ne sont pas des ordures ménagères. Dans la plupart des hôpitaux, les déchets assimilables aux ordures ménagères sont collectés dans des containers municipaux et évacués à la décharge municipale. Mais la majorité des villes ne dispose pas de décharge publique. Présentement, la Commune de Ouagadougou a fini de réaliser un centre d'enfouissement technique des déchets solides urbains qui prévoit une zone spéciale pour la réception des DBM dans le cadre d'un système payant.

2.7.4 Le secteur privé de collecte des déchets

Au Burkina Faso, il n'existe pas d'entreprises privées spécialisées dans la collecte exclusive des DBM, même si certaines effectuent des prestations d'entretien et de nettoyage dans les formations sanitaires. Parallèlement aux tâches de nettoyage, ces agents d'entretien s'occupent également de la collecte et de l'évacuation des poubelles et sachets de déchets médicaux vers les lieux d'élimination. Pour l'essentiel, on note une relative insuffisance en personnel et équipements de protection.

Toutefois, on note l'émergence de structures privées qui s'intéressent davantage à cette gestion : des privés comme « UNIVERS DU MEDICAL » (basée à Ouagadougou) ; la Société Ouest Africaine de Fonderie (SOAF, basée à Bobo-Dioulasso) s'activent dans la promotion et la vulgarisation d'équipement hospitaliers, notamment les modèles d'incinérateurs pour le traitement écologique des DBM ; la société SOGESIB (basée à Ouagadougou) est spécialisée dans la promotion d'appareil (NEEDLEZAP) de destruction des aiguilles.

Par ailleurs, dans le domaine artisanal, on assiste à l'émergence d'artisans innovateurs très actifs dans la gestion des déchets solides, notamment dans la conception des équipements de collecte, stockage et transport de déchets : poubelles, bacs à ordures collectifs, chariots d'évacuation, incinérateurs, etc. Ces artisans réalisent ces équipements à partir des produits de récupération (ferrailles usagées) qu'ils proposent à des prix très compétitifs. La DGIEM devrait les répertorier, les encadrer, les inciter et les former dans la réalisation des équipements sanitaires de gestion des déchets.

2.7.5 Les ONG et les OCB

Les initiatives du secteur communautaire sont très nombreuses, mais focalisées principalement sur la sensibilisation et les ateliers de formation en IEC. Le répertoire des ONG au Burkina Faso indique la présence de 145 structures dont 72 actives dans le domaine de l'environnement et 87 dans celui de la santé. Les ONG sont regroupées au sein de plusieurs cadres de concertation (SPONG, FENOP, COAFEB, etc.) qui pourraient constituer des instruments importants de mobilisation des acteurs pour impulser une dynamique plus vigoureuse autour des questions d'hygiène et de salubrité publique.

2.7.6 Les partenaires au développement

La plupart des partenaires au développement intervenant dans le domaine de la santé sont intéressés par la mise en place d'un système durable de gestion des déchets.

2.8 Documents de stratégies

Plusieurs documents stratégiques existants, traitent avec plus ou moins de pertinence de la question des DBM. On note :

- La Stratégie Nationale du Sous-Secteur de l'Assainissement au Burkina Faso élaborée en 1996, souligne, dans sa partie diagnostic, l'absence de traitement des déchets hospitaliers qui sont rejetés dans la nature, mélangés aux ordures ménagères, notamment à Ouagadougou. Cette stratégie fait l'objet d'une relecture par un groupe de consultants.
- Le document de politique sanitaire 2002, le PNDS et son plan triennal de mise en oeuvre mettent l'accent sur la nécessité d'améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé, notamment par le développement de l'IEC/santé ainsi que la promotion de l'hygiène et de l'assainissement, la réduction des risques liés au milieu et à l'environnement du travail.
- Le document de Politique Nationale en matière d'Hygiène Publique met un accent particulier sur l'élaboration des règles et normes d'hygiène dans les établissements hospitaliers, notamment la définition de standards minima pour la gestion des déchets hospitaliers.
- Le guide pratique d'hygiène hospitalière élaboré en 2000 par le Ministère de la Santé avec l'appui de la GTZ, à l'usage des médecins, paramédicaux et techniciens d'hygiène travaillant en milieu hospitalier et extra-hospitalier, constitue une très bonne référence technique en matière de savoir, savoir-être et savoir-faire dans le domaine de l'hygiène hospitalière. Ce guide apporte des orientations pertinentes en matière de gestion des DBM.
- Le document portant Promotion de l'Hygiène dans les structures sanitaires (Manuel de formation) met un accent particulier sur l'hygiène hospitalière, notamment la gestion des déchets hospitaliers (catégorisation; précollecte et collecte ; transport interne et stockage ; modes d'élimination ; gestion des déchets liquides).
- La déclaration de politique générale sur la sécurité des injections au Burkina Faso (septembre 2002) met un accent particulier sur la collecte et la destruction du matériel d'injection utilisé, notamment lors des campagnes de vaccination. A cet effet, un guide sur la sécurité des injections pendant les campagnes de vaccination contre la rougeole a été élaboré en 2004. Ce guide donne des détails précis sur les étapes de collecte, de stockage et d'élimination du matériel d'injection usagé.

2.9 Textes législatifs et réglementaires

Au plan juridique, les textes qui traitent de la gestion des DBM sont :

- La loi n°23/94/ADP du 19 Mai 1994 portant Code de la Santé Publique, met plutôt l'accent sur l'art de guérir, les services de santé publique, ainsi que la typologie et l'exercice des activités médicales et paramédicales et n'aborde pas la question des DBM.
- La loi n°022-2005/AN du 24 mai 2005 portant Code de l'Hygiène Publique au Burkina Faso, répond au souci de promouvoir la pratique de l'hygiène publique et de responsabiliser chaque citoyen pour la salubrité de son cadre de vie. Elle reste lacunaire en matière de gestion des DBM et sa mise en œuvre renvoie à de décrets d'application.
- La loi n°005/97/ADP du 30 janvier 1997 portant Code de l'Environnement au Burkina Faso établit les principes fondamentaux destinés à préserver l'environnement et améliorer le cadre de vie au Burkina Faso, notamment l'application du principe pollueur-payeur. Le décret n°2001-342/PRES/PM/MEE du 17 juillet 2001 portant champ d'application contenu et procédure de l'étude et de la notice d'impact sur l'environnement et le décret n°2001-185 /PRES/PM/MEE du 07 mai 2001 portant fixation des normes de rejets de polluants dans l'air, l'eau et le sol, viennent en application de la loi.
- La convention de Bâles a été ratifiée par le Burkina Faso le 05 octobre 1998, elle traite des mouvements transfrontaliers des déchets dangereux et leur élimination.

2.10 Les avancées notées dans la gestion des DBM

De manière générale, le cadre politique a favorablement évolué en terme de disposition de certains documents stratégiques qui disposent avec plus ou moins de profondeur sur la gestion des déchets hospitaliers : document de Politique Nationale en matière d'Hygiène Publique ; document portant Promotion de l'Hygiène dans les structures sanitaires (Manuel de formation) ; la déclaration de politique générale et le guide sur la sécurité des injections. Au niveau institutionnel, on notera l'érection de certaines directions en direction générale (DGIEM) et de certains services en direction (DHPES), ce qui devrait permettre un renforcement des actions et une meilleure coordination des interventions en matière de gestion des DBM.

Au plan technique, il faut souligner l'existence d'un Centre d'Enfouissement Technique opérationnel à Ouagadougou. Ce centre, prévu pour recevoir et traiter des déchets solides urbains, dispose de casiers spécifiquement aménagés pour les DBM après traitement.

2.11 Contraintes majeures dans la gestion des DBM

2.11.1 Contraintes institutionnelles

On note la présence de nombreux acteurs dans la gestion des DBM. Les domaines de compétences et de responsabilités des différentes institutions concernées par la gestion des DBM ne sont pas clairement délimités, notamment au sein du MS et avec le MECV et les collectivités. Au sein même du MS, certaines contraintes institutionnelles existent, notamment en terme d'assistance, d'appui technique et d'encadrement des formations sanitaires dans le domaine de la gestion des DBM. Cette situation est imputable à l'insuffisance de communication entre les différents acteurs à laquelle s'ajoute la méconnaissance des textes en vigueur.

2.11.2 Contraintes juridiques

Le cadre législatif et réglementaire est caractérisé par l'inexistence de textes régissant les DBM, aussi bien au niveau national qu'au sein des formations sanitaires. Cette situation ne permet pas de garantir une gestion écologique des DBM et de déterminer de façon claire et précise les rôles et les responsabilités de chacune des catégories d'acteurs concernées. Plus spécifiquement, il n'existe pas actuellement de procédure normalisée (guides techniques ou directives ; normes et standards de gestion) pour la collecte, le transport, le stockage et le traitement des DBM, mais aussi pour le contrôle et le suivi de la mise en oeuvre. Dans la pratique, les textes existants sont insuffisamment vulgarisés dans les formations sanitaires (donc très peu connus par le personnel), ce qui limite leur application. Une autre insuffisance réside dans l'absence de dispositions relatives aux autorisations ou permis en matière de gestion des déchets médicaux. Le processus de gestion n'est pas réglementé en termes d'identification des types de déchets, de caractérisation et surtout de dispositions à respecter aussi bien pour la pré collecte, la collecte, l'entreposage, le transport, l'évacuation, l'élimination mais aussi concernant le personnel de gestion, les mesures de sécurité, les équipements de protection etc.

2.11.3 Contraintes organisationnelles et techniques dans les formations sanitaires

Les activités de la DGIEM, de la DGHSP et même de la DHPES manquent de visibilité au plan organisationnel, opérationnel et technique dans les formations sanitaires.

- **Organisation:**

L'organisation de la gestion des DBM dans les formations sanitaires présente quelques insuffisances (absence d'une structure de supervision des DBM impliquant l'ensemble des acteurs de l'hôpital ; absence ou non application de la réglementation interne sur la gestion des DBM ; insuffisance du budget alloué à la gestion des DBM), malgré les efforts notés dans certaines d'entre elles. Il n'existe pas de plan global de gestion des déchets médicaux comprenant globalement toutes les étapes et les responsabilités, mais plutôt des initiatives individuelles en termes de procédures (tri, collecte, transport,

etc.), comme c'est le cas par exemple au CHUPCG. Les autres contraintes majeures portent sur l'absence de données fiables sur les quantités de DBM produites et la non désignation d'un responsable. On note dans certaines formations l'existence de comités technique d'hygiène et d'assainissement dont la plupart n'existe que de nom. Dans les formations sanitaires, la gestion des DBM ne semble pas être l'affaire des premiers responsables que sont les Directeurs et Chef de Centres. Seuls les Techniciens d'Hygiène existants tentent tant bien que mal d'initier quelques activités, sans beaucoup de résultats probants. Les Comités d'Hygiène et d'Assainissement existants souffrent d'une léthargie chronique, par manque de moyen, de motivation, de programme et de soutien administratif.

- **Séparation et tri, collecte et transport des DBM** : Poubelles très variées et non codifiées, en nombre insuffisant et le plus souvent pas très appropriées pour la manutention des déchets infectieux ou piquants (seaux en plastique sans couvercle, demi-fût, cartons, Safety Boxes, etc.) ; Tri à la source, notamment le tri des aiguilles, en revanche, les autres DBM sont mélangés avec les ordures ménagères ; Transport manuel des poubelles, ou par chariot, ou par brouettes ; Transport ex situ des DBM hors des formations sanitaires par le biais des conteneurs des ordures ménagères (contenant aussi les DBM) ; Très peu de structures disposent d'endroit approprié pour le stockage provisoire des poubelles de DBM en attente de leur élimination.

En plus, on note une insuffisance de poubelles de pré collecte (notamment pour les aiguilles), et surtout de stockage des DBM ainsi qu'un manque d'équipements de protection adéquats pour le personnel de gestion des DBM. Au niveau du transport extérieur, l'inexistence de sociétés privées spécialisées dans la collecte des DBM constitue une contrainte majeure pour les centres de santé ne disposant pas de systèmes internes de traitement, ce qui les amène à créer des décharges sauvages internes.

- **Traitement et disposition des DBM** : Le traitement des DBM est caractérisé par une disparité des méthodes d'élimination. L'enfouissement sauvage et le brûlage à l'air libre constituent les pratiques les plus usuelles dans les centres de santé. Le rejet direct des déchets biomédicaux dans la nature, à même le sol ou dans des bacs à ordures, très souvent mélangés aux ordures ménagères, constitue aussi une pratique très répandue. L'incinération n'est pratiquée que par très peu de formations sanitaires et la plus part des incinérateurs visités ne fonctionnent pas normalement
- **Evacuation et élimination des eaux usées** : Seul l'hôpital Yalgado de Ouagadougou est branché au réseau d'égout public. Dans les autres structures les eaux sont évacuées vers des fosses septiques reliées à des puits perdus ou alors vidangées périodiquement par des camionneurs privés (les résidus sont déversés dans la nature sans aucun traitement). Aucune structure ne traite ses eaux usées avant évacuation.
- **Comportements et pratiques dans la gestion des DBM** : A priori, le personnel soignant dispose d'un niveau de connaissances, mais dans la pratique, les attitudes et les pratiques laissent à désirer en matière de gestion des DBM. Le personnel

d'entretien qui dispose en général d'un niveau de connaissances relativement bas a des comportements à risques dans la manipulation des DBM.

- **Personnel de gestion des déchets** : Le nettoyage et l'entretien des locaux , mais aussi la collecte et le transport des poubelles et sacs de déchets médicaux sont assurés en général par un prestataire privé dont le personnel paraît relativement insuffisant pour assurer l'ensemble des prestations de gestion. On remarquera que les sociétés privées sont faiblement intéressées par la gestion des DBM. En effet, rares sont les sociétés privées réellement actives exclusivement dans ce domaine, ce qui constitue une contrainte majeure dans la professionnalisation du secteur. Les intervenants sont celles qui ramassent les ordures ménagères, et le même matériel inapproprié (camions benne) est utilisé pour les deux prestations.
- **Ressources financières allouées à la gestion des DBM** : Les allocations relatives aux DBM sont quasiment symboliques dans les établissements de soins comparativement aux ressources affectées aux soins médicaux. La gestion des déchets médicaux souffre d'un manque relativement important de soutien financier.
- **Niveau de formation et de sensibilisation du personnel hospitalier** : S'agissant des programmes de formation des personnels de santé (formation continue des agents de santé par le biais de cours de perfectionnement ou de séminaire de recyclage), il faut souligner qu'ils ne correspondent pas toujours aux besoins prioritaires du Ministère de la santé, à cause d'un manque de planification et de suivi. Toutefois, dans le domaine de l'hygiène en milieu hospitalier, la plupart des agents ont reçu une formation sur la prévention des infections. Pour ce qui des activités d'IEC/sensibilisation en vue de la promotion de la santé, des initiatives ont été prises notamment à travers des causeries éducatives organisées dans les formations sanitaires.

Le personnel de soins

En règle générale, le personnel médical et paramédical est relativement conscient des risques liés à la manipulation des déchets sanitaires, même si la majorité n'a pas été formée pour prendre en charge leur gestion. A priori, le personnel soignant (médecins, sages-femmes, infirmiers) dispose d'un niveau de connaissances qui se traduit, dans la pratique, par des attitudes et comportements relativement satisfaisants en matière de gestion des déchets biomédicaux.

Quelques insuffisances de formation et d'information sont notées, notamment avec le renouvellement continu du personnel de soins et l'arrivée permanent et massif des stagiaires (la systématisation du tri à la source reste à parfaire. En plus, on note quelques cas de négligence, des accidents avec expositions au sang (sans enregistrement et suivi médical), et parfois des comportements assez déplorables, surtout chez les agents paramédicaux dont les niveaux de connaissance sont moins élevés que celui des médecins. Il faut remarquer que ce personnel de santé consacre plus de temps aux tâches de soins qu'à la gestion des déchets médicaux. Avec l'arrivée massive et continue de stagiaires, une formation et un recyclage du personnel s'avèrent nécessaires en gestion des déchets médicaux.

Le personnel de nettoyage et d'entretien

Les agents d'entretien et de nettoyage chargés de l'enlèvement et de l'évacuation des sachets et poubelles de déchets médicaux ont une prise de conscience très limitée des effets négatifs liés à la mauvaise gestion desdits déchets. Ces agents connaissent peu (ou pas du tout) les risques d'infection liés à la manipulation des déchets biomédicaux. Ils ne disposent généralement pas de qualification au moment de leur recrutement et leur niveau d'instruction est relativement faible (dans certains cas, les agents de collecte sont analphabètes, pas du tout formés et très peu sensibilisés). En plus, ces agents ne sont pas le plus souvent dotés d'équipements de protection appropriés (tenue, gants, masques, etc.). Ces agents doivent aussi bénéficier d'une formation et surtout d'un encadrement particulier dans la gestion des déchets médicaux qu'ils manipulent à longueur de journée.

Les utilisateurs des services de santé (patients et accompagnateurs)

De manière générale, le public qui fréquente les hôpitaux (notamment les accompagnants de malades) a besoin de recevoir des informations sur les dangers liés à l'hygiène hospitalière et la gestion des déchets médicaux. Son niveau de connaissance des risques liés est faible. Pour susciter un éveil de conscience au niveau de cette catégorie d'acteurs, il est nécessaire d'élaborer un programme *in situ* d'information et de sensibilisation sur les dangers liés aux déchets médicaux.

2.12 Synthèse de l'analyse situationnelle

La gestion des DBM n'apparaît pas comme une priorité dans la Politique sanitaire nationale

Le cadre institutionnel est marqué par l'absence d'une stratégie nationale en matière de gestion des déchets hospitaliers. Il n'existe pas de document de politique sectorielle, ni une délimitation claire des domaines de compétences et de responsabilités des différentes institutions concernées, notamment entre le MS et le MECV. De même, on constate l'inexistence de procédures formalisées de gestion. Ni le document de politique sanitaire nationale, ni le PNDS, encore moins le plan triennal de mise en œuvre, n'accordent un rang de priorité élevé à la gestion des DBM.

Le cadre institutionnel et législatif est déficient en matière de gestion des DBM

Les domaines de compétences et de responsabilités des différentes institutions concernées par la gestion des DBM ne sont pas clairement délimités, notamment entre le MS, le MECV, les collectivités et les formations sanitaires. Les lacunes inhérentes au cadre législatif, caractérisé notamment par l'inexistence d'une réglementation interne au sein des formations sanitaires, ne permettent pas de garantir une gestion écologique des DBM et de déterminer de façon claire et précise les rôles et les responsabilités de chacune des catégories d'acteurs concernées. Tant que les procédures ne seront pas définies et les responsabilités clairement délimitées, il ne sera pas possible d'améliorer de façon écologiquement durable le processus de gestion des DBM. Plus spécifiquement, il n'existe pas actuellement de procédure normalisée (guides techniques ou directives) pour la collecte, le transport, le stockage et le traitement des

DBM. Si l'on veut promouvoir une filière de gestion rationnelle des DBM, il s'avère nécessaire d'élaborer des directives techniques nationales et de standardiser les procédures de gestion des DBM. Ces directives devront mettre un accent particulier sur le tri à la source. Au total, les contraintes portent sur l'absence d'une réglementation nationale, de directives spécifiques et de procédures de contrôle dans la gestion des DBM.

L'organisation et les équipements de gestion des DBM ne sont pas performants

La gestion des DBM dans les formations sanitaires présente quelques insuffisances, malgré les efforts notés dans certains centres de santé. Les contraintes majeures sont : absence de plans et/ou de procédures de gestion interne ; absence de données fiables sur les quantités produites ; pas de responsable toujours désigné, même si on note la présence de comités technique d'hygiène et d'assainissement dont la plupart n'est pas fonctionnelle ; insuffisance de matériels appropriés de collecte et des équipements de protection des agents ; tri non systématique et mélange des DBM avec les ordures ménagères ; défaut de conception des incinérateurs artisanaux; non maîtrise des techniques de fonctionnement et d'entretien. En plus, il n'existe pas de données et d'informations fiables sur la gestion des DBM (production et caractérisation). Une campagne d'enquêtes et de sondage devra être menée pour améliorer les connaissances portant sur ces éléments de planification.

Les comportements et pratiques dans la gestion des DBM sont globalement médiocres

A priori, le personnel soignant (médecins, sages-femmes, infirmiers) dispose d'un niveau de connaissances, mais dans la pratique, les attitudes et des pratiques laissent à désirer en matière de gestion des DBM. Au niveau du personnel hospitalier d'appui (aides-soignants, agents d'entretien, etc.), des collecteurs de déchets et des populations, des efforts importants de formation et de sensibilisation seront nécessaires. En effet, ces catégories d'acteurs connaissent peu (ou pas du tout) les risques liés à la manipulation des DBM et elles accordent très peu d'attention à leur manipulation ; ce qui entraîne souvent des accidents (blessures ou infections). Le niveau d'ignorance des manipulateurs de déchets à la source (dans les hôpitaux et cliniques) ainsi que l'inadéquation et la faiblesse des équipements de stockage, de collecte et de disposition des DBM entraînent un mélange de ces derniers avec les autres déchets solides moins nocifs, notamment au niveau des décharges publiques ou sauvages très fréquentées par les animaux domestiques en quête de nourriture.

Tableau 10 : Appréciation des CAP en gestion DBM pour les catégories d'acteurs

Catégorie d'acteurs exposés		Connaissances (savoir)	Attitudes (savoir être)	Pratiques (savoir-faire)
Personnels des centres de santé	Personnel médical	Très bonnes	Corrects	Bonnes
	Personnel paramédical	Assez bonnes	Relativement correctes	Assez bonnes

	aides-soignants/ garçons et filles de salle, Personnel d'entretien	faibles	Passables	passables
Personnel des services de collecte	Personnel encadrement de sociétés privées de collecte des ordures	Assez bonnes	Assez bonnes	Assez bonnes
	Personnel de collecte des sociétés privées de collecte des ordures	Très faibles	Médiocres	médiocres
Populations	Tradipraticiens	faibles	médiocres	médiocres
	Récupérateurs informels	Très faibles (nulles)	Très déplorables	Mauvaises
	Populations riveraines, public, enfants, etc.	Très faibles	Très déplorables	Mauvaises

(Source : visite de terrain)

Tableau 11 : Besoins en Formation/ Sensibilisation et Stratégie

Catégorie d'acteurs	Contraintes	Stratégies
Personnel de santé	Méconnaissance des risques liés aux DBM et négligences comportementales	Organisation de séance d'information et de sensibilisation
	Manque de formation de base des agents de santé sur la GDBM	Recyclage des agents
	Manque de relais au niveau des formations sanitaires pour renforcer les CAP en GDBM	Formation des formateurs en GDBM
Sociétés privées collecte	Insuffisance d'information des collecteurs sur les risques liés aux DBM	Information et sensibilisation
	Absence de formation aux techniques de collecte des DBM	Formation/recyclage des agents collecteurs
Population	Ignorance de la notion de DBM	Sensibilisation par les média
	Insuffisance d'information des leaders d'opinion sur les risques liés aux DBM	Sensibilisation
	Insuffisance d'information et de motivation des décideurs et élus locaux sur les risques liés aux DBM	Sensibilisation, plaidoyer, rencontres/débats avec les décideurs et élus locaux

Les sociétés privées sont faiblement impliquées dans une gestion professionnelle des DBM

Si certaines sociétés privées interviennent dans la collecte et le transport des déchets ménagers, il n'en est pas de même pour ce qui concerne les DBM : aucune société privée n'est réellement active exclusivement dans ce domaine, ce qui constitue une contrainte majeure dans la professionnalisation du secteur. Les rares qui interviennent sont ceux qui ramassent les ordures ménagères et le même matériel inapproprié (camions benne) est utilisé pour les deux prestations.

En plus, la gestion des déchets solides souffre d'un manque cruel de soutien financier de la part de l'Etat ; ce qui se traduit par des contraintes dans tout le processus : démotivation des agents collecteurs, faible taux de remplacement des équipements, irrégularité de la collecte, etc. Par ailleurs, les gestionnaires de ces entreprises privées ne maîtrisent pas toujours tout le processus de management de ces types de déchets spéciaux pour lesquels ils ont besoin de formations, d'appui techniques et de renforcement de capacités.

Les ressources financières allouées à la gestion des DBM sont insuffisantes

Sans allocation budgétaire régulièrement établie pour la gestion des DBM, il est presque impossible d'envisager une amélioration durable de leur gestion. Or, les allocations relatives aux DBM sont quasiment symboliques dans les établissements de soins comparativement aux ressources affectées aux soins médicaux. Les coûts afférents à la gestion des DBM restent mal maîtrisés et les ressources financières font défaut. Aussi, apparaît-il indispensable de trouver un mécanisme permettant d'assurer de façon durable le financement de la gestion des DBM.

PARTIE II : STRATEGIE NATIONALE

(But – Stratégie de mise en œuvre- Responsabilités Institutionnelles)

STRATEGIE DE GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX (DBM)

Le présent document ambitionne d'être une base pour le développement d'un consensus avec les acteurs institutionnels impliqués dans les activités liées à la gestion des DBM. Les départements ministériels, les collectivités locales, les ONG et autres acteurs de la Société civile, le secteur privé, etc. En particulier, ce document de stratégie constitue un cadre global à l'intérieur duquel plusieurs programmes et plans sectoriels détaillés pourraient être développés dans le cadre de la gestion des DBM.

2.13 But de la stratégie

Le but de la stratégie est de contribuer au bien être de tous les Burkinabè à travers une gestion durable des DBM.

2.14 Objectif Global

L'objectif global est d'assurer une gestion durable des DBM en mettant en place des systèmes viables au plan environnemental, techniquement faisable, socialement acceptable, susceptibles de garantir un environnement sain et propre.

2.15 Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, la stratégie vise à :

- Reconnaître l'hygiène hospitalière comme droit fondamental pour la santé.
- Intégrer la gestion des DBM comme une composante majeure de la politique d'hygiène sanitaire, laquelle est un droit fondamental pour une bonne santé;
- Accorder une priorité élevée et un appui fort aux mesures et activités de gestion des DBM visant la prévention et le contrôle des facteurs d'hygiène hospitalière et de risques de contamination pouvant provenir des DBM et qui peuvent affecter malencontreusement la santé et le bien-être des populations.
- Promouvoir les principes des mesures de gestion intégrée des DBM, mesures basées sur la participation intersectorielle et communautaire, et une coordination améliorée et renforcée au sein du Ministère de la Santé, avec les agences gouvernementales concernées, les collectivités locales, les ONG et le secteur privé, dans l'identification, la planification, la mise en œuvre, le contrôle et le suivi-évaluation des stratégies, programmes et projets ayant trait à la gestion des déchets en général, et des DBM en particulier ;
- Fournir des services et prestations pro-actifs, accessibles et abordables en matière d'hygiène environnementale et de gestion des DBM, aux niveaux national, régional et local, avec une co-ordination effective avec l'ensemble des acteurs interpellés par les activités de gestion des DBM ;

- Assurer un appui financier, matériel et technique effectif pour permettre la planification et la mise en oeuvre des activités de gestion des DBM ;
- Intégrer la stratégie de gestion des DBM dans les politiques et stratégies sectorielles;
- Renforcer la sensibilisation du public sur l'importance de la gestion des DBM dans l'amélioration du cadre de vie, de l'hygiène environnementale et de la santé publique.

2.16 Activités

L'atteinte de ces objectifs devrait passer par la réalisation des activités suivantes :

- Développer des stratégies spécifiques opérationnelles sur la gestion des DBM ;
- Renforcer les règlements sur la gestion des DBM ;
- Garantir des ressources financières constantes et consistantes à la gestion des DBM ;
- Renforcer les capacités humaines dans la gestion des DBM ;
- Apporter l'appui matériel, technique et technologique à la gestion des DBM (collecte, transport et traitement) ;
- Développer les Connaissances, Attitudes et Pratiques pour un changement de comportements dans la gestion des DBM;
- Veiller à l'application des textes relatifs à la gestion des DBM ;
- Plaidoyer pour l'implication des sociétés privées dans la gestion des DBM ;
- Assurer le suivi, l'évaluation et la documentation de la gestion des DBM aux différents niveaux : Ministère de la Santé (Districts sanitaires, DRS, niveau central) et Ministère en charge de l'Environnement.

La stratégie de gestion des DBM devrait permettre d'initier un processus et d'apporter une réponse nationale permettant l'atteinte des objectifs fixés.

2.17 Résultats Attendus

Les résultats suivants sont attendus:

- Le cadre institutionnel, légal, organisationnel et technique de gestion des DBM est amélioré ;
- Tous les DBM sont collectés, stockés, transportés et éliminés en toute sécurité ;
- Les acteurs impliqués dans la gestion des DBM sont conscients des risques liés aux DBM, et ont de bonnes pratiques dans la gestion de ces déchets ;
- La population est consciente des risques liés aux DBM ;
- Le secteur privé est conscientisé sur les opportunités économiques offertes par la gestion des DBM et est impliqué dans ses activités ;

- La gestion des DBM est suivie, évaluée et documentée aux différents niveaux : Ministère de la Santé (Districts sanitaires, DRS, niveau central) et Ministère en charge de l'Environnement.

2.18 Principes de la stratégie

2.18.1 Principes directeurs

Les principes suivants devront guider la stratégie :

- **Principe du « Pollueur Payeur »**

Il stipule que tous les producteurs de déchets sont légalement et financièrement responsables de la gestion saine et écologiquement rationnelle desdits déchets. Les producteurs de déchets sont aussi responsables des dommages causés par lesdits déchets.

- **Principe de « précaution »**

C'est un principe clé qui régit la protection et la sécurité sanitaire. Quand l'ampleur d'un risque particulier est incertaine, il sera retenu que le risque est particulièrement significatif, et que des mesures appropriées devront être prises pour assurer la protection et la sécurité sanitaire.

- **Principe du « devoir de soin et d'attention »**

Il stipule que toute personne manipulant ou gérant des substances dangereuses ou des équipements y relatifs, est responsable, au plan de l'éthique, pour prendre le maximum de soins et d'attention dans ses tâches.

- **Principe de « proximité »**

Il recommande que le traitement et la disposition des déchets dangereux s'effectuent autant que possible à l'intérieur de leurs lieux de production, afin de minimiser les risques liés à leur transport *ex situ*.

- **Développement durable**

En assurant que les interventions peuvent être gérées avec des ressources disponibles, en encourageant la conservation des ressources, satisfaisant aussi les besoins des générations actuelles sans compromettre les besoins en ressources des générations futures.

- **Gestion viable des déchets**

En réduisant la production des déchets; en encourageant la ségrégation et la minimisation et en assurant une élimination finale adéquate (conditionnement prioritaire des déchets dangereux et infectieux).

- **Approche de Santé Publique**

En assurant la protection de la population dans l'enceinte des formations sanitaires, contre les blessures et maladies qui suivent l'exposition aux DBM ; en assurant que tous les DBM qui quittent l'enceinte des formations sanitaires présentent un minimum de risques potentiels pour les travailleurs externes et la population et en conservant l'environnement par la prévention de la pollution de l'eau, du sol et de l'air.

- **Promotion des droits humains**

A travers la protection des agents de santé et de la communauté contre une gestion à risques des DBM et l'atténuation de leurs effets.

- **Equité et justice**

Par le biais d'une promotion et d'un renforcement des compétences du personnel subalterne (agents d'entretien ; collecteurs de déchets, etc.) dans les services de soins de santé ; répartition égale du matériel de gestion des DBM à toutes les localités du pays ; protection de tous les employés contre les blessures et les maladies liées à l'exposition aux DBM.

- **Renforcement des capacités des acteurs de la gestion des DBM**

A travers la formation académique et la formation continue des acteurs (incluant ceux des formations sanitaires privées) en gestion des DBM, en sécurité, en environnement, en utilisation du matériel et en conservation des ressources.

- **Transparence et traçabilité**

A travers le suivi, l'enregistrement, la documentation et la classification de toutes les infections ou blessures dues aux DBM ; l'inspection des systèmes d'élimination des DBM, de la santé et de la sécurité du personnel impliqué dans la gestion des DBM.

- **Collaboration Multisectorielle**

Par le biais d'une coalition nationale regroupant les services gouvernementaux et les collectivités locales, les partenaires au développement, les ONG, les OCB, pour la mobilisation des ressources, la mise en œuvre, le suivi et la supervision ;

- **Respect des cultures et des croyances religieuses**

Par la considération des aspects sociaux et culturels de la gestion des DBM.

2.18.2 Principes Spécifiques

Engagement à améliorer la protection de l'environnement et la santé pour tous

- Promouvoir et maintenir un niveau de santé le plus élevé possible chez les agents de santé et la population en général, par le biais d'une stratégie de gestion durable des DBM, comprenant les moyens et les matériels, l'éducation et la formation ; et le contrôle des facteurs environnementaux et des blessures lors de l'exercice des soins.

Cadre légal

- Actualiser et harmoniser la législation en vigueur compte tenu des politiques nouvelles, de l'environnement socio-économique, des nouvelles technologies, des instruments et normes internationaux.
- Veiller à l'application des textes relatifs à la qualité de l'air, du sol et de l'eau.
- Définir les niveaux d'affluence ainsi que les limites de l'environnement sanitaire en dehors desquelles on n'est pas exposé à des nuisances de types chimiques, biologiques et bactériologiques.
- Développer des principes directeurs à l'échelle nationale concernant les bonnes pratiques d'hygiène requises pour la gestion des déchets, les bonnes pratiques sanitaires et hygiéniques nécessaires lors de la manipulation et du dépôt de substances chimiques nuisibles, la surveillance de la santé des travailleurs et de leur environnement de travail, la prévention et la gestion de maladies liées à l'environnement hospitalier.
- Prendre des mesures persuasives et punitives pour promouvoir le respect des normes établies pour la gestion des DBM et assurer que l'autorité judiciaire peut sévir à chaque fois que de besoin.
- Etablir, de façon à permettre l'inspection des normes environnementales, un système de suivi et de surveillance qui soit capable de promouvoir, de mettre en œuvre et de renforcer la législation nationale concernant la gestion des DBM. Ce système doit impliquer les institutions concernées au niveau du gouvernement local, du privé et des ONG.
- Fournir un cadre légal dans le but de formuler et d'actualiser la législation du secteur, des politiques et stratégies.

Les conventions et protocoles aux niveaux international et régional.

- Développer une réglementation, des politiques et des guides pour la gestion des DBM, qui soient consistants et basés sur des principes et normes acceptés au plan international.

- Adopter des instruments internationaux ou protocoles régionaux sur la gestion des DBM, après une évaluation et révision complète de leur inclusion pratique dans la législation nationale.
- Assurer une participation active aux instances internationales sur le développement et la mise en œuvre des instruments légaux internationaux ayant trait à la gestion des DBM ;
- Assurer la mise en œuvre des conventions ratifiées.

Coordination / coopération intersectorielle

- Promouvoir l'application des principes des mesures intégrées de la gestion des DBM basées sur la participation intersectorielle et communautaire, et une coordination améliorée au sein des agences gouvernementales (le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Environnement et du Cadre de Vie), le secteur privé et les ONG impliqués dans la gestion des DBM.
- Renforcer la coordination intersectorielle entre le MECV, le MS et les Communes

Développement et renforcement des standards et normes techniques

- Etablir, développer et renforcer des critères, des normes ou standards de qualités requises pour la gestion des DBM, dans le but d'identifier, de contrôler et d'amoinrir la contamination de l'environnement.
- Développer des guides sectoriels d'évaluation d'impact environnemental sur les nouveaux ou anciens projets de gestion de construction de formations sanitaires.

Information et gestion des données à propos de la gestion des DBM

- Développer et établir une base nationale de données informant sur la gestion des DBM, et fournir des mécanismes de collecte, d'analyse et de classification des données essentielles à employer en planification et lors de la mise en œuvre de mesures d'intervention de la gestion des DBM.
- Articuler et intégrer les informations et données de gestion des DBM dans le système national de données sanitaires pour permettre une meilleure prise de décision au niveau national, provincial et local.

Stratégie de communication en matière de gestion des DBM

- Intensifier au niveau national une sensibilisation et une éducation portant sur la gestion des DBM, les facteurs et les nuisances à la santé liés à ces activités ainsi que les mesures de prévention et de contrôle de leurs impacts sur l'environnement, la santé et la qualité de la vie humaine.

- Assurer que la conscientisation pour la gestion des DBM soit considérée comme une partie intégrale de l'éducation pour la santé à tous les niveaux, afin d'inculquer à chaque Burkinabè une culture de maintien de la stabilité et de l'équilibre des relations entre une utilisation durable des ressources et la protection de la santé contre les nuisances liées à l'environnement.

Développement de la recherche et de la technologie

- Identifier les zones de recherches prioritaires afin de déterminer les principales nuisances environnementales issues de la gestion des DBM et évaluer les risques de nuisance à la santé ; recherche et collecte de données quantitatives et qualitatives pour déterminer la couverture effective et la performance.
- Développer et fournir une technologie à bas coût pour la gestion des DBM (des systèmes de collecte, mise en condition, de transport, de traitement et de dépôt) et adopter des solutions localement initiées dans la gestion des déchets.

Evaluation et contrôle de l'impact sanitaire environnemental

- Développer des guides pratiques sur la manière d'identifier et d'intégrer les considérations relatives à l'impact sanitaire environnemental (provenant de la gestion des DBM et ses activités). Ces directives seront appliquées par les Techniciens d'hygiène et d'Assainissement, les chefs de Projets, l'équipe de gestion des déchets dans les centres de santé, etc., lors des planifications et mises en œuvre des évaluations d'impacts sanitaires, environnementaux, et lors d'audit des projets.
- Exiger des évaluations environnementales concernant les activités des formations sanitaires.

Plans d'action de la gestion des DBM

- Faciliter la préparation des plans de gestion des DBM afin de permettre aux établissements de santé de gérer et de mitiger les nuisances sanitaires environnementales lors de la gestion de leurs déchets.

Services techniques d'appui

- Etablir la liste des services et les compétences (aptitudes) des compagnies du secteur privé, les fournisseurs et laboratoires assurant des services relatifs à la gestion des DBM.
- Renforcer la coordination et la coopération avec les différents partenaires ayant une expertise efficace en matière d'activités de gestion des DBM : collecte, fourniture d'équipements, (matériels) suivi, etc.
- Etablir et appliquer un système de contrôle de qualité et des normes de gestion des DBM dans tous les centres de santé.

Décentralisation et distribution équitable des services et matériels

- Etablir une structure administrative responsable de la promotion de la santé environnementale et les mesures d'intervention de la gestion des DBM aux niveaux régional et local et dans tout secteur impliqué dans les activités de la gestion des DBM

Suivi, rapports et évaluation

- Développer des indicateurs et des normes pour déterminer, mesurer et évaluer la performance des programmes de gestion des DBM (en terme d'efficacité et de réalisme pour la réalisation du but et l'atteinte des objectifs de la politique de Gestion des DBM). Ces indicateurs doivent être régulièrement actualisés, révisés et évalués, afin d'améliorer les activités dans la gestion des DBM.
- Répertorier et rapporter la liste des nuisances de la DBM et les mesures de mitigation déterminées par le suivi et l'évaluation des activités de la gestion des DBM qui pourraient malencontreusement affecter la santé dans la communauté.

Ressources financières et matérielles

- Donner une grande priorité à la dotation en ressources financières et à la mise en œuvre efficace et effective des programmes de gestion des DBM à tous les niveaux.
- Introduire des incitations financières et autres motivations pour assurer les coûts et l'implication du Secteur privé dans la mise en œuvre de la politique et du plan d'action de gestion des DBM.
- Etablir des procédures de suivi pour assurer l'équité, la dotation effective et l'utilisation des ressources disponibles dans les activités de gestion des DBM.
- Impliquer le Ministère chargé des Finances dans la mobilisation des ressources financières.

Développement des ressources humaines

- Développer des programmes de formation continue et former tout le personnel des centres de santé à tous les niveaux (inclure les services techniques des municipalités, les collecteurs d'ordures, etc) dans le but d'améliorer la qualité d'intervention dans les activités de gestion des DBM.
- Renforcer les capacités (aptitudes) et les compétences techniques du personnel impliqué à tous les niveaux de la mise en œuvre des mesures d'intervention de la gestion des DBM, ceci pour avoir un personnel qualifié dans ce domaine disponible sur place.

- Acquérir une assistance technique en terme de consultants pour court terme, afin de pouvoir développer dans le service même des capacités de formation (formation de formateurs)
- Acquérir des bourses d'études pour les personnels (du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Environnement, des centres des santé, des municipalités, etc.) pour leur permettre d'avoir de grandes capacités en matière de gestion des DBM.

Administration

- Etablir des directives claires relatives aux rôles et au partage de responsabilités entre les agences gouvernementales indiquées (Ministère de la Santé, Ministère de l'Environnement, etc.) et les municipalités, pour ce qui concerne l'application de la politique de gestion des DBM.
- Appuyer les agences gouvernementales concernées, le secteur privé et les ONG sur les mesures d'intervention relatives à la gestion des DBM.

2.18.3 Aspects techniques dans la démarche pour la gestion des DBM

La gestion des déchets dans les centres de santé devrait suivre la démarche (chronologie) décrite ci-dessous :

2.18.3.1 Eviter la prolifération des déchets

Cela peut être réalisé avec la réduction des déchets à la source compte tenu des faits suivants : (i) réemployer les éléments recyclable à chaque fois que c'est possible ; (ii) employer les produits avec un minimum d'emballage ; (iii) donner la préférence aux produits qui sont inoffensifs pour l'environnement par exemple employer les produits chimiques les moins nocifs s'ils sont disponibles.

La réduction des déchets à la source peut aussi être réalisée par un tri. Moins du quart des DBM peut blesser ou nuire. Si cette quantité est mélangée aux ordures, cela peut contaminer tout le tas rendant ainsi son traitement et son élimination (dépôt) chers.

En général, le déchet est une matière pouvant servir de seconde matière première, par exemple du matériel recyclable (bouteilles, fûts, containers, etc.), ou des matériaux recyclables (métal, verre, papier). Plus les éléments triés sont propres et uniformisés, mieux cela facilitera le réemploi et le recyclage. De ce fait les déchets doivent être séparés à la source (par le personnel averti des dangers) avant qu'ils ne soient mélangés et contaminés.

Pour minimiser les déchets, chaque centre de santé devra : (i) effectuer une estimation et un contrôle des volumes des produits sanitaires, accompagné d'une gestion prudente du processus d'élimination pour éviter l'accumulation, notamment pour les produits pharmaceutiques périmés ; (ii) privilégier les produits à faible quantité d'emballage ; (iii)

mettre en oeuvre des programmes de recyclage des produits, envisageant le retour des produits en surplus et non employés, chez le fournisseur qui les réemploiera; (iv) introduire les pratiques de réduction de déchets ; (v) encourager le réemploi de certains produits usagés non contaminés.

2.18.3.2 L'élimination des DBM

Tous les centres de santé doivent être dotés d'installations de traitement et ou d'élimination des déchets solides et liquides :

- pour les déchets liquides : systèmes d'épuration, fosses septiques, réseau d'égout, puits perdus, etc.;
- pour les déchets solides : autoclave, désinfection chimique, mise en décharge contrôlée, incinération, enfouissement, etc.

Un personnel formé à dessein doit prendre en charge le traitement des DBM, tout en disposant de matériel de protection complet et approprié (masques, gants, bottes en plastiques, blouses, etc.). Les déchets doivent être traités avant leur mise en décharge finale pour réduire les risques de blessures. Les déchets généraux non infectieux ne sont pas plus nuisibles que les déchets solides municipaux avec lesquels ils peuvent être mélangés. Les déchets dangereux doivent être traités en priorité sur tous les autres types avant leur dépôt.

Pour les déchets infectieux qui représentent la plus grande part de risques dans les DBM, l'incinération est la méthode la plus indiquée. Les déchets chimiques nécessitent souvent un traitement chimique (neutralisation, dénaturation, etc.). Les substances radioactives (couramment utilisées en médecine) dont la demi vie est relativement courte, doivent passer dans une zone de décroissance avant d'être libérées. Les autres substances radioactives doivent être paquetées et scellées pour une élimination finale.

Les méthodes d'élimination finale dépendent du type de déchet. A l'instar des ordures ménagères, les cendres provenant de l'incinération et les déchets chimiques neutralisés ou dénaturés provenant des centres de santé, peuvent être déposés avec les ordures solides de la municipalité. Quelques déchets nuisibles tels que les radioactifs et les infectieux doivent être déposés séparément. Les places appropriées pour l'élimination des déchets nuisibles sont des sites spécifiques indiqués pour leur dépôt, ou des fosses à ordures. En particulier, les déchets pathologiques tels les membres du corps, les tissus et fœtus humains, etc., nécessitent une manipulation et une élimination spéciales pour des raisons hygiéniques, culturelles et éthiques.

Tableau 12: Analyse comparative des différentes technologies d'élimination des DBM solides

Procédé	Avantages	Inconvénients	Application au Burkina
Autoclave Microwave irradiation (Micro-onde) Broyeur stérilisateur	<ul style="list-style-type: none"> - Incidences négligeables sur l'environnement - Bonne efficacité de désinfection dans certaines conditions - Réduction considérable du volume de déchets 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps de décontamination élevé - Nécessité d'utiliser des contenants résistants aux températures >120°C - Nécessite la présence d'opérateur qualifié - Coûts d'investissement et de fonctionnement élevés - Nécessite des volumes importants pour être optimum - Difficultés éventuelles de mise en oeuvre et d'entretien - N'élimine pas tous les déchets 	Pas recommandé
Pyrolyse sous vide	Décontamination à 100%	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite des volumes importants pour être optimum - Coût très élevé - Présence d'opérateur qualifié 	Pas recommandé
Incinérateur pyrolitique (Incinérateur moderne)	<ul style="list-style-type: none"> - Décontamination à 100% - Réduction du volume des déchets (cendres) - Les résidus peuvent être enfouis - Pas besoin de personnel hautement qualifié - Coût d'investissement assez élevé - Coût d'entretien faible 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien périodique - Nécessite un personnel qualifié - Disponibilité de pièces de rechange pas évidente. 	Pourrait être recommandé pour les CHU
Incinérateur à une chambre de combustion (artisanal, type De Montford)	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction considérable du volume des déchets - Pas besoin technicien qualifié - Coûts très faibles en termes d'investissement et d'entretien 	<ul style="list-style-type: none"> - Forte pollution de l'air - Coût relativement élevé - Destruction concerne près de 99% des microorganismes 	Approprié pour les CMA, CM, CSPS et les dispensaires et maternités isolés
Incinérateur à une chambre de combustion type HWI-2 et HWI-3(Univers Medical)	<ul style="list-style-type: none"> - Décontamination à 100% - Réduction du volume des déchets - Les résidus peuvent être enfouis - Pas besoin de personnel très qualifié - Coût d'investissement peu 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite un fonctionnement continu - Entretien périodique - Nécessite une disponibilité du carburant - Nécessite un dosage approprié des déchets 	Approprié pour les CHU, CHR et certains CMA

	<ul style="list-style-type: none"> élevé - Coût d'entretien faible - Bonne acceptabilité socio-culturelle - Réduction de la pollution de l'air 		
Désinfection chimique	<ul style="list-style-type: none"> - Grande efficacité de désinfection - Réduction volume déchets - Coût faible de certains désinfectants 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite des techniciens qualifiés - Mesures spécifiques de protection - Le problème de la gestion des déchets désinfectés reste entier 	Pas recommandé
Enfouissement sanitaire Municipal	<ul style="list-style-type: none"> - Evacuation externe des déchets - Coût très faible, si le centre d'enfouissement existe déjà et reçoit les déchets bruts. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recours nécessaire à un service de collecte - Pollution nappe - Risque de récupération/blessures - Elimination totale des germes incertaine 	Recommandé dans le CET de Ouagadougou (en cours de construction)
Fossé d'enfouissement sur le site du centre de santé (fond et parois en maçonnerie)	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie - Coût nul 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite une couverture permanente des DISS avec de la terre pour éviter les nuisances sur le site - Nécessite un endroit approprié (Réduction espaces sanitaires) 	Recommandé pour les CSPS en milieu rural, les dispensaires et maternités isolés
Incinération à ciel ouvert	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des volumes - Elimination immédiate - Coût nul 	<ul style="list-style-type: none"> Pollution importante de l'air Combustion précaire (imbrûlés) 	A proscrire

Traitement des déchets liquides

Les eaux usées provenant des formations sanitaires, particulièrement les eaux de laboratoire, devraient faire l'objet d'une épuration physicochimique, biologique et bactériologique particulière. Dans ce domaine précis, la désinfection chimique devra accompagner tout système à mettre en place. En effet, la désinfection chimique est certainement la méthode la plus efficace pour le traitement des eaux usées infectieuses. C'est pourquoi elle devra être privilégiée dans le cadre de ce projet centré précisément sur la lutte contre le VIH/SIDA. Ainsi, on pourra envisager un système combiné (désinfection et fosse septique) pour les centres de santé ruraux. Au niveau des hôpitaux centraux, il est préférable, compte tenu des importants volumes d'eaux, d'opter pour un pré-traitement physico-chimique, qui inclue un poste de désinfection suivi du raccordement au réseau d'égout. Toutefois, ce système nécessite une étude de faisabilité plus approfondie. Le tableau ci-dessous présente une analyse comparative de technologies susceptibles d'être envisagées pour les déchets liquides dans les formations sanitaires.

Tableau 13 : Analyse comparative des différentes technologies de traitement des déchets liquides

Système de traitement	Avantage/inconvénients (installation et fonctionnement)	Performan ce Technique	Coûts (investissement et entretien)	Recommandation pour le Burkina Faso
Stabilisation (par décantation et digestion ; Fosse Septique)	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite le curage des boues - Nécessite assez peu de surface 	Moyen	faible à assez important (selon les tailles)	CHU, CHR , Centres de santé et Poste de santé, mais avec un poste de désinfection à l'entrée.
Système à boues activées	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite un dégrillage - Nécessite le curage des boues - Nécessite une ventilation - Nécessite une surface assez importante 	Très élevé	Très faible	Peut être envisagé uniquement pour les Hôpitaux de dimension nationale (CHU)
Traitement biologique (disques biologiques, Lits bactériens)	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite un dégrillage - Nécessite le curage des boues - Nécessite surface assez important 	Elevé	Très faible	Pas recommandé
Traitement Physico-chimique	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite un dégrillage - Nécessite des produits chimiques - Nécessite surface assez important 	Très élevé	Très faible	Peut être envisagé uniquement pour les Hôpitaux de dimension nationale (CHU)
Désinfection Chimique	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite l'utilisation de produits chimiques - Nécessite peu de surface - Pas d'investissements en infrastructures 	Elevé	Moyen	Recommandé pour tout système de prétraitement des eaux usées

3 ROLES ET RESPONSABILITES

3.1 Ministère de la Santé (MS)

3.1.1 Au niveau national

- Dans la réglementation spécifique au DBM, le MS est responsable de la gestion des DBM à l'intérieur des formations sanitaires.
- Le Ministère de la Santé sera responsable pour formuler, mettre en œuvre et coordonner les politiques et les programmes concernant la gestion des DBM, mais sa capacité sera renforcée.

3.1.2 Au niveau central

Les structures concernées sont :

La DHPES devra :

- Assurer la mise en œuvre de la politique de gestion des DBM. Ce département sera responsable de la coordination avec les institutions gouvernementales indiquées, les établissements de santé et les municipalités. La DHPES sera responsable de la mise en œuvre de la politique de gestion des DBM avec délégation de responsabilités aux centres de santé (à travers des équipes de gestion des déchets).
- Diriger le travail de réglementation, de renforcement et suivi en concordance avec les nécessités établies concernant la gestion des DBM. Elle doit aussi définir les rôles et responsabilités aux différents niveaux.
- Avoir des ressources humaines et financières adéquates pour s'assurer que les services techniques de gestion des DBM sont accessibles et payables, et que l'élimination des DBM est équitable pour les usagers, les secteurs et communautés concernés.
- Initier et coordonner la révision de la législation et les normes de développement, les politiques et les directives concernant la gestion des DBM
- définir et établir des mécanismes pour une coordination intersectorielle et la participation de la communauté à la formulation de stratégies de gestion des DBM (estimation, POA, suivi et évaluation)
- identifier les principales découvertes en matière de DBM concernant la priorité dans l'intervention, en tenant compte des besoins dans les centres de santé
- développer des guides (directives) pour la gestion des DBM
- développer des indicateurs de gestion des DBM qui donneront une idée du suivi et du contrôle de la politique et des stratégies pour la gestion des DBM
- assurer que des ressources financières adéquates sont allouées aux activités de la gestion des DBM
- définir les rôles et responsabilités des autorités aux différents niveaux

- développer des programmes de formation en gestion des DBM pour les agents de la santé (le personnel) dans les centres de santé, incluant les officiers de santé environnementale et les manipulateurs de déchets des services privés et de ceux de la municipalité.
- Appuyer les DRS, les CHU et les CHR dans l'élaboration de leur plan de communication en matière de gestion des DBM.

La Direction Générale de la tutelle des Hôpitaux Publics et du sous-secteur Sanitaire Privé (DGHSP) devra :

- Veiller à ce que les hôpitaux publics et privés puissent disposer d'un plan de gestion interne des DBM et s'assurer de leur mise en œuvre effective
- Apporter un assistance technique et un appui dans la recherche d'équipements de gestion des DBM ; l'identification des besoins de gestion des DBM, la recherche de partenariat dans la gestion des DBM ; l'implication des privés dans la gestion des DBM dans les hôpitaux publics et privés
- Veiller à ce qu'au niveau de chaque structure hospitalière, les plans de communication soient élaborés et mis en oeuvre

La Direction Générale des Infrastructures, des Equipement et de la maintenance (DGIEM) devra :

- Apporter son expertise dans la conception d'infrastructures et d'équipements de gestion efficace des DBM selon la taille et la typologie des formations sanitaires
- Procéder à l'audit/évaluation des infrastructures existantes en matière de gestion des DBM dans les formations sanitaires
- Elaborer des normes techniques de conception, de construction et de maintenance des infrastructures et équipements de gestion des DBM
- Promouvoir les modèles d'équipements performants de gestion des DBM auprès des formations sanitaires
- Renforcer les capacités des agents chargés de la maintenance des infrastructures de gestion des DBM dans les formations sanitaires

3.1.3 Au niveau régional et local

Les Directions Régionales de la Santé et les services locaux devront :

- Suivre et évaluer les programmes de gestion des DBM en collaboration avec les DRECV ;
- Réviser et approuver les rapports d'études d'impact et plan d'action relatifs à la gestion des DBM
- Conduire des campagnes d'information et d'éducation pour promouvoir les activités de la gestion des DBM

- Promouvoir une collaboration et une coopération intersectorielle dans les prestations de gestion des DBM
- Coordonner et suivre la mise en œuvre au niveau local, des politiques et stratégies nationales en matière de gestion des DBM
- Préparer des rapports périodiques sur l'état de la gestion des DBM dans les centres de santé situés dans les quartiers.

Au sein des services déconcentrés et décentralisés, les techniciens d'Hygiène et d'Assainissement (THA) devront :

- Donner des conseils techniques sur la gestion des DBM.
- Suivre continuellement la production de déchets et archiver les données.
- Assurer que des procédures de protection et de sécurité sont suivies.
- Assister les hôpitaux dans la conception et l'emplacement pour le stockage et pour les unités de traitement et d'élimination.
- Porter assistance dans l'identification des besoins en formation concernant la gestion des DBM.
- S'assurer que les centres de santé ont des systèmes de traitement des déchets fonctionnels (incinérateurs, fosse septique, latrines, etc.)
- Coordonner les actions de communication en matière de gestion des DBM

3.1.4 Au niveau des formations sanitaires

Les techniciens d'Hygiène et d'Assainissement devront :

- Appuyer la formulation des plans et des procédures internes de gestion des DBM.
- Assurer le conformisme aux règlements et normes officielles en gestion des DBM.
- Développer la formation en gestion des DBM et des programmes de diffusion de l'information pour le personnel de santé et les centres de santé communautaires environnants.
- Mener la supervision du personnel de santé (principalement les travailleurs de la santé manipulant les DBM).
- Suivre l'application de la réglementation relative à la gestion des DBM dans les centres de santé.
- Définir les rôles et responsabilités dans la gestion des DBM poste par poste.
- Mettre en œuvre, pour chaque centre de santé, un plan interne de gestion des DBM.
- Suggérer des méthodes de motivation pour le personnel selon leur participation à la gestion des DBM.
- Veiller à la désignation d'un membre du personnel qui surveille les pratiques en matière de gestion des DBM.
- Veiller à la dotation des centres de santé en équipement et en matériel pour la gestion des DBM.
- Recommander une séparation (un tri) systématique des DBM.
- Promouvoir l'emploi des matériaux recyclables.
- Veiller à la provision financière pour la gestion des DBM dans le budget des établissements de santé.

- Mettre sur pied des procédures de contrôle dans la gestion des DBM.
- Contribuer à l'élaboration des textes (guides) spécifiques d'étude d'impact, incluant la gestion des DBM.
- Participer à la définition de directives claires concernant les DBM.
- Ouvrir un registre où les quantités de DBM produites par les centres de santé seront notées.
- Définir des mécanismes de contrôle pour les aiguilles, les objets pointus et les processus d'élimination.
- Organiser un suivi régulier des programmes sur les DBM, pour le personnel technique dans les bureaux de santé en province et dans les quartiers.

Chaque formation sanitaire sera responsable pour la gestion des déchets générés par lui-même, jusqu'à leur élimination finale.

3.2 Le Ministère de l'Environnement et du cadre de Vie (MECV)

Le MECV devra assumer la responsabilité de dresser les normes et lignes directives pour un environnement de qualité, puisqu'il est l'agent régulateur pour la qualité environnementale et les normes effluentes. Ce département sera aussi, responsable pour la conduite et la surveillance des procédures d'évaluation des impacts environnementaux pour des projets de gestion des DBM à tous les niveaux.

En plus de cela, le MECV devra être responsable du développement des normes basées sur la demande des institutions de gestion des DBM, principalement le Ministère de la Santé. Globalement, le MECV définit les domaines où les normes sont requises, développe ces normes et veille sur leur respect et leur mise en œuvre.

Dans la réglementation spécifique des DBM, le MECV est responsable du contrôle de l'élimination des DBM (norme de traitement, procédures et processus d'élimination).

3.3 Les Ministères en charge de l'Economie et du Développement, des Finances et du Budget

Ces ministères interviennent dans la mobilisation des ressources et veillent à l'allocation des fonds nécessaires à la mise en œuvre des activités planifiées.

3.4 Les municipalités

Les municipalités devraient désigner leur dépotoir, selon les normes et modèles définis par le MECV, pour éviter la pollution du sol, de l'eau et de l'air en recevant les DBM. Des zones spécifiques devront être réservées pour les DBM. En plus, ils devront légiférer pour interdire (ou refuser de recevoir) le mélange de DBM avec des déchets non infectieux, ils devront aussi interdire le dépôt sauvage des DBM et ériger un système de gestion des déchets efficace au niveau des dépotoirs (matériel pour

couverture, restriction pour l'accès de personnes non autorisées, équipements de protection, etc.)

3.5 Le secteur privé

Les compagnies privées impliquées dans la gestion des DBM devront :

- Se conformer aux règlements officiels et normes en matière de protection de l'environnement.
- Acquérir des fournitures adéquates pour la gestion des DBM (traitement, transport, dépôt, élimination).
- Opérer en tant que contractuels avec les unités de production des DBM, etc.
- Etablir un programme de formation et d'information pour son personnel.
- Continuer à veiller sur la santé de son personnel et de son environnement de travail.

3.6 Les ONG et la Société civile

Les ONG, OCB et la société civile devront :

- Informer, éduquer et conscientiser la population sur les risques liés aux DBM.
- Participer aux activités de formation externe, sur la gestion des DBM.

**PARTIE III : PLAN DE GESTION DES DBM ET PLAN
D'ACTION PRIORITAIRE**

1. RAPPEL DES PROBLEMES PRIORITAIRES

- Le cadre institutionnel législatif est déficient en matière de gestion des DBM
- L'organisation et la gestion des DBM dans les formations sanitaires présentent quelques insuffisances
- Les comportements et pratiques dans la gestion des DBM sont globalement médiocres
- Le secteur privé est faiblement impliqué dans la gestion des DBM
- Les ressources financières allouées à la gestion des DBM sont insuffisantes.

2. CADRAGE GLOBAL ET PLAN D'ACTION

Les acquis notés dans la gestion des déchets médicaux doivent être améliorés et renforcés, et les insuffisances corrigées. Dans cette perspective, la stratégie d'intervention devra s'articuler autour des objectifs stratégiques suivant : (i) renforcer le cadre réglementaire de la gestion des déchets biomédicaux (guides, etc.) ; (ii) améliorer la gestion des déchets (organisation, personnel, matériel et équipements) dans les hôpitaux; (iii) former le personnel de santé et les agents d'entretien sur la gestion des déchets médicaux ; (iv) Sensibiliser les populations et les usagers sur les risques liés aux déchets médicaux ; (v) Impliquer les opérateurs privés dans la gestion des déchets ; (vi) Assurer le suivi de la mise en œuvre des mesures environnementales d'amélioration de la gestion ; (vii) développer une vision prospective en matière de gestion des déchets médicaux.

Plus spécifiquement, la stratégie devra être sous-tendue par un certain nombre de mesures dont les plus importantes concernent:

- Mettre en place, pour chaque formation sanitaire, une structure ou comité de gestion des déchets médicaux. Ce Comité, placé sous la responsabilité du Directeur de l'hôpital et animé principalement par le responsable de l'hygiène hospitalière, devra regrouper les représentants de tous les services impliqués de près ou de loin dans la gestion des déchets (le personnel soignant, le personnel administratif, le personnel d'entretien, etc.).
- Elaborer un Plan de gestion des déchets dans chaque formation sanitaire et inclure la gestion des déchets dans le projet d'établissements hospitaliers (PEH). Ce plan hospitalier devra permettre : (i) de réglementer la gestion des déchets biomédicaux et notamment de définir les rôles et les responsabilités des différentes institutions publiques dans la gestion des déchets biomédicaux ; d'élaborer des guides ou procédures, comprenant, entre autres, la mise en place d'un système de tri à la source, la désignation d'un responsable chargé du suivi des déchets, la mise en place d'un budget de fonctionnement) ; (ii) de concevoir des équipements de pré-collecte appropriés des déchets; d'élaborer et d'adopter des procédures de sanction (positive et négative) du personnel impliqué dans la gestion des déchets; (iii) de mettre en place des procédures de contrôle (missions des agents de contrôle, relevé des quantités de déchets produites, contrôle du processus de collecte et

d'évacuation des aiguilles et autres objets coupants vers les lieux prévus pour leur élimination, etc.).

- Elaborer et diffuser des programmes de formation et sensibilisation du personnel hospitalier (personnel soignant, agent d'entretien). Il s'agira d'identifier les besoins en matière de formation au niveau des hôpitaux, d'identifier les groupes de formateurs et d'assurer leur formation dans la gestion des déchets médicaux, en élaborant les programmes de manière participative. Les activités de formations devront permettre de renforcer les connaissances, mais surtout d'améliorer les pratiques de ces agents dans la manipulation et la gestion des déchets. La formation devra concerner aussi les opérateurs privés, les techniciens biomédicaux et, dans certaines mesures, les techniciens municipaux actifs dans l'entretien, de nettoyage et la gestion des déchets solides.
- Entreprendre des campagnes d'information, d'éducation et de sensibilisation en direction des populations hospitalières (les usagers y compris les accompagnants) sur les risques liés aux déchets médicaux, particulièrement les déchets infectieux et les aiguilles.
- Développer des guides de bonnes pratiques (pour le tri sélectif, utilisation des poubelles, etc.) et afficher les procédures internes de gestion des déchets.
- Maîtriser le processus d'approvisionnement en équipements de collecte pour éviter les ruptures et, plus globalement, doter les formations sanitaires d'équipements et matériels de gestion des déchets médicaux (poubelles appropriées de pré-collecte, de conditionnement et de stockage des déchets ; systèmes performants de traitement et d'élimination écologique des déchets). Il s'agira de s'assurer que les moyens techniques et les fournitures (sacs, étiquettes, contenants de plastique, etc.) soient en place et qu'il n'y ait pas de rupture de stock. Il faut prévoir également un plan de contingences en cas de mal fonctionnement d'un système et d'une rupture de stock, pour ne pas annihiler les efforts et pour garantir la crédibilité du plan hospitalier de gestion.
- Adapter les contrats des prestataires d'entretien et de nettoyage pour garantir une meilleure prise en compte de la gestions des déchets (formation du personnel, moyens de protection, etc.) et renforcer le contrôle de l'exécution des activités.
- Mettre à profit des formations sanitaires l'expertise locale confirmée en matière de bonne gestion des déchets dans certains hôpitaux du pays (CHU Pédiatrique par exemple).
- Mettre en place un mécanisme régional de coordination, de contrôle et de suivi de la gestion des déchets, regroupant les représentants du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Environnement et du Cadre de Vie, des Municipalités, des autres structures publiques et privées (les cliniques privés, les associations environnementales locales, etc.).

- Former les techniciens biomédicaux, mais aussi les agents préposés à l'élimination des DBM, à l'opération et la maintenance des incinérateurs Montford avant leur installation (les grandes lignes du processus de traitement et d'opération ; la santé et la sécurité en rapport avec les opérations ; les procédures d'urgence et de secours ; les procédures techniques ; l'entretien de l'infrastructure ; le contrôle et la surveillance du processus et des résidus, etc.)
- Prévoir un plan de contrôle et d'évaluation des mesures environnementales de gestion des déchets médicaux. Dans les formations sanitaires, la gestion des DBM doit faire partie du programme de qualité de chacun des services concernés. Un comité de surveillance doit être mis en place afin de s'assurer que la disposition et/ou l'élimination des déchets rencontrent les normes et la réglementation en vigueur. Ce comité devra collaborer et coordonner ces plans d'action avec les autres ministères et les organismes concernés (ministère environnement, municipalités, cliniques privées, prestataires privés, etc.).
- Formaliser l'implication du privé dans la gestion des déchets de soins. Il s'agira, dans la gestion des déchets, de mettre en place un cadre de partenariat entre le secteur public, les communes et les opérateurs privés afin d'intéresser et d'impliquer davantage ces derniers dans la gestion, à travers une charte des responsabilités définie de façon consensuelle.
- Etudier les possibilités et modalités, dans le moyen/long terme, de la privatisation de tout le processus de gestion (collecte et traitement) des déchets de soins et soutenir les initiatives de partenariat entre les formations sanitaires, les opérateurs privés et les collectivités locales dans la collecte et la gestion des déchets médicaux.
- Etudier dans le moyen/long terme les possibilités et modalités d'acquisition de systèmes d'élimination plus écologiques (broyeurs stérilisateurs actuels), avec une possibilité d'ouverture aux formations sanitaires privées dans leur gestion.

3. OBJECTIFS ET ACTIVITES DU PLAN D'ACTION GLOBAL

Objectif 1 : Améliorer le cadre institutionnel et législatif de la gestion des DBM

Il s'agit d'élaborer un document de stratégie soutenue par un texte juridique (qui réaffirme les principes et objectifs nationaux en matière de gestion des DBM, détermine les responsabilités et les obligations institutionnelles) et d'élaborer des guides techniques de gestion des DBM. Sur un autre plan, des politiques, des lois et des règlements au niveau central devront être élaborés pour compléter et renforcer les arrêtés et autres procédures adoptés aux échelles locales, notamment par les collectivités. Il faut ajouter qu'un appui technique du niveau central et un renforcement des capacités de management seront nécessaires pour une meilleure maîtrise du processus de gestion des DBM.

Activités :

- *Etape 1 : Organisation d'ateliers régionaux de dissémination et de vulgarisation de la stratégie de gestion des DBM*
- *Etape 2 : Elaborer des textes réglementaires relatifs à la gestion des DBM*
- *Etape 3 : Elaborer des guides de gestion des DBM*
- *Etape 4 : Mettre en place des Comités de gestion des DBM et nommer des responsables du suivi de la gestion (région sanitaire ; formation sanitaire)*

Il s'agira de réglementer la gestion des DBM au niveau des formations sanitaires, notamment de définir les rôles et les responsabilités des différentes institutions publiques impliquées dans la gestion des DBM ; d'élaborer des modèles de plan de gestion interne (guides ou procédures) des DBM pour les établissements de soins (comprenant, entre autres, la mise en place d'un système de tri à la source, l'élimination séparée des déchets en fonction de leur nature, la désignation d'un responsable chargé du suivi des déchets, la mise en place d'un budget de fonctionnement) ; de concevoir des équipements de pré-collecte appropriés des DBM dans les centres de santé ; d'élaborer et d'adopter des procédures de sanction (positive et négative) du personnel dans la pratique et la gestion des DBM ; de mettre en place des procédures de contrôle de la gestion des DBM (missions des agents de contrôle, relevé des quantités de DBM produites par les centres de santé, contrôle du processus de collecte et d'évacuation des aiguilles et autres objets coupants vers les lieux prévus d'élimination, etc.). Le comité devra aussi promouvoir l'utilisation de matériels recyclables : l'utilisation de matériels recyclables (boîtes de médicaments ou autres contenants en plastique, flacons, bouteilles vides, etc.), constitue une option intéressante dans le processus de minimisation des volumes de déchets, d'autant plus que cela permet de réduire les déchets à incinérer ou à traiter autrement. Le matériel d'emballage peut être recyclé (papier, carton, verre, boîte métallique, emballage plastique, etc.). Compte tenu des opportunités de recyclage et de l'importance du marché, des mécanismes de coopération pourraient être déterminés entre les récupérateurs professionnels et les responsables des formations sanitaires. Dans ce domaine, l'utilisation de récipients en plastique non chloriné devrait être fortement soutenue pour les produits polluants provenant de l'incinération des DBM.

Objectif 2 : Former les acteurs dans la gestion des DBM

Activités :

- *Etape 5 : Elaborer des programmes de formation et former les formateurs :*

Il s'agira d'identifier les besoins en matière de formation au niveau des établissements sanitaires ; identifier les groupes de formateurs et assurer leur formation dans la gestion des DBM, en élaborant les programmes de manière participative.

- *Etape 6 : former l'ensemble des opérateurs de la filière de gestion des DBM :*

Il s'agira de former le personnel cadre, les médecins, les infirmiers, les agents d'hygiène et d'assainissement, les équipes techniques des DRS, le personnel d'encadrement des services techniques municipaux, des sociétés privées et ONG de collecte ; former les manipulateurs de déchets (aides-soignants, garçons et filles de salle, agents d'entretien et autres agents hospitaliers, agents municipaux de collecte).

- *Etape 7 : Evaluer la mise en œuvre du plan de formation :*

Un contrôle et un suivi dans les centres de santé devront être effectués régulièrement, pour superviser l'application des programmes de formation, dans le but d'améliorer le niveau de gestion des DBM et surtout de s'assurer que les bonnes pratiques sont acquises et effectives. Des mesures devront être adoptées pour l'identification des risques et la prévention des problèmes futurs. La supervision devrait concerner la sélection des DBM, leur identification, les systèmes de stockage, de transport et de traitement internes, les mesures de sécurité des agents, la mise en décharge, etc.

- *Etape 8 : Impliquer le secteur privé dans la mise en œuvre*

A ce niveau, le plan de gestion qui sera proposé devra développer une approche de professionnalisation de la filière afin qu'elle puisse générer des revenus et des profits. Une telle option suppose que le plan prenne en compte l'exigence du soutien aux initiatives privées et du développement du partenariat public/privé/société civile pour assurer le financement de la filière. Dans ce cadre, il serait souhaitable de déterminer des mécanismes de financement autonomes pour l'élimination des DBM, de développer des ressources financières spécifiques et d'inciter les partenaires publics et privés à s'engager dans le financement de la filière en renforçant leurs capacités techniques et managériales en vue de favoriser l'émergence d'une expertise et d'un leadership dans ce domaine.

En plus, il s'agit de mettre en place un cadre et des mécanismes de partenariat entre le secteur public, les opérateurs privés et la société civile dans la gestion des DBM (Déterminer les domaines d'intervention ; Elaborer une charte des responsabilités dans la gestion des DBM) ; mais aussi de renforcer les capacités des sociétés privées de collecte de déchets dans la gestion des DBM (appuyer la formation des cadres dans les domaines suivants : Choix d'équipements de collecte appropriés ; Manipulation spécifique des DBM ; Efficacité des coûts des technologies).

Objectif 3 : Sensibiliser les populations sur les risques liés aux DBM

Les programmes du MS concernant l'information et la sensibilisation des populations n'incluent pas de façon explicite les préoccupations liées à la gestion des DBM. Pour l'essentiel, ils couvrent les domaines liés à la santé en général (soins de santé, prévention des maladies, etc.). C'est pourquoi, il s'avère nécessaire de réaliser des

programmes de sensibilisation en direction surtout des populations fournissant ou recevant des soins de santé à domicile, des personnes utilisant des objets recyclés ou vivant à proximité des décharges d'ordures ainsi que des récupérateurs de déchets. Ces programmes devraient être menés avec l'appui des ONG et OCB ayant une large expérience des questions d'environnement et de santé.

Activités :

- *Etape 9: Informer les populations sur les dangers liés au DBM :*

Il s'agit d'informer le public en général sur les dangers liés à la mauvaise gestion des DBM et à l'usage des objets recyclés (concevoir et diffuser des messages télévisés mensuels en direction du public, sur les dangers liés à la manipulation des DBM, particulièrement les aiguilles ; concevoir et diffuser des messages radio hebdomadaires, notamment en langue locale, sur les dangers liés à la manipulation des DBM, particulièrement les aiguilles et autres objets coupants ; Initier une campagne nationale d'affichage dans les structures sanitaires en direction des visiteurs, accompagnants de malades, etc. ; confectionner des banderoles d'information et de sensibilisation ; tenir des séances mensuelles d'information publique dans les quartiers.

Par ailleurs, il s'agira de sensibiliser les populations sur les mesures à prendre dans les ménages après les soins à domiciles (automédication) pour assurer une saine gestion de ces DBM qui sont généralement mélangés aux ordures ménagères. Le programme devrait appuyer également des activités multisectorielles au niveau des communautés de base. Il faudra probablement soutenir les activités de soins communautaires et à domicile. Mais, de telles activités peuvent entraîner l'introduction de déchets infectieux dans les poubelles d'ordures ménagères dans les habitations : seringues usagées, médicaments périmés, etc. Ces types de déchets devront être correctement gérés pour éviter leur mélange avec les ordures ménagères non contaminées. Cela concerne tout particulièrement les lames qui sont souvent utilisées pour des besoins de scarification. Ces lames peuvent ainsi occasionner des blessures pouvant devenir des sources d'infection. Par conséquent, il s'avère nécessaire d'élaborer un programme d'information et de sensibilisation en direction des pratiquants professionnels ou amateurs de soins à domicile.

Objectif 4 : Acquérir des matériels et équipements de gestion des DBM

Il s'agira de doter les formations sanitaires publiques de poubelles de pré-collecte appropriées de stockage des DBM ; de systèmes performants de traitement et d'élimination des DBM solides et liquides.

Activités :

- *Etape 10 : Financer l'achat des contenants spécifiques aux DBM*
- *Etape 11 : Financer l'achat des moyens de collecte et de transport des DBM*
- *Etape 12 : Financer l'achat des moyens de traitement des DBM*

Objectif 5: Contrôler et suivre les activités de gestion des DBM

Activités :

- *Etapes 13 : Contrôler que tous les acteurs effectuent le tri sélectif à la source*
- *Etape 14 : Contrôler les entreprises agréées chargées de la collecte, du transport et de l'élimination des DBM*
- *Etape 15 : Evaluer de façon continue la performance du plan de gestion des DBM*

Assurer le contrôle et le suivi mensuel au niveau régional ; Assurer le contrôle et le suivi mensuel au niveau national ; Effectuer l'évaluation à mi- parcours (fin 2^{ème} année) ; Effectuer l'évaluation finale du plan de gestion des DBM (fin du projet).

4. STRATEGIE DE FORMATION ET DE SENSIBILISATION

4.1 Formation des acteurs

Le programme de formation et de sensibilisation vise à :

- Rendre opérationnelle la stratégie de gestion des DBM ;
- Favoriser l'émergence d'une expertise et des professionnels en gestion des DBM ;
- Elever le niveau de responsabilité des employés dans la gestion des DBM ;
- Protéger la santé et la sécurité des personnels de santé et de collecte.

La formation devra être ciblée et adaptée aux groupes ciblés : personnel de santé et personnel de gestion des DBM. La formation devra s'appuyer sur des études spécifiques et sur les informations disponibles en matière de bonnes pratiques. En règle générale, les meilleurs formateurs se trouvent au sein du personnel (hospitalier), et l'éducation par des pairs est recommandée à tous les niveaux. La formation devra concerner en priorité :

- le personnel de direction ou d'encadrement et les responsables du personnel pour mieux lutter contre les comportements, conduites ou pratiques qui compromettent la sécurité dans le travail ;
- les formateurs pour les pairs en vue de les amener à maîtriser correctement le contenu et les méthodes de prévention des risques ; ce qui leur permettra d'être capables de dispenser l'ensemble ou une partie des programmes d'information et d'éducation aux travailleurs et surtout d'aider ces derniers à identifier les facteurs qui, dans leur vie quotidienne, augmentent les risques d'infection ;
- les représentants des travailleurs pour mieux expliquer la politique adoptée sur le lieu de travail en matière de prévention des risques ;

- les agents de santé et le personnel de gestion des DBM pour leur permettre d'acquérir les connaissances nécessaires sur le contenu et les méthodes de prévention, d'être en mesure d'évaluer leur milieu de travail afin de l'améliorer en diminuant les facteurs de risques, d'adopter les mesures de précautions susceptibles de diminuer le risque d'exposition au sang, de promouvoir l'utilisation des équipements de protection et d'appliquer correctement les procédures à suivre en cas d'exposition au sang.

La stratégie et le système de formation seront articulés autour des principes suivants :

- Formation des formateurs : il s'agit de former les responsables au premier plan au sein des centres de santé (médecins, agents d'hygiène et d'assainissement, personnel d'encadrement des services techniques municipaux, des ONG et des sociétés de collecte). Ces modules seront préparés par des experts en rapport avec les responsables concernés dans un processus participatif. Les séances de formations pourront se dérouler par région sanitaire ;
- Formation du personnel de soins dans les centres de santé (personnel médical, paramédical) par les responsables déjà formés ci-dessus. Ces formations pourront se dérouler par département et seront assurées par les responsables déjà formés ;
- Formation du personnel de gestion des DBM dans les centres de santé (aides-soignants, personnel d'entretien). Ces formations se dérouleront par centre de santé et seront assurées par les responsables déjà formés.
- Formation intégrée pour créer des synergies avec les autres thématiques (modules intégrés sur la Gestion des DBM/Prévention des Infections/Hygiène hospitalière/etc.)

Les modules de formation porteront sur les risques liés à la manipulation des DBM, les méthodes écologiques de gestion (collecte, élimination, entreposage, transport, traitement), les comportements adéquats et les bonnes pratiques, la maintenance des installations et équipements, les mesures de protection. Au niveau du personnel de santé, l'accent sera mis sur la nécessité de procéder au tri préalable des DBM pour éviter le mélange avec les autres déchets moins dangereux et réduire ainsi le volume de déchets contaminés.

Il est recommandé de former les formateurs en les amenant à produire eux-mêmes un guide de bonne pratique/gestion des DBM, plutôt que de les instruire de manière passive. La formation du personnel médical et paramédical constitue une priorité si on veut accroître l'impact du plan de gestion des DBM.

Les encadrés ci-dessous donnent une indication des contenus des modules de formation.

Module de formation pour les opérateurs de la gestion des déchets

- Information sur les risques ainsi que les conseils de santé et de sécurité
- Connaissances de base sur les procédures de manipulation et de gestion des risques
- Port des équipements de protection et de sécurité

Module de formation pour les transporteurs de déchets

- Risques liés au transport des déchets
- Procédures de manipulation, chargement et déchargement
- Equipements des véhicules
- Equipements de protection

Module de formation pour les opérateurs des systèmes de traitement

- Les grandes lignes du processus de traitement et d'opération
- La santé et la sécurité en rapport avec les opérations
- Les procédures d'urgence et de secours
- Les procédures techniques
- La maintenance des équipements
- Le contrôle des émissions
- La surveillance du processus et des résidus

Module de Formation pour les gestionnaires municipaux de décharges publiques

- Information sur la santé et la sécurité
- Contrôle de la récupération et du recyclage
- Equipements de protection et hygiène personnelle
- Procédures sûres pour la gestion des déchets mis en décharge
- Mesures d'urgence et de secours

4.2 Sensibilisation des populations et des décideurs

Les programmes d'information et de sensibilisation au niveau des centres de santé, mais surtout en direction du public en général et des décideurs en particulier, sont essentiels pour réduire les risques d'infection et d'affection par les DBM. Ces programmes devront revêtir un caractère multiforme et s'appuyer **sur** plusieurs supports. Ils devront être dispensés par des personnes dignes de confiance et de respect. Dans la mesure du possible, les programmes d'information et de sensibilisation sur la gestion des DBM devraient être reliés aux campagnes plus larges de lutte contre les IST/VIH/SIDA, menées à l'échelle communautaire, sectorielle, régionale ou nationale. Dans le cadre de leur réalisation, il conviendra de s'appuyer sur des informations fiables et actuelles relatives aux DBM, aux modalités de leur gestion, aux précautions à prendre en cas de manipulation, aux impacts sur les personnes et le milieu, etc. Autant

que possible, les campagnes devront être intégrées dans les politiques et programmes existants, notamment au niveau du Ministère de la Santé.

Plus spécifiquement, la stratégie de sensibilisation devra cibler :

- la population, y compris les tradipraticiens et les récupérateurs de déchets. La sensibilisation devra porter sur les risques liés à la manipulation des DBM, les dangers des objets récupérés potentiellement contaminés, la contamination de la chaîne alimentaire avec la divagation des animaux dans les sites de dépôt de DBM. Il conviendra de privilégier les campagnes d'information et de sensibilisation à travers les radios locales, la télévision et aussi des séances d'animation de proximité (par des ONG dynamiques dans la gestion de la santé ou de l'environnement). Ces actions devront être soutenues par des campagnes d'affichage (banderoles, affiches) au niveau des lieux à haute fréquentation du public.
- les décideurs gouvernementaux. Il s'agira de préparer un document de plaidoyer à envoyer aux autorités gouvernementales concernées et qui pourra faire l'objet d'une présentation par le Ministère de la santé lors d'un atelier organisé à cet effet.
- sensibiliser les cabinets privés de santé à assurer une saine gestion de leurs DBM (les traiter ou les acheminer, par leurs propres moyens ou par le biais d'un service de collecte, vers les établissements de santé dotés d'incinérateurs situés dans leur zone de référence, ou vers le Centre d'Enfouissement Technique, si c'est à Ouagadougou, selon des modalités de cogestion à déterminer de façon consensuelle).

L'information, l'éducation et la communication pour le changement de comportement (CCC) doivent être axées principalement sur les problèmes de santé liés au DBM qui se posent à la population ainsi que sur les méthodes de prévention et de gestion pour y remédier. Ces interventions doivent viser à modifier qualitativement et de façon durable le comportement de la population. Leur mise en œuvre réussie suppose une implication dynamique des services de santé et de tous les membres de la communauté (parents, diverses associations, animateurs de santé...). Dans cette optique, les animateurs de santé et les élus locaux chargés de la santé doivent être davantage encadrés pour mieux prendre en charge les activités de CCC. La production de matériel pédagogique doit être développée et il importe d'utiliser rationnellement tous les canaux et supports d'information existants pour la transmission de messages de santé appropriés.

Les médias publics jouent un rôle important dans la sensibilisation de la population sur le SIDA. Ils donnent l'écho aux messages permanents des autorités nationales et locales. Les structures fédératives des ONG et des OCB devront aussi être mises à contribution dans la sensibilisation des populations.

Tableau 13: Synthèse du Plan d'Action global - Responsabilités de la mise en œuvre et coûts

OBJECTIFS	étapes	exécution	contrôle	supervision	coût
N°1 : Améliorer le cadre institutionnel, législatif et réglementaire	<u>Etape 1</u> : Organisation d'ateliers régionaux de Dissémination et de vulgarisation de la stratégie de gestion des DBM	DHPES	DGS	MS	50 millions
	<u>Etape 2</u> : Elaborer un texte réglementaire relatif à la gestion des DBM	Consultants Juristes	DHPES	MS/DGS MECV	10 millions
	<u>Etape 3</u> : Elaborer des guides de gestion des DBM	Consultants	DHPES	MS/ DGS MECV	20 millions
	<u>Etape 4</u> : Mettre en place des Comités de gestion des DBM et nommer des responsables du suivi de la gestion (région sanitaire ; formation sanitaire)	Formations sanitaires	Direction Tutelles des Hôpitaux DHPES DRS et DS	MS MECV	-
N°2 : Former les acteurs	<u>Etape 5</u> : Elaborer les programmes de formation et former les formateurs	Consultants	DHPES	MS/ DGS MECV	30 millions
	<u>Etape 6</u> : Former les acteurs de la gestion des DBM	Formateurs Consultants	DHPES	MS/ DGS MECV	300 millions
	<u>Etape 7</u> : Evaluer la mise en œuvre du plan de formation	Formateurs Consultants	DHPES	MS/ DGS MECV	20 millions
	<u>Etape 8</u> : Implication du secteur privé à la mise en œuvre	DHPES	DGS	MS MECV Collectivités locales	15 millions
N°3 : Informer la population	<u>Etapes 9</u> : Sensibiliser et informer les populations sur les risques DBM	Consultants Professionnels de santé, ONG, Média, Elus locaux	DHPES	MS/ DGS MECV	170 millions
N°4: Acquérir	<u>Etape 10</u> : Financer l'achat des contenants spécifiques aux DBM	PADS	DHPES	MEF MS/DGIEM MECV	60 millions

des matériels et équipements de gestion des DBM	<u>Etape 11</u> : Financer l'achat des moyens de collecte et de transport des DBM	PADS	DHPES	MEF MS/DGIEM MECV	330 millions
	<u>Etape 12</u> : Financer l'achat des moyens de traitement des DBM	PADS	DHPES	MEF MS/DGIEM MECV	270 millions
N°5 : Contrôler et suivre les activités de gestion des DBM	<u>Etapes 13</u> : Contrôler que tous les acteurs effectuent le tri sélectif à la source	Formations sanitaires	DHPES	MS MECV	100 millions
	<u>Etape 14</u> : Contrôler les entreprises agréées chargées de la collecte, du transport et de l'élimination des DBM	DHPES	DGS	MS MECV Collectivités locales	
	<u>Etape 15</u> : Evaluation continue de la performance du plan de gestion des DBM	Consultants DHPES	DGS	MS MECV Collectivités	

5. CONTEXTE ET OBJECTIF DU PLAN D'ACTION PRIORITAIRE (2006-2009)

Dans une logique de réaliser et de donner une impulsion significative à la mise en œuvre de la stratégie de gestion des DBM, il est indiqué d'élaborer un plan d'actions prioritaires (sur trois ans) concernant les mesures d'urgence à mettre en place. L'objectif visé par le Plan d'Action Prioritaire de gestion des DBM est d'impulser les activités d'urgence, durant les premières années, la mise en œuvre de la stratégie et des guides techniques de gestion des DBM, dans la perspective de mettre en place un système durable de gestion dans les formations sanitaires.

6. COMPOSANTES ET ACTIVITES DU PLAN D'ACTION PRIORITAIRE

Les mesures définies dans le Plan d'action concernent les activités suivantes:

6.1 Arrangements Institutionnels et légaux

- Finalisation et validation des documents de stratégie et des guides techniques par l'ensemble des acteurs concernés
- Approbation desdits documents par les autorités concernées (MS, MECV)
- Renforcement du personnel des formations sanitaires (affectation ou recrutement de techniciens d'hygiène)
- Organisation d'ateliers régionaux de dissémination et de vulgarisation de la stratégie et des guides techniques, en rapport avec les acteurs concernés.

6.2 Structures de gestion des DBM

- Rencontres d'informations et de sensibilisation dans toutes les formations sanitaires
- Installation de Comités de gestion des DBM dans les formations sanitaires
- Désignation de l'équipe principale responsable (définition des rôles et des responsabilités dans la gestion des DBM)
 - **ELABORATION ET MISE EN OEUVRE DES PLANS HOSPITALIERS DE GESTION DES DBM**
 - Elaborer des plans hospitaliers de gestion des DBM dans les formations sanitaires
 - Valider les plans hospitaliers de gestion des DBM par le MS et le MECV
 - Elaborer des guides techniques de gestion des DBM
 - Mettre en oeuvre les plans hospitaliers de gestion des DBM
 - Doter les formations sanitaires d'équipements et matériels minima de gestion des DBM;
 - Planifier une provision financière pour la gestion des DBM dans le budget des formations sanitaires.
 - **APPUI A LA MISE EN OEUVRE: IMPLICATION DU SECTEUR PRIVE**
 - Identifier tous les privés intervenant dans le nettoyage et la gestion des déchets solides en général
 - Organiser une rencontre au niveau national et provincial pour informer et sensibiliser ces acteurs privés
 - Sélectionner les privés intéressés par la gestion des DBM
 - Sensibiliser les compagnies intéressées dans la contractualisation (collecte et élimination)
 - Déterminer les procédures d'autorisation des compagnies privées (de licences et équipements)
 - **RENFORCEMENT DES CAPACITES DANS LA GESTION DES DBM**
 - Formation des acteurs dans la gestion des DBM (personnel des formations sanitaires, etc.) ;
 - Séminaire de formation pour le personnel technique des compagnies privées de gestion des déchets ;
 - Renforcement de capacités des agents de la DHPES (formation en gestion des DBM) ;
 - Renforcement des capacités opérationnelles des structures existantes ;
 - Renforcement des capacités des agents du MECV
 - Renforcement des acquis en matière de traitement des DBM
 - Motivation des acteurs (formation ; responsabilisation ; sensibilisation)

- **STRATEGIE DE MISE EN OEUVRE DU PAP**

La stratégie de mise en oeuvre sera articulée autour des axes suivants:

- **1^{ère} phase:** Information, formation et sensibilisation ; Structures de gestion des DBM dans les formations sanitaires;
- **2^{ème} phase:** Elaboration et approbation des plans et guides de gestion des DBM; Doter les formations sanitaires d'équipements et matériels minima de gestion des DBM
- **3^{ème} phase:** Mise en œuvre de projet pilote
- **4^{ème} phase :** Mise en oeuvre et suivi/évaluation de la gestion des DBM

La Phase pilote :

Le projet pilote pourrait s'articuler autour du renforcement des acquis dans la gestion des DBM et des capacités opérationnelles des structures existantes au sein desquelles il a été noté un certain dynamisme et un engouement réel autour des questions d'hygiène hospitalière. Le projet pilote pourrait concerner quelques CHR et CMA avec un programme initial d'appui (formation, outils de gestion, dotation en équipements de collecte et de traitement, etc.). Ce projet pilote permettrait de tester certains équipements et technologies de traitement (Incinérateur HWI et appareils NeedleZap pour les CHR ; incinérateur Montfort amélioré dans les CMA ; en plus de la formation, la mise en place des équipes de gestion et la préparation des stratégies internes de gestion.).

Cadre logique du PAP

	Composantes et activités	Indicateurs OV	Source	Risques
1. Arrangements Institutionnels et légaux				
Activités	Finaliser et valider les documents de stratégie et les guides	Reunion de validation	PV de réunion (liste présence)	Financement PADS non disponible
	Faire approuver lesdits documents par les autorités	Nombre d'actes	Administration	-
	Renforcer le personnel d'hygiène dans les formations sanitaires	Nombre d'agents	Service personnel	Pas de Recrutement Par le MS

	Organiser des ateliers régionaux de dissémination et de vulgarisation de la stratégie et des guides techniques	Nombre d'acteurs informés	PV de réunion (liste présence)	Financement PADS non disponible
2. Structures de gestion des DBM				
Activités	Organiser des rencontres d'informations et de sensibilisation dans toutes les formations sanitaires	Nombre de réunions tenues	PV de réunion d'atelier	Réticence des hôpitaux
	Installer les Comités de gestion des DBM dans les formations sanitaires	Actes Administratifs	Service administratif	Réticence des hôpitaux
	Désigner l'équipe principale responsable DBM (définition des rôles et des responsabilités)	Nombre/qualité d'agents désignés	Service administratif	Réticence des hôpitaux
3. Elaboration et mise en oeuvre des Plans hospitaliers de gestion des DBM				
Activités	Elaborer des plans hospitaliers de gestion des DBM	Nombre de plans	Documents	Indisponibilité des agents hospitaliers
	Valider les plans hospitaliers de gestion des DBM	Nombre de plans validés	PV validation	-
	Elaborer des guides techniques de gestion des DBM	Nombre guides	Documents	Financement PADS non disponible
	Mettre en oeuvre les plans hospitaliers de gestion des DBM	Nombre de plans exécutés	Rapports d'exécution	Financement PADS non disponible
	Doter les formations sanitaires de matériels minima de gestion des DBM	Nombre et nature	Service administratif	Financement PADS non disponible
	Elaborer et mettre en œuvre des plans de communication hospitaliers	Nombre de plans élaborés et mis en oeuvre	Documents Rapports d'exécution	Financement PADS non disponible
	Planifier une provision financière pour la gestion des DBM dans le budget des formations sanitaires	Disponibilité du budget	Service financier	Raréfaction ressources
4. Appui à la mise en oeuvre: implication du secteur privé				
Activités	Identifier tous les privés intervenant dans la gestion des déchets	Nombre de privés	Rapport	-
	Organiser une rencontre au niveau national et provincial pour informer et sensibiliser ces acteurs privés	Acteurs informés	PV de réunion (liste présence)	Absence d'engagement
	Sélectionner les privés intéressés	Nombre de privés	Liste de sélection	-
	Sensibiliser les compagnies intéressées dans la contractualisation	Acteurs informés	Rapports sensibilisation	-

	Déterminer les procédures d'autorisation des compagnies privées	Nombre d'agréments	Actes administratifs	-
5. Renforcement des Capacités dans la gestion des DBM				
Activités	Former le personnel de santé dans la gestion des DBM	Nombre d'agents formés	Rapports de formation	Financement PADS non disponible
	Organiser des séminaires de formation pour le personnel des compagnies privées	Nombre d'agents formés	Rapports sensibilisation	Financement PADS non disponible
	Renforcer les capacités des agents de la DHPES, DGIEM et de la DAPN	Nombre d'agents formés	Rapports de formation	Financement PADS non disponible
	Renforcer les moyens opérationnels (logistiques, bureautique, etc.) de la DHPES et de la DGIEM (Supervision et maintenance)	Nombre et nature des moyens	Service administratif	Financement PADS non disponible
6. Suivi et Evaluation du plan d'action Prioritaire (PAP)				
Activités	Assurer le contrôle et le suivi au niveau régional	Nombre et nature de constats	Rapports de contrôle et suivi	Financement PADS non disponible
	Faire les évaluations à mi-parcours et finale	Nombre et nature de constats	Rapports d'évaluation	Financement PADS non disponible

Calendrier de mise en oeuvre et coûts du PAP

Activités	Responsable	Autres concernés	Coûts en FCFA	Calendrier/3 ans			Source finance
				1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	
Arrangements Institutionnels et légaux							
Finaliser et valider les documents de stratégie et les guides	DHPES/MS	MECV, MEDEV, MFB	25 000 000	—			PADS
Faire approuver lesdits documents par les autorités	MS	MECV	-	—			
Renforcer le personnel d'hygiène dans les formations sanitaires	MS		-		—		
Organiser des ateliers régionaux de dissémination et de vulgarisation de la	DHPES/MS		25 000 000	—			PADS

stratégie et des guides techniques							
Structures de gestion des DBM							
Organiser des rencontres d'information et de sensibilisation dans toutes les formations sanitaires	CRESA		25 000 000	—			PADS
Installer les Comités de gestion des DBM dans les formations sanitaires	Formations sanitaires		-	—			
Désigner l'équipe principale responsable (définition des rôles et des responsabilités dans la gestion des DBM)	Formations sanitaires		-	—			
Elaboration et mise en oeuvre des Plans hospitaliers de gestion des DBM							
Elaborer des plans hospitaliers de gestion des DBM	Formations sanitaires		-	—			
Valider les plans hospitaliers de gestion des DBM	DHPES	MECV	-		—		
Elaborer des procédures internes de gestion des DBM	Formations sanitaires						
Mettre en oeuvre les plans hospitaliers de gestion	Formations sanitaires		-		—		
Doter les formations sanitaires de matériels minima de gestion des DBM	DHPES et Formations sanitaires		500 000 000		—		PADS
Planifier une provision financière pour la gestion des DBM dans le budget des formations sanitaires	DHPES et Formations sanitaires		-		—		
Elaborer et mettre en œuvre des plans de communication hospitaliers	DHPES et Formations sanitaires		250 000 000	—	—		PADS
Appui à la mise en oeuvre: implication secteur privé							
Identifier tous les privés intervenant dans le secteur des déchets	DHPES	MECV	-	—			
Organiser une rencontre au niveau national et régional pour informer et sensibiliser ces acteurs privés	DHPES		15 000 000		—		PADS
Sélectionner les privés	DHPES	MECV	-				

intéressés par la gestion des DBM							
Sensibiliser les compagnies intéressées	DHPES	MECV	-	—			
Déterminer les procédures d'autorisation des privées	DHPES	MECV	-		—		
Renforcement des Capacités dans la gestion des DBM							
Former le personnel de santé dans la gestion des DBM	DHPES		100 000 000	—			PADS MS
Organiser des séminaires de formation pour le personnel des privées	DHPES	MECV	20 000 000	—			PADS
Renforcer les capacités des agents de la DHPES, DGIEM et DAPN	PADS	MECV	20 000 000		—		PADS MS
Renforcr les moyens opérationnels de la DHPES et de la DGIEM (Supervision et maintenance)	PADS		100 000 000	—	—		PADS MS
Suivi et Evaluation du plan d'action Prioritaire (PAP)							
Assurer le contrôle et le suivi au niveau régional	DHPES/MS	MECV	40 000 000	—	—		PADS
Faire les évaluations à mi-parcours et finale	Consultant		10 000 000			—	PADS
	Total coûts du PAP		1 130 000 000				

Bibliographie

Titre	Auteur/Organisme	Année
Etude sur la Gestion des Déchets d'activité de Soins à Risques Infectieux dans les établissements de santé au Burkina Faso –	Alain LECOQ,	Juillet 2004
Rapport sur le Développement Humain : corruption et développement humain – Burkina Faso	PNUD	2003
Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté	Ministère de l'Economie et du Développement, Burkina Faso	2003
Décret n°2001-342 /PRES/PM/MEE portant champ d'application, contenu et procédure de l'étude et de la notice d'impact sur l'environnement	Ministère de l'Environnement et de l'Eau	2001
Décret n°2001-185 /PRES/PM/MEE portant fixation des normes de rejets de polluants dans l'air, l'eau et le sol	Ministère de l'Environnement et de l'Eau	2001
Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010 -PNDS	Ministère de la Santé	2001
Plan triennal de mise en œuvre du PNDS 2001-2003	Ministère de la Santé	2001
Document de Politique Sanitaire Nationale	Ministère de la Santé	2000
Review of Health Impacts from Microbiological hazards in Health-care Wastes	Ira F. SALKIN OMS	2001
Rapport mondial sur le Développement Humain	PNUD	2001
Guide Pratique d'Hygiène Hospitalière	Ministère de la Santé	2000
Hospital Waste management Rules (Draft) Hospital Waste Management committee,	Pakistan Environmental Protection Council	2000
La gestion des déchets biomédicaux	Ministère de l'environnement Québec- Canada	2000
Prévention des risques biologiques chez le personnel soignant dans un pays en voie de développement	Benjamin FAYOMI	1999
Processus de consultation sur la Gestion des Déchets Biomédicaux en Afrique de l'Ouest	PGU/IAGU	1999
Décret n°98-323/PRES/PM/MEE/MATS/MIHU/MS/MTT portant réglementation de la collecte, du stockage, du transport du traitement et de l'élimination des déchets urbains	MEE/MATS/MIHU/MS/MTT	1998
Teacher's Guide Management of wastes from health-care activities	A. Prüss et W.K. Townend, OMS	1998
Loi n° 005/97/ADP du 30 janvier 1997 portant Code de l'Environnement	Ministère de l'Environnement et de l'Eau	1997
Stratégie Nationale du Sous-Secteur de l'Assainissement au Burkina Faso	Ministère de l'Environnement et de l'Eau	1996
Elimination des déchets d'activités de soins à risques Guide Technique	OMS	