



ETAT DES LIEUX DE L'ASSAINISSEMENT DANS LES
ETABLISSEMENTS DE SANTE DE LA REGION DU CENTRE EST
DU BURKINA FASO ET PERSPECTIVES D'AMELIORATION.

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE
MASTERE SPECIALISE
OPTION : ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF

Présenté et soutenu publiquement le..... par : Tamba LOMPO

Encadré par :

Dr Boukary SAWADOGO, Maître assistant , Responsable pédagogique du Mastère spécialisé
en ANC, 2iE

Jury d'évaluation du stage :

Président :

Membres et correcteurs :

PROMOTION 2020/2021

DEDICACES

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,

L'amour, le respect, la reconnaissance

Aussi, c'est tout simplement que

Je dédie exclusivement ce travail :

***A LA MEMOIRE DE MA MERE SOUOBOU DJOUORO MARIE
MADELEINE***

*J'aurais tant aimé que tu sois présente. Que Dieu ait ton âme dans sa sainte
miséricorde.*

A MON PERE

*A mon admirable père, mon exemple éternel, mon soutien moral, ma source de mes
efforts ma joie et mon bonheur,*

Celui qui s'est toujours sacrifiés pour me voir réussir

A MON AMOUR GNOUMOU CELINE

Aucune dédicace ne saurait exprimée

*tout l'amour que j'ai pour toi. Ta joie et ta gaieté me comblent de bonheur. Toi qui est
toujours à mes côtés, et qui m'accompagne durant tout le reste du chemin.*

*Puisse Dieu te garder, éclairer ta route et t'aider à réaliser à mes côtés tes vœux les
plus chères.*

***A MES CHERIES, MA SOURCE D'INSPIRATION
BANCELI EMMANUELA ET CIANGNIAGOUELIANE NOLWENN ET
VOTRE TRES CHER ADORABLE PETIT FRERE, JUALI EVARISTE***

*En témoignage de mon affection paternelle et de ma profonde tendresse je vous
souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu,*

le tout puissant, vous protège et vous garde.

A MES FRERES ET MES SEURS

*Je vous suis très reconnaissant à tous, et je ne vous remercierai jamais assez pour
vos soutiens multiformes, vos générosités, vos aides précieuses.*

REMERCIEMENT

Ce travail n'aurait pu aboutir sans le soutien et les encouragements, au quotidien, des personnes qui m'ont accompagné durant le stage.

Je ne pourrais pas commencer ce rapport sans adresser mes chaleureux remerciements, à l'équipe pédagogiques du Mastère en ANC et des enseignants qui nous ont offert tant de savoir et des conseils.

Je présente mes remerciements les plus sincères à mon encadreur, Docteur **SAWADOGO Boukary**, pour m'avoir proposé ce travail et m'avoir guidé jusqu'à son aboutissement. Je vous remercie aussi pour m'avoir donné toute la liberté, de démarche et de moyens, pour mener ce travail. Je vous suis reconnaissant pour cette marque de confiance, d'écoute et le soutien que vous m'avez témoigné tout au long de la réalisation de ce travail. Vos remarques et vos consignes ont été pour moi d'un apport inestimable.

J'ai aussi tout au long de ce projet bénéficié d'un apport précieux de la part de Mr. le Directeur régional de la santé, de l'hygiène publique et du bien-être, **Docteur GUIRE Issa** qui n'a cessé de me faciliter et de me faire bénéficier de son grand accompagnement, je vous remercie du fond du cœur.

Je tiens à remercier d'avance les membres de jury qui me feront l'honneur de juger ce projet de fin d'études et d'apporter leurs contributions à son amélioration.

Je remercie aussi toute l'équipe de la DRS du centre-est, des ECD et des responsables d'unités de soins ou techniques qui ont été à mon écoute et m'ont offert toutes les informations nécessaires pour la réalisation de ce travail.

Je remercie également tous mes collègues de la région du centre-est pour les efforts qu'ils ont déployé durant la période de réalisation de ce travail afin que je réussisse cette étude

Je remercie, par ailleurs ma famille « *Première promotion ANC* » pour leur encouragement, mais également l'ensemble de mes proches et amis qui m'ont apporté leurs soutiens techniques et moral tout au long des différentes étapes de ce mastère spécialisé en ANC.

À tous ceux que j'ai omis de citer, veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et de mes sincères remerciements.

RÉSUMÉ

Les établissements de santé sont fréquentés par les populations pour leurs besoins de santé. En tant qu'espaces recevant du public, ces structures sont dotées d'infrastructures d'assainissement pour la satisfaction des besoins, le confinement des contenus des ouvrages, l'amélioration du cadre, le respect des pratiques d'hygiène et la canalisation et le drainage des eaux usées et aux pluviales. La plupart des rapports périodiques issus des structures de gestion des établissements de soins, font états d'insuffisance dans l'offre d'assainissement. Le présent mémoire fait l'état des lieux de l'assainissement dans les centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA), centres médicaux urbains (CMU) et le centre hospitalier régional (CHR) de la Région du Centre Est du Burkina Faso (RCES). Il analyse la situation de la gestion des eaux usées et excréta (EUE) et la gestion des déchets biomédicaux (GDBM) et propose un document de référence pour l'élaboration d'un plan de gestion intégré de l'assainissement en deux volets à savoir la gestion des EUE et la GDBM. En ce qui concerne les EUE, la résolution des problèmes s'articule autour de cinq (05) actions principales. En effet l'action 1 ambitionne d'éradiquer dans tous les établissements de santé la défécation à l'air libre (DAL) et l'adoption de bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement. L'action 2 consiste en la réalisation de l'accès universel et continu aux services d'assainissement dans établissements de santé. L'action 3 vise une meilleure structuration et un développement de la filière de gestion des eaux usées et des boues de vidanges ; Action 4 veut améliorer et le développer de technologies et approches innovantes et utilisables. L'action 5, quant à elle veut renforcer les capacités de financement, de gestion et de pilotage de la gestion intégrée de l'assainissement dans les établissements de santé.

Ce document propose en outre huit d'orientations stratégiques (OS sur la gestion sécuritaire des déchets biomédicaux qui se déclinent en huit actions. L'action 1 vise le renforcement de la coordination et de l'organisation des services en matière de GDBM., ensuite l'action 2 est l'amélioration de la collaboration intersectorielle sur la GDBM, l'action 3 : intitulé « Renforcement du cadre réglementaire sur la gestion des DBM. L'action 4 va Renforcer les capacités dans la gestion des DBM et l'action 5 « Amélioration de la gestion des DBM dans les établissements de soins » L'action 6 et l'action 7 vont contribuer à la mobilisation et à l'investissement des ressources financières dans la gestion des DBM et enfin l'action 8 enforcera l'analyse, le suivi-évaluation et de la gestion des risques.

Mots clés : assainissement, déchets biomédicaux, eaux usées et excréta

ABSTRACT

Health facilities are frequented by the population for their health needs. As places receiving the public, these structures are equipped with sanitation infrastructures to satisfy their needs, contain the contents of the structures, improve the environment, respect hygiene practices and channel and drain wastewater and rainwater. Most of the periodic reports from the management structures of the health care institutions state that there is a lack of sanitation facilities. This report reviews the sanitation situation in the medical centers with surgical branches (CMA), urban medical centers (CMU) and the regional hospital center (CHR) in the Central East Region of Burkina Faso (RCES). It analyzes the situation of wastewater and excreta management (WEEE) and biomedical waste management (BMWM) and proposes a reference document for the development of an integrated sanitation management plan in two parts, namely WEEE management and BMWM. With regard to WAS, the resolution of the problems is based on five (05) main actions. Action 1 aims to eradicate open defecation in all health facilities and to adopt good hygiene and sanitation practices. Action 2 consists of achieving universal and continuous access to sanitation services in health facilities. Action 3 aims at a better structuring and development of the wastewater and sludge management sector; Action 4 aims at improving and developing innovative and usable technologies and approaches. Action 5 aims to strengthen the financing, management and steering capacities of integrated sanitation management in health facilities.

This document also proposes eight strategic orientations (SO) on the safe management of biomedical waste, which are broken down into eight actions. Action 1 aims to strengthen the coordination and organization of services related to the management of biomedical waste; Action 2 is to improve intersectoral collaboration on the management of biomedical waste; Action 3 is to strengthen the regulatory framework for the management of biomedical waste. Action 4 will strengthen capacities in the management of MBW and Action 5 "Improving the management of MBW in health care facilities". Action 6 and Action 7 will contribute to the mobilization and investment of financial resources in the management of MBW and finally Action 8 will enforce the analysis, monitoring and evaluation and risk management.

Key words: sanitation, biomedical waste, wastewater and excreta

LISTE DES ABREVIATIONS

- AEPHA : Approvisionnement en Eau Potable, d'Hygiène et d'Assainissement
- AEUE : Assainissement des eaux usées et excreta
- AMOC : Assistance à la Maîtrise d'Ouvrage Communale
- ATPL : Approche d'Assainissement Total Porté par les Leaders
- CGCT : Code général des collectivités territoriales au Burkina Faso
- CLE : Comités Locaux de l'Eau
- CNDH : Commission nationale des droits humains
- CNEAU : Conseil National de l'EAU
- DAOM : Déchets assimilables aux ordures ménagères
- DAS : Déchets d'activités de soins
- DASRI : Déchets d'activités de soins à risque infectieux
- GIRE : Gestion intégrée des ressources en eau
- LCR : Liquide céphalo-rachidien
- MEEV: ministère de l'environnement et de l'économie verte
- OSC : Organisations de la Société Civile
- PAGIRE : Plan d'Action pour la Gestion Intégrée des Ressources en Eau
- PCD : Plan communal de développement
- PN-AEPA : programme national d'approvisionnement en eau potable et assainissement
- PNDD : Politique nationale de développement durable
- PNDES-EA : Plan national de développement économique et social, Composante Eau et Assainissement
- PNDHPC : Politique Nationale des Droits Humains et de la Promotion Civique
- PNE : Politique nationale en matière d'environnement
- PNG : Politique Nationale Genre
- PNHP : Politique nationale en matière d'hygiène publique
- PSN : politique sanitaire nationale
- PNPS : Politique Nationale de Protection Social
- PPP : Partenariat Public Privé
- PSNA : Politique et stratégie nationales en matière d'assainissement
- SCADD : Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable

SOMMAIRE

Table des matières

Dédicaces	i
REMERCIEMENT	iii
RÉSUMÉ	iv
ABSTRACT	v
LISTE DES ABREVIATIONS	vi
SOMMAIRE	vii
LISTE DES TABLEAUX	xi
LISTE DES FIGURES ET IMAGES	xii
INTRODUCTION	1
I. PRESENTATION GENERALE DE LA REGION	4
1.1 Données administratives	4
1.2 Organisation technique des structures de soins	5
1.3 Cadres de concertations statutaires	5
1.4 Partenaires intervenant dans le domaine de la santé	5
II. MATERIEL ET METHODES	5
2.1. Methodologie de collecte des données	5
2.2. Recherche documentaire	6
2.3. Collecte des données	6
2.3.1. Elaboration des outils de collecte de données.....	6
2.3.2. Collecte des données.....	6
2.3.3. Enquête par questionnaire.....	6
2.3.4. Observations directes	7
III. RÉSULTATS ET DISCUSSIONS	8
3.1. ANNALYSE DU CADRE POLITIQUE, LÉGISLATIF ET INSTITUTIONNEL	8
3.1.1. cadre politique et institutionnel en matière d’assainissement des EUE	8
3.1.2. Le cadre juridique en matière d’environnement	8
3.1.3. Bilan des politiques et strategies antérieures	9
3.1.4. En matière de lutte contre les pollutions et nuisances	10
3.1.5. En matière d’assainissement des eaux usées et excreta,	10

3.1.6.	Sur le plan de l'évaluation et du suivi environnemental et social,.....	10
3.1.7.	analyse du cadre juridique	11
3.1.8.	Analyse du cadre politique et institutionnel.....	12
3.1.9.	L'approche fondée sur les droits humains (AFDH) en eau et assainissement.....	13
3.1.10.	Les initiatives sur la reconnaissance du droit à l'eau et à l'assainissement	17
3.2.	LES ACTEURS ET LEURS ROLES.....	18
3.2.1.	Ministère de l'Eau et de l'Assainissement.....	18
3.2.2.	Ministère de l'Environnement, de l'Economie Verte et du Changement Climatique	18
3.2.3.	Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat.....	18
3.2.4.	Les collectivités territoriales :.....	18
3.2.5.	Les communautés à la base :.....	18
3.2.6.	Les Burkinabè de l'extérieur :.....	18
3.2.7.	Les ONG et associations de développement.....	19
3.2.8.	Le secteur privé.....	19
3.2.9.	Les organisations professionnelles	19
3.2.10.	Les partenaires techniques et financiers.....	19
3.3.	Ouvrages d'assainissement.....	19
3.4.	ANALYSE DE LA GESTION DES DBM	23
3.4.12.	Synthèse de l'analyse de la situation de la GDBM	32
3.5.	ANALYSE DE LA GESTION DES EUE	34
3.5.1.	Eradiquer la défécation à l'air libre (DAL) dans un contexte de changement de comportement;	34
3.5.2.	. L'accès universel et continu des populations aux services d'assainissement conformément à l'approche fondée sur les droits humains (AFDH);	35
3.5.3.	Gestion et la valorisation des eaux usées et des boues de vidange dans une perspective de protection environnementale et sociale ;.....	36
3.5.4.	Développement de la recherche dans le domaine de l'assainissement des eaux usées et	

excréta en soutien à l’amélioration de l’offre technologique et des pratiques;.....	38
3.5.5. . Renforcement des capacités de financement, de gestion et de pilotage du sous-secteur.	
38	
IV. STRATEGIES D’AMELIORATION DE L’ASSAINISSEMENT.....	38
4.1. STRATEGIES D’AMELIORATION DE LA GDBM.....	38
4.1.1. Problèmes identifiés.....	38
4.1.2. Forces, faiblesses, Opportunités et menaces en matière de GDBM	40
4.1.3. Priorités en matière de gestion des déchets biomédicaux.....	44
4.1.4. Actions prioritaires de gestion des dbm.....	45
4.2. STRATEGIES D’AMELIORATION DES EUE	46
4.2.1. Approches stratégiques	46
4.2.2. Actions et Produits attendus.....	49
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE.....	55
ANNEXE	56
Annexe 1: Analyse des parties prenantes intervenant dans le domaine de la santé	56
ANNEXES 2 : Politique et stratégie de développement durable	61
ANNEXES 2.8. : Cadre législatif et réglementaire de l’assainissement	70
ANNEXE 3 : Approche Fondée sur les Droits Humains.....	73
ANNEXE 3.1:Les droits humains à l’eau et l’assainissement et le PNDES	73
ANNEXE 3.2: La reconnaissance des droits humains à l’eau et l’assainissement au Burkina Faso et sa constitutionnalisation.....	74
ANNEXE 3.3: Cadre de référence EA au Burkina Faso	74
ANNEXE 3.4: Les normes des droits humains à l’eau et à l’assainissement au Burkina Faso.....	74
ANNEXE4 : GDBM.....	75
ANNEXE 4.2: Analyse des problèmes identifiés	78
ANNEXE 4.1.2 : Cadre logique d’intervention de la GDBM	80
ANNEXE 5: CADRE LOGIQUE DES INTERVENTIONS EN FAVEUR DE LA GESTION DE EUE.....	84

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : répartition des enquêtés par établissement et par fonction.....	6
Tableau 2 : les acteurs des initiatives sur la reconnaissance du droit à l'eau et à l'assainissement.....	17
Tableau 3 : répartition par établissement de santé des ouvrages d'évacuation des eaux usées.....	20
Tableau 4 : répartition par établissement de santé des ouvrages et équipements de gestion des DBM.....	20
Tableau 5 : répartition par établissement de santé des ouvrages d'évacuation des excréta.....	21
Tableau 6 : répartition par unité de soins/techniques de santé des ouvrages d'évacuation des excréta.....	22
Tableau 7 : Problèmes identifiés dans la GDBM.....	38
Tableau 8 : Opportunités et menaces en matière de GDBM.....	40
Tableau 9 : Besoins prioritaires en matière de gestion des déchets biomédicaux.....	42
Tableau 10 : Produits par action prioritaire de la GDBM.....	44
Tableau 11 : Chaîne de résultats de la GDBM.....	46
Tableau 12 : Actions et résultats attendus.....	49
Tableau 13 : Analyse des parties prenantes intervenant dans le domaine de la santé.....	58
Tableau 14 : synthèse de la situation de la gestion des déchets biomédicaux par orientation stratégique.....	77
Tableau 15 : Echelles de cotation pour caractériser les problèmes.....	81
Tableau 16 : Le niveau de criticité de la défaillance.....	81
Tableau 17 : Cadre logique de la GDBM.....	82
Tableau 18 : Cadre logique des interventions en faveur de la gestion des EUE.....	86
Tableau 19 : responsabilité des acteurs de la gestion des EUE.....	94

LISTE DES IMAGES

Image 1 : Carte sanitaire de la région.....	4
Image n°2 : Affiches et poubelles habillées par les types de sachets disponibles.....	27
Image n°3 : Entreposages des différents types de DBM et présence d'animaux.....	28
Image n°4 : Moyens de transports des DBM utilisés des établissements de santé.....	28
Image n°5 : Moyens de destruction des DBM.....	29
Image n°6 : Mauvaise gestion des équipements.....	31
Image 7 : les points d'analyse de la gestion des EUE.....	34
Image n°8 : défécation à l'air libre dans les établissements de santé du centre-est.....	34
Image n°9 : état de propreté de l'Intérieure des latrine et douche.....	35
Image n°10 : Rampes d'accessibilité des latrines.....	36
Image n°11 : Insuffisance liée à la GHM.....	36
Image n°12 : équipements de collecte des eaux usées produites dans les salles de soins.....	37

INTRODUCTION

1. Contexte de l'Etude

Cette étude s'inscrit dans le cadre des mémoires de fin de formation des ingénieurs de la première promotion de Mastère Spécialisé en Assainissement Non Collectif (ANC) à 2IE de l'année académique 2020-2021. En effet, des mémoires sont organisés chaque année par la Direction des Etudes de 2IE avec la collaboration de bureaux d'études, d'entreprises, de services étatiques, paraétatiques et des ONG et organismes internationaux sur des thèmes aussi variés que les domaines de formation des spécialistes en ANC. C'est donc à cette occasion que la Direction pédagogique dudit Mastère a proposé le thème : **Assainissement dans les établissements de santé de la région du centre-est : état des lieux dans les CMA, CMU ET le CHR et perspectives.**

Problématique

Malgré les énormes efforts déployés par l'Etat pour mobiliser et créer des infrastructures de base en milieu sanitaire, force est de constater que le secteur de l'assainissement est resté caractérisé par une insuffisance des services offerts aux populations, en termes de qualité et de quantité à même de répondre à la demande. Il reste encore à améliorer l'accès pour tous aux installations sanitaires adéquates, à mettre l'accent sur des équipements adaptés aux moyens et aux types de services demandés par la population, à préserver la sécurité des biens des personnes contre les conséquences négatives liées au développement du tissu urbain, à lutter contre les pollutions et nuisances diverses par la mise en convergence des technologies d'assainissement performantes et des législations et réglementations clairvoyantes et appropriées.

D'après le JMP 2019, l'assainissement n'est pas toujours perçu comme un bien économique. Sa rentabilité est souvent difficile à justifier. Les coûts sociaux, les impacts sur la santé et ceux liés à l'environnement sont généralement importants.

En plus, le cadre institutionnel n'est pas toujours bien défini, ce qui engendre des chevauchements des responsabilités. Il y a une insuffisance de concertation entre les départements chargés de planifier, de réglementer, de fournir les services et de contrôler le secteur de l'assainissement.

En Afrique subsaharienne, 23 % des établissements de santé disposaient de services de base (JMP, 2019).

L'assainissement sûr est un droit fondamental (constitution du BF). Les services d'assainissement dans les établissements de santé sont essentiels à la fourniture de soins de qualité qui améliorent la santé, le bien-être et la dignité des patients et du personnel, ainsi que les résultats en matière de santé (JMP WASH, 2019). En raison d'un assainissement insuffisant dans les établissements de santé, les personnes peuvent ne pas chercher à se faire soigner lorsqu'elles en ont besoin, et la motivation et la satisfaction

au travail des agents de santé peuvent diminuer.

Certains patients peuvent avoir une mobilité réduite ou requérir des infrastructures adaptées leur permettant une utilisation sécurisée et convenable des toilettes après une opération ou un accouchement. Selon le JMP-WASH 2019, en 2017, un recensement des conditions WASH dans les milieux institutionnels et les espaces publics a été effectué au Liban et l'évaluation a permis de constater que la quasi-totalité des centres de santé publique (96 %) disposaient d'une certaine forme d'installation sanitaire. Néanmoins, seuls 83 % d'entre eux bénéficiaient de services améliorés, et les 18 % restants étaient classés comme n'ayant aucun service d'assainissement. Dans tous les centres de santé publique disposant d'un assainissement amélioré, les toilettes étaient utilisables, et, dans la plupart des cas, les toilettes étaient non mixtes, et certaines étaient destinées au personnel. Le présent travail concerne l'assainissement des eaux usées et excréta ainsi des déchets biomédicaux. Ainsi, la présente étude porte sur l'analyse du secteur de l'assainissement vise à favoriser une vision partagée des besoins de cohérence des politiques stables et à accroître sensiblement le taux d'accès aux services d'assainissement. Elle constitue une approche holistique de l'assainissement qui s'appuie sur la volonté de l'Etat de mettre en œuvre les orientations stratégiques du Code de l'urbanisme en vigueur et s'inscrit en droite ligne de la politique nationale de développement économique et social (PNDES 2021-2025) adoptée par notre pays.

Justification

Le document de politique et la stratégie nationale de l'assainissement adopté par le gouvernement en 2007 définit l'assainissement comme étant un concept global et transversal prenant en compte les aspects politiques, institutionnels, techniques et financiers ; il subdivise l'assainissement en quatre sous-secteurs (déchets liquides, solides, gazeux et eaux pluviales) et cible parallèlement les acteurs clés devant impulser cette politique (ministères en charge de l'environnement, de l'eau, des infrastructures, de l'habitat et de l'urbanisme). La cohérence et la synergie dans les actions de mise en œuvre de cette politique pour juguler les impacts corrélés sur l'environnement reste toujours à améliorer.

D'une manière générale, la situation de l'assainissement reste préoccupante en termes d'infrastructures disponibles, d'entretien efficace, d'exploitation pérenne et de changement de comportements dans nos formations sanitaires.

En ce qui concerne l'assainissement des eaux usées et excréta dans les structures sanitaires, il n'y a pas des données fiables et disponibles. Or le développement des villes au Burkina Faso pose également de véritable problème démographique occasionnant ainsi une forte consommation d'eau et des besoins énormes en infrastructures et équipements sanitaires. Pourtant l'accroissement des besoins n'est toujours pas accompagné de satisfaction de besoins. De ce fait, une mauvaise gestion de

l'assainissement reste à redouter car le niveau de satisfaction souhaité n'est pas suffisant.

Les ouvrages réalisés pour satisfaire les besoins, généralement sont rarement entretenus et sont encombrés par divers matériaux solides ou d'eaux usées qui y stagnent. Les eaux usées produites dans le centre de santé se mêlent souvent occasionnellement aux eaux pluviales de telle sorte qu'en hivernage et même longtemps après, les eaux usées stagnantes offrent aux moustiques un milieu propice à leur prolifération et deviennent des terreaux fertiles aux hautes herbes et aux plantes aquatiques envahissantes.

Parallèlement aux problèmes liés à la gestion des eaux usées, se pose le problème de plus en plus croissant des volumes d'ordures ménagères et des déchets biomédicaux souvent mal collectés et évacués. L'insalubrité croissante des établissements de santé, l'absence de moyens conséquent de collecte et de lieux de décharges contrôlés, l'inorganisation de la filière sont autant de préoccupations pour les autorités compétentes.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif général de la présente étude est de réaliser l'état des lieux de l'assainissement dans la région sanitaire du CE permettant de mobiliser les ressources nécessaires pour accompagner la politique nationale de développement sanitaire (PNDS 2021-2030).

Plus spécifiquement, il s'agit :

- Etablir l'état des lieux de la gestion des eaux usées et des excréta et faire une analyse de la situation de l'assainissement dans les établissements de santé du centre-est;
- Etablir l'état des lieux des déchets solides et faire une analyse de la situation de la gestion des déchets biomédicaux (GDBM) dans les établissements de santé du centre-est;
- Proposer un document de référence pour l'élaboration d'un plan de gestion intégrée de l'assainissement dans les établissements de santé.

3. Résultats attendus

Les travaux de la présente étude fourniront les livrables suivants :

- ✓ Une analyse de la situation de l'assainissement dans les établissements de santé du centre-est;
- ✓ Une analyse de la situation de la gestion des déchets biomédicaux (GDBM) dans les établissements de santé du centre-est ;
- ✓ Une proposition de document de références pour l'élaboration d'un plan de gestion intégrée de l'assainissement dans les établissements de santé ;

I.PRESENTATION GENERALE DE LA REGION

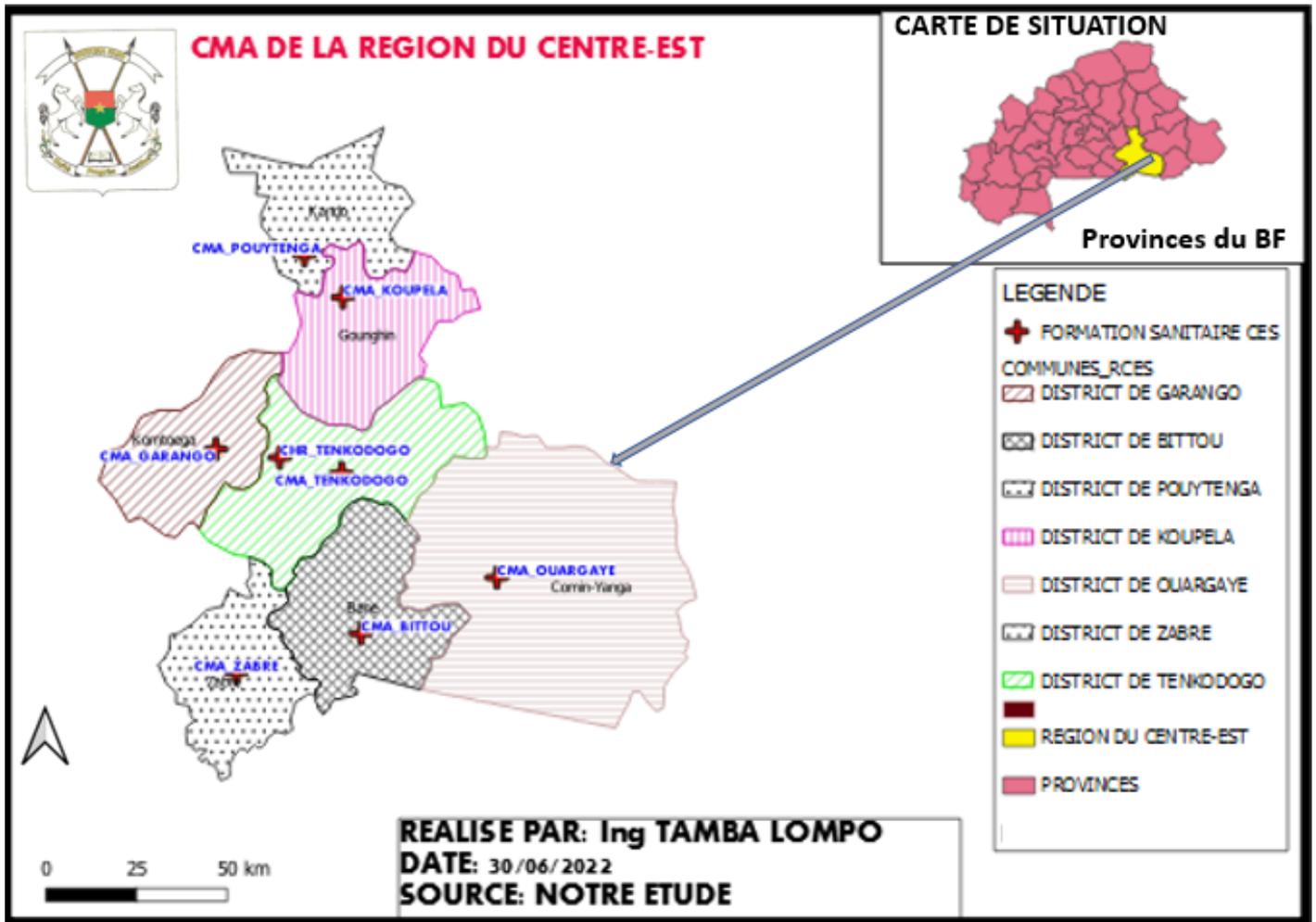


Image 2 : Carte sanitaire de la région

Données administratives

La région du centre- est l'une des treize (13) régions que compte le Burkina Faso. Sur le plan administratif, elle couvre trois provinces dont le, Boulgou, le Koulpélgo et le Kourittenga.

Le découpage sanitaire ne correspond pas toujours aux circonscriptions administratives. Ainsi, la province du Boulgou compte quatre districts (Bittou, Garango, Tenkodogo et Zabré), la province du Kourittenga deux districts sanitaires (Koupéla et Pouytenga) et la province du Koulpélgo un district sanitaire (Ouargaye). Par ailleurs, la région dispose de trois (3) écoles de formation de personnel de santé (ENSP et école de formation Sainte Julie, Espérance). Un Centre régional de transfusion sanguine (CRTS) a été inauguré en décembre 2019 et rendu fonctionnel à partir du mois de février 2021. Un service de l'Office de Santé des Travailleurs (OST) relevant de la direction régionale de Fada existe dans la région. Il existe également une antenne régionale du SP-CNLS/IST/VIH qui coordonne la lutte contre le VIH dans la région.

1.1 Organisation technique des structures de soins

Il existe deux niveaux de soins dans la région. Le premier niveau est composé de deux échelons de soins. Le premier échelon est constitué par les CSPS (173), 13 dispensaires isolés, 3 maternités isolées, 68 Formations sanitaires privées, et les CM (3 dont 1 privé confessionnel) et le second échelon est représenté par six CMA ou hôpitaux de district. Le district sanitaire de Tenkodogo centré sur le CHR n'a pas d'hôpital de district mais un centre médical urbain (CMU). Le deuxième niveau de soins est représenté par le CHR de Tenkodogo.

1.2 Cadres de concertations statutaires

Plusieurs cadres de concertations intra et extra-sectoriels existent dans la région. Ce sont :

- le comité régional de suivi du PNDES ;
- le Cadre de concertation régionale (CCR);
- le cadre régional de concertations sur la nutrition (CRCN) ;
- le comité régional de gestion des épidémies (CRGE)
- le comité technique régional de santé (CTRS)
- le conseil de direction (CODI)
- la commission régionale d'affectation des agents de santé.
- Des cadres de concertation thématiques existent.

Ce sont :

- la rencontre de coordination des interventions des projets et programmes de la santé de la reproduction (SR) ;
- la rencontre de planification de la tuberculose (TB) ;
- La rencontre de restitution des données sur les grossesses en milieu scolaire ;

1.3 Partenaires intervenant dans le domaine de la santé

Plusieurs partenaires soutiennent le processus de développement sanitaire de la région du Centre-Est (confère annexe 1). La plupart d'entre eux ont des zones d'intervention bien définies à l'intérieur des districts.

II.MATERIEL ET METHODES

2.1.Méthodologie de collecte des données

La méthodologie pour la collecte des données sur l'assainissement des eaux usées et de la gestion des DBM dans les établissements de santé de la région du centre-est (RCE) a consisté en une recherche documentaire et une collecte des données sur le terrain.

2.2. Recherche documentaire

La recherche documentaire est une étape qui a permis d'obtenir des informations de base relatives à notre sujet ainsi que de faire une analyse pertinente des résultats obtenus.

Cette méthode a consisté au rassemblement de tout document (registres, livres, articles scientifiques...) allant dans le cadre de notre étude et pouvant nous aider à mieux l'appréhender.

2.3. Collecte des données

❖ Elaboration des outils de collecte de données

Dans le but de collecter les informations sur l'état des lieux de l'assainissement dans les CMA et le CHR de Tenkodogo de la RCE, des supports sous forme de questionnaire ont été élaborés. Il s'agit :

- des questionnaires d'enquête qui ont permis de collecter les données sur le recouvrement en ouvrages d'assainissement, la typologie des ouvrages, les pratiques de vidanges des BV, les activités génératrices des déchets et l'organisation de la gestion de l'assainissement afin de mieux proposer une amélioration des systèmes de gestion actuels de l'assainissement.
- du guide d'entretien pour les responsables.

❖ Cibles de la Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée au niveau de quelques services. Nous avons à cet effet à rencontrer la cible suivante illustrée dans le tableau ci-après:

Tableau 1 : répartition des enquêtés par établissement et par fonction

Etablissement de santé	MCD	SUS/SÛT	CUS
BITTOU	1	4	1
GARANGO	1	4	1
CHR	-	2	1
KOUELA	1	3	1
OUARGAYE	1	3	1
POUTENGA	1	3	1
TENKODOGO	1	2	1
ZABRE	1	5	1
TOTAL	7	26	8

❖ Enquête par questionnaire

Les enquêtes ont consisté à poser aux personnes cibles une série de questions sur la base de questionnaires. Cette méthode a été utilisée pour l'analyse des pratiques de la gestion de

l'assainissement dans les CMA et le CHR. Les enquêtes ont concerné les CMA, le CMU de Tenkodogo et le CHR-Tenkodogo. Le questionnaire s'est adressé prioritairement au chef de Service ou toute personne du service capable de répondre aux questions.

❖ **Observations directes**

Outre les enquêtes, pendant les visites de terrain des observations ont été faites avec à l'appui des photographies. Ces observations ont porté sur le matériel de gestions des DBM, l'emplacement des poubelles, les installations et ouvrages sanitaires et certaines pratiques d'hygiènes et d'assainissement.

III.RÉSULTATS ET DISCUSSIONS

3.1. ANALYSE DU CADRE POLITIQUE, LÉGISLATIF ET INSTITUTIONNEL

❖ cadre politique et institutionnel en matière d'assainissement des EUE

Il existe au Burkina Faso, de nombreux documents de politique et stratégies adoptés dans divers secteurs de développement pour orienter les acteurs à moyen et long terme. Certaines de ces politiques et stratégies ont des liens étroits avec le secteur de l'eau et souvent de manière particulière avec l'assainissement, sans le plus souvent évoquer spécifiquement l'AEUE. Ces politiques et stratégies peuvent être classées en quatre grandes catégories :

- ✓ le développement durable
- ✓ la gouvernance ;
- ✓ l'environnement ;
- ✓ l'eau, l'hygiène et l'assainissement

❖ Le cadre juridique en matière d'environnement

La gestion des DBM est encadrée par de nombreux textes juridiques que sont les Conventions, les Accords, les Traités et protocoles internationaux, la Constitution et les autres textes législatifs et réglementaires. Ces différents textes énoncent les principes fondamentaux de la gestion durable de l'environnement, de l'eau et de l'assainissement et amélioration du cadre de vie. Il s'agit entre autres :

✚ Au plan international

Le Pacte international des droits sociaux, économiques et culturels adopté en 1966 ;

La Convention africaine pour la conservation de la nature et des ressources naturelles, ratifiée le 23 novembre 1968 ;

La Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontaliers de déchets dangereux et de leur élimination ratifiée en 1998 ;

La convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable dans le cas de certains produits chimiques et pesticides dangereux, ratifiée le 02 Aout 2002 ;

La Convention de Stockholm sur les Polluants Organiques persistants ratifiée le 20 juillet 2004 ;

✚ Au plan national

La Constitution de juin 1991 et l'ensemble de ses modificatifs consacrent le principe de protection de l'environnement, le droit à un environnement sain, l'accès à l'eau, à l'assainissement et au logement comme un devoir fondamental de l'Etat et de toute la nation.

La Constitution est renforcée par de nombreux textes législatifs spécifiques au nombre desquels :

- ✓ la Loi N°41-96/ADP du 08 novembre 1996 instituant un contrôle des pesticides au Burkina Faso.
- ✓ la Loi n° 002-2001/AN du 08 février 2001 portant loi d'orientation relative à la gestion de l'eau au Burkina Faso ;
- ✓ la Loi n° 022-2005/AN du 24 mai 2005 portant Code de l'hygiène publique au Burkina Faso ;
- ✓ la Loi n°017-2006/AN du 18 mai 2006 portant Code de l'Urbanisme et de la Construction au Burkina Faso;
- ✓ la Loi n°032-2012/AN du 08 juin 2012 portant sureté, sécurité nucléaire et garanties;
- ✓ la Loi n°006-2013/AN du 02 avril 2013 portant Code de l'environnement au Burkina Faso;
- ✓ la Loi n° 008-2014/AN du 08 avril 2014 portant loi d'orientation sur le développement durable au Burkina Faso ;
- ✓ la Loi n°017-2014/AN du 20 mai 2014 portant interdiction de la production, de l'importation, de la commercialisation et de la distribution des emballages et sachets plastiques non biodégradables ;
- ✓ la Loi n°016-2015/CNT portant modification de la Loi n° 055-2004/AN du 21 Décembre 2004 portant code général des collectivités au Burkina Faso.

❖ Bilan des politiques et stratégies antérieures

Au cours des deux (2) dernières décennies, plusieurs référentiels d'orientation et d'actions de développement ont été mis en œuvre dans le domaine de l'Environnement, l'Eau et Assainissement ». Cette section analyse les résultats de la mise en œuvre de ces politiques dans les domaines de l'environnement et de l'assainissement et amélioration du cadre de vie.

✚ Dans le domaine de l' Environnement

Au niveau de la gouvernance environnementale et du développement durable, en termes d'acquis, il est à noter principalement :

- la mobilisation du financement en faveur de la promotion de la gouvernance environnementale et du développement durable à travers : (i) les fonds en lien avec les Accords Multilatéraux en matière d'Environnement (AME), (ii) le Fonds d'Intervention pour l'Environnement mis en place par l'Etat Burkinabè pour accompagner les acteurs (producteurs et productrices privés, structures étatiques, collectivités territoriales) dans la mise en œuvre d'actions concrètes de gestion durable de l'environnement. Le FIE a permis de financer 173 micro-projets à plus de deux milliards de F.CFA lors des deux (2) premiers appels à projets (PNDES 2021-2025) ;
- l'animation permanente des cadres de concertations sur la gouvernance environnementale par : (i) la tenue de 13 ateliers régionaux sur la gouvernance environnementale, (ii) l'organisation de la quatrième conférence du CONEDD, (iii) la tenue des cadres de concertations sur les conventions internationales ;

- le renforcement des capacités des acteurs au niveau national par la dotation d'outils et d'instruments de gouvernance environnementale (adoption de la PNDD en septembre 2013 et de sa loi d'orientation en avril 2014 ; élaboration et validation de la stratégie nationale de mise en œuvre de la PNDD et du PNIEDD respectivement en 2015 et 2016).

Selon le rapport du MEEV 2017, ces acquis ont contribué à accroître la proportion des politiques des secteurs ministériels, de Plans Communaux de Développement (PCD) et de Plans Régionaux de Développement (PRD) incluant l'environnement qui est passée de 9,35% en 2011 à 17% en 2015 . La proportion des politiques sectorielles, de PCD et PRD ayant intégré les principes et les problématiques de développement durable, a été de 25,92% en 2016.

Dans domaine de l'Assainissement et de l'amélioration du cadre de vie

La mise en œuvre des politiques a permis:

En matière de lutte contre les pollutions et nuisances

Selon le rapport 2017 du MEEV on a : (i) l'achat de 5 628 tonnes de déchets plastiques auprès des actrices et acteurs; (ii) la délivrance de 179 autorisations d'importer, d'utiliser, de stocker et de transporter des équipements émettant des rayonnements ionisants, (iii) l'élaboration, l'adoption et la diffusion de la loi portant interdiction de la production, de l'importation, de la commercialisation et de la distribution des emballages et sachets plastiques non biodégradables au Burkina Faso ; (iv) la délivrance de 310 certificats d'homologation de sachets et emballages plastiques biodégradables, (v) l'organisation de journées à faible émission de carbone ; (vi) la mise en place de deux centres (Bobo Dioulasso et Dori) de traitement et de valorisation des déchets plastiques.

Ces différents acquis ont contribué à améliorer la proportion des déchets solides valorisés et/ou recyclés qui est passée de 6% en 2011 à 9% en 2015 (PNDES 2021-2025). Selon la même la source, la proportion de communes disposant d'un système fonctionnel de gestion des déchets solides est passée de 13,10% en 2014 à 22,29% en 2016 ;

En matière d'assainissement des eaux usées et excréta,

Selon le **PNDES II** (PNDES 2021-2025)., l'IEC (information, éducation et communication) a permis d'insuffler une dynamique de changement de comportement au sein des populations. Ainsi, en milieu rural, le taux d'accès à l'assainissement est passé de 0,8% en 2010 à 13,4% en 2016 ; celui du milieu urbain est passé de 24% en 2011 à 36,8% en 2016 (PNDES II).

Sur le plan de l'évaluation et du suivi environnemental et social,

Selon le rapport 2017 du MEEV les acquis sont : (i) la délivrance de 369 avis de faisabilité environnementale pour les études d'impact sur l'environnement ; (ii) le suivi de 123 Plans de Gestion Environnementale et Sociale (PGES) ; (iii) la délivrance de 198 avis de conformité environnementale

pour les audits environnementaux ; (iv) l'inspection de 310 établissements classés pour la protection de l'environnement.

Dans le volet de l'éducation environnementale, les principaux résultats sont entre autres : (i) l'élaboration de guides d'éducation environnementale ; (ii) la mise en place de cellules environnementales dans les ministères et institutions ; (iii) la sensibilisation de conseillers municipaux sur la problématique des déchets plastiques, (iv) la sensibilisation de orpailleurs et populations riveraines sur l'impact de l'orpaillage sur l'environnement et la santé, (v) la formation de encadreurs pédagogiques sur l'utilisation du guide pédagogique d'éducation environnementale et du développement durable. Ce qui a permis en 2015 à 3% des établissements d'enseignement primaire et secondaire d'enseigner l'éducation environnementale.

En dépit de ces progrès engrangés, des insuffisances majeures ont demeuré :

- en matière d'assainissement et d'amélioration du cadre de vie des populations urbaines et rurales : (i) l'inaccessibilité et l'insuffisance des ouvrages d'assainissement autonomes et collectifs ; (ii) l'absence de schéma directeur de drainage des eaux de pluie dans les différentes villes à l'exception de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso qui ne favorise pas une planification adéquate des interventions sur le plan de l'assainissement ; (iii) l'insuffisance d'entretien des ouvrages d'assainissement familial et de la gestion des ouvrages d'assainissement public ; (iv) l'insuffisance dans l'observation des règles d'hygiène ;
- dans le domaine de la réduction des pollutions et nuisances : (i) la faible organisation de la filière de gestion des déchets, (ii) l'insuffisance des centres de transfert des ordures ménagères, (iii) l'insuffisance de centres adéquats de traitement des déchets urbains, (iv) l'insuffisance de centres adéquats de gestion des déchets dangereux, (v) la faible valorisation des déchets, (vi) la persistance des évacuations des boues de vidange dans la nature sans traitement et (vii) le faible suivi des PGES des ouvrages des projets et programmes.
- en matière de gestion durable des produits chimiques: la persistance de l'utilisation incontrôlée des produits chimiques nocifs pour la santé humaine, animale et de l'environnement.
- incivisme des populations vis-à-vis des ouvrages d'assainissement publics ;
- la faible prise en compte des évaluations environnementales dans les politiques publiques, les plans, les programmes et projets.

❖ analyse du cadre juridique

L'analyse du cadre juridique permet de noter que de nombreux textes existent tant au niveau international que national. Aussi, tout en offrant une base légale pour les interventions dans le domaine environnemental, les textes juridiques ont contribué à fixer les règles et à organiser les pratiques pour

une gestion durable des ressources et du cadre de vie. Ils ont sans doute permis de prévenir et/ou de gérer les conflits dans un contexte de compétition autour de l'exploitation des dites ressources étant donné qu'elle génère inévitablement des déchets.

Enfin, la ratification de certains textes offre des opportunités d'accès à des ressources financières pour peu que des dispositions complémentaires soient prises au plan national.

En dépit de la multiplicité des textes juridiques, des insuffisances sont observées dans leur mise en œuvre. Ainsi, on relève des insuffisances dans l'internalisation et contextualisation des textes internationaux pas toujours adaptés aux réalités sociales nationales. Ensuite, on note du laxisme dans l'application de la réglementation qui du reste, demeure très peu connue des acteurs du secteur. En outre, de nombreuses lois manquent de textes d'application et/ou de cohérence entre elles. Le cumul de toutes ces insuffisances favorise des actes préjudiciables à la gestion durable des ressources et du cadre de vie.

❖ **Analyse du cadre politique et institutionnel**

Comme on peut le constater, il existe de nombreux documents de politique et de stratégies en lien direct ou indirect avec l'eau et l'assainissement. Il n'existe pas de contradiction entre ces divers documents qui handicaperait la mise en œuvre de l'un ou l'autre ou encore moins, l'atteinte des objectifs en matière d'AEPA. La dynamique de l'approche programme initiée depuis 2006 a positivement impacté le fonctionnement institutionnel et le pilotage du secteur. Le secteur est même considéré comme étant l'un des plus dynamiques au niveau du cadre national de suivi de la SCADD.

Il y a une plus grande affirmation du rôle de l'Etat notamment au niveau déconcentré où un minimum de moyens a été octroyé à toutes les directions régionales en charge de l'eau pour leur permettre de faire face à leur mission régaliennne. Des progrès sont par ailleurs observés en matière d'implication des collectivités locales, de la société civile et du secteur privé. A titre d'exemple grâce au processus des comités régionaux de pilotage du PN-AEPA, on note une meilleure connaissance et reconnaissance de la contribution des ONG notamment au niveau local. Tout ceci a résulté à une meilleure lisibilité et visibilité de l'action publique en matière d'eau et d'assainissement.

Il ressort toutefois des différents rapports d'évaluation que le fonctionnement des comités de pilotage et des revues sectorielles n'a pas été optimale. La fonction "pilotage" n'est véritablement pas assurée et les échanges n'ont pas permis d'aboutir à des avancées significatives sur des questions stratégiques (équité, durabilité, décentralisation, reddition des comptes, etc.). Par ailleurs, il apparait que la participation aux échanges des Administrations déconcentrées, des représentants des collectivités territoriales, des organisations de la société civile et du secteur privé n'est pas significative.

Le cadre institutionnel a par ailleurs été caractérisé par de fréquents changements de structures et de leurs attributions à tous les niveaux conduisant parfois à la perte de l'information, à la diminution des

capacités et aux déficits d'information des administrés sur les missions de leur administration publique. L'ONEA a toutefois été épargné par cette instabilité institutionnelle. Cet avantage couplé avec son autonomie de gestion et la qualité de sa gouvernance lui ont permis de se construire une notoriété qui dépasse les frontières du pays. Son modèle inspire et amène un nombre croissant d'acteurs à proposer une organisation similaire pour l'AEPA en milieu rural.

Au niveau décentralisé le principal problème est relatif à la faible capacité financière des communes à disposer de services techniques compétents et à recruter du personnel qualifié pour gérer l'AEPA et recevoir/capitaliser l'appui-conseil des services techniques de l'Etat

Du côté des PTF on note une meilleure organisation de leur participation au dialogue sectoriel au niveau national alors qu'elle peine à exister au niveau régional. Ils ont joué un rôle moteur dans le renforcement institutionnel du secteur. La plus belle manifestation de ce processus a été la mise en place de l'ABS en 2010 et d'un panier commun pour accompagner les Réformes sectorielles. Toutefois, ce dialogue sectoriel très dynamique au démarrage du processus de l'approche programme est devenu au fil des années de plus en plus déséquilibré avec une prééminence des PTF. Les fréquents changements institutionnels et de management ainsi que l'affaiblissement structurel de ressources humaines et des capacités managériales au sein de l'administration expliqueraient en grande partie cette situation.

❖ **L'approche fondée sur les droits humains (AFDH) en eau et assainissement**

Pour assurer l'exercice des droits humains, le Burkina Faso s'est doté d'une Politique Nationale des Droits Humains et de la Promotion Civique (PNDHPC). La première de 2001 a été mise à jour en 2013. L'Etat s'est également doté en 2011 d'un guide d'intégration des droits humains dans les politiques sectorielles élaboré par le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF).

La loi d'orientation relative à la gestion de l'eau votée au Burkina en 2001, reconnaît en son article 2, **le droit de chacun à disposer de l'eau correspondant à ses besoins et aux exigences élémentaires de sa vie et de sa dignité**. Pour assurer la mise en œuvre du droit à l'eau et à l'assainissement, l'Etat s'est engagé de façon concrète en 2005 à réduire de moitié le nombre de personnes n'ayant pas accès à l'eau et à l'assainissement et à développer les conditions pour une gestion intégrée et durable des ressources en eau à l'horizon 2015. Ces engagements ont permis une grande mobilisation des partenaires techniques et financiers qui ont soutenu ces efforts à travers le Programme National d'Approvisionnement en Eau Potable et d'Assainissement à l'horizon 2015 (PNAEPA) et le Plan d'Action pour la Gestion Intégrée des Ressources en Eau (PAGIRE). Grâce à ces programmes, le pays a pu enregistrer des progrès non négligeables en matière d'eau et d'assainissement au cours des dernières années. A la lumière des principes de l'AFDH, les autres principaux acquis de la période de 2007 à 2015

et post OMD se présentent comme suit :

- La mise en œuvre au niveau national d'un indicateur d'équité du taux d'accès à l'eau potable au niveau des communes afin de mieux cibler les communes prioritaires pour les investissements ;
 - La mise en œuvre de plusieurs processus pour favoriser la fourniture des services d'Approvisionnement en Eau Potable, d'Hygiène et d'Assainissement (AEPHA) aux groupes vulnérables (stratégies pro-pauvres pour zones rurales et quartiers périphériques, équité du prix de l'eau, solutions de financements solidaires avec l'approche d'Assainissement Total Porté par les Leaders ou ATPL, etc.) ;
 - La mise en œuvre de plusieurs processus pour développer, expérimenter et institutionnaliser des solutions favorisant la pérennité des services d'AEPHA (Partenariat Public Privé (PPP), l'opérationnalisation de l'Assistance à la Maîtrise d'Ouvrage Communale (AMOC), le pilotage et la mise en œuvre du cadre réglementaire de gestion du service public d'eau potable (la réforme) l'ATPL, etc.) ;
 - La responsabilisation, la formalisation et la professionnalisation des groupes vulnérables pour les opérations en AEPA (Réforme, AMOC et promotion de l'hygiène et de l'assainissement) ;
 - La promotion de la représentation et de la participation des groupes vulnérables dans les processus de la GIRE (Comités Locaux de l'Eau (CLE), Comités de bassin, Conseil National de l'EAU ou CNEAU, etc.) ;
 - La promotion par l'administration d'un dialogue sectoriel national (pilotage et concertation) inclusif et qui se veut dynamique dans le cadre du PN-AEPA et du PAGIRE ;
 - La production et la diffusion des rapports annuels de performances, du rapport grand public, des statistiques sectorielles pour améliorer l'information des parties prenantes ;
 - Des initiatives de veille citoyenne mettant en lumière la situation ou les opinions des groupes défavorisés : Enquête de satisfaction des usagers (par le SPONG) ; études sur les niveaux de service et la qualité de l'eau (par IRC) ; étude sur l'efficacité de l'action publique (IRC) ; étude indépendante des performances sectorielles Livre Bleu (par le Comité National du Livre Bleu, une plateforme d'Organisations de la Société Civile -OSC) ;
- Des initiatives de contrôle externe de gestion par les Partenaires Techniques et Financier (PTF) pour contribuer à la transparence et la lutte contre la corruption (par exemple les audits des crédits délégués);
- Suite au démarrage de la réflexion sur l'intégration de l'AFDH dans le secteur de l'AEPA, notons :
- La mention explicite de l'AFDH comme orientation stratégique de la politique nationale de l'eau soutenue par la mention de tous les 5 principes ;
 - Les références à l'AFDH dans les programmes sectoriels 2016-2030: Le Programme National

d'Approvisionnement en Eau Potable (PNAEP), le Programme National d'Assainissement des Eaux Usées et Excreta (PNAEUE) et le PAGIRE ; politique sectorielle Environnement-Eau-Assainissement 2016-2030 ;

- La mobilisation et le soutien des PTF pour les principes de l'AFDH, notamment à travers les divers processus, travaux, études etc. initiées par la Danida, La Banque Mondiale, ASDI, GIZ.

Ces différentes initiatives convergent globalement pour soutenir/accompagner l'intégration de l'AFDH sous divers angles dans le secteur.

En synthèse, l'appropriation des principes de l'AFDH, même sans l'usage systématique d'un vocabulaire explicite, a progressé dans le secteur de l'eau au cours de la période de 2007 à 2015.

De même, grâce à la mobilisation des PTF et des OSC, la politique nationale de l'eau et les programmes sectoriels envisagent une meilleure intégration des droits humains dans les actions du secteur de l'eau et de l'assainissement au cours de la période 2016-2030.

Néanmoins les modalités concrètes de promotion et de mise en œuvre des droits humains relatifs à l'eau et l'assainissement au cours de l'ère post 2015 sont précisés dans les différents programmes nationaux.

A la faveur des évidences illustrant leur caractère essentiel et stratégique pour l'exercice des droits humains, l'eau et l'assainissement ont été établis comme secteur prioritaire de l'agenda politique et stratégique de développement du Burkina Faso au cours de la période de 2016-2030. Cette situation est établie formellement par le Ministère en charge de l'eau et de l'assainissement qui milite depuis fin 2014 pour ériger l'eau et l'assainissement au rang des secteurs prioritaires du pays. La faible place occupée par le secteur dans l'agenda politique national est probablement l'une des causes de l'instabilité institutionnelle, de la faiblesse des ressources publiques domestiques dédiées et de la dégradation constante des capacités des institutions publiques du secteur, toutes choses compromettant structurellement la mise en œuvre des droits humains relatifs à l'eau et à l'assainissement.

L'AFDH s'intéresse particulièrement à la situation des groupes défavorisés ou vulnérables en matière d'accès à l'eau et à l'assainissement. La vulnérabilité liée aux individus dans le secteur de l'eau et de l'assainissement au Burkina peut prendre trois principales formes : **l'incapacité financière** (ou plus simplement la pauvreté) qui est l'incapacité de l'individu à faire face aux coûts qui lui incombent pour accéder aux services d'eau potable ou d'assainissement (soit pour la contribution aux coûts des équipements ou pour les frais d'exploitation et de maintenance financés par la tarification). La proportion de la population concernée par cette forme de vulnérabilité est à étudier dans chaque localité, mais elle est théoriquement élevée au regard du niveau de pauvreté générale de la population burkinabè. On observe **ensuite l'incapacité physique** qui concerne les personnes présentant des difficultés ou contraintes physiques pour accéder aux services (par exemple le manque, l'insuffisance ou la faible

vulgarisation de solutions technologiques pour les ouvrages d'assainissement adaptés aux personnes vivant avec un handicap). La proportion des populations vivant avec un handicap qui pourraient être affectées pour l'accès à l'eau et à l'assainissement reste faible, sans remettre en cause l'impératif de non-discrimination. On observe **enfin le déficit d'information et de connaissances** qui caractérise toutes les personnes qui n'ont ni le niveau d'instruction requis ni les informations nécessaires pour comprendre et défendre leurs droits dans un environnement formel et institutionnel assez règlementé (l'Etat de droit). Etant donné le niveau d'instruction très faible de la population (71,3% d'analphabètes) et sachant que même les personnes alphabétisées le sont très souvent seulement en langues locales et donc n'ont pas accès à l'information produite par les institutions publiques essentiellement en français, on mesure l'ampleur et les conséquences du déficit d'information et de connaissances.

On observe également des iniquités dans l'offre de service public d'assainissement entre les zones ONEA et le reste du pays, ce qui est une forme de discrimination du fait des autorités publiques. En effet, les services d'assainissement développés en zones rurales et semi-urbaines sont caractérisés par leur faible durabilité et pérennité, contrairement aux services fournis dans les zones couvertes par l'ONEA. Ces réalités sont masquées par les taux d'accès à l'assainissement qui ne reflètent pas la qualité et la durabilité des services fournis aux populations. En effet, l'enquête nationale conduite par la DGAEUE en 2010 indiquent que le taux réel d'accès à l'assainissement en zones rurales est de 0,8% alors que les estimations nationales indiquaient 10%. Ces différentes situations mettent en lumière les importantes insuffisances du suivi-évaluation dans le secteur, compromettant les principes de transparence et de diffusion d'informations fiables promus dans le cadre de l'AFDH.

On observe aussi des iniquités entre les populations en ce qui concerne les conditions d'accès aux services publics. Ceci est une autre forme de discrimination du fait des autorités publiques. En effet, l'ONEA en établissant une tranche sociale dans sa stratégie de tarification permet de respecter et protéger les droits des groupes vulnérables de ces zones de couverture alors qu'il n'existe pas de stratégie équivalente dans les zones non couvertes. Le résultat est que les populations de statuts socioéconomiques équivalents paient l'eau plus chère en zones rurales que dans les zones ONEA.

Le diagnostic révèle la participation/inclusion faible et inefficace des acteurs représentant les groupes vulnérables (collectivités territoriales des villes et zones rurales, organisations de la société civile, etc. représentant les pauvres, femmes, jeunes, enfants, personnes vivant avec un handicap, etc.) dans les processus de décisions de l'AEPHA aux niveaux locaux et régional. A titre illustratif, le comité régional de pilotage du PNAEPA qui est un espace d'échanges sur les investissements se tiennent dans la plupart des cas avec une très faible participation des autorités communales. Même quand ces derniers

participent, leurs faibles connaissances techniques et leurs faibles capacités stratégiques handicapent leur influence dans les discussions face aux professionnels de l'administration déconcentrée. Les porteurs des voix des groupes vulnérables peinent souvent particulièrement à se faire entendre et ne disposent généralement d'aucun pouvoir de décision dans ces instances.

Les principales autres insuffisances relevées par rapport à la mise en œuvre des droits humains à l'eau et à l'assainissement se présentent comme suit :

- La forte disparité des taux d'accès entre les communes et la région, mettant en lumière les iniquités entre ces unités administratives ;
- Le contrôle et l'influence presque inexistant de l'action municipale, du conseil régional du centre-est dans le secteur (notamment la protection et la mise en œuvre des droits humains) par les différents pouvoirs de l'Etat de droit (conseil municipaux et régional, la presse, la CRDH et autres institutions) ;
- La faible disponibilité et l'accès limité à l'information pour les groupes vulnérables ; cette situation s'accroît avec la barrière linguistique qui isole la majorité des groupes vulnérables (analphabètes) des informations produites par le secteur (essentiellement en français) ;
- La faible prise en compte de l'eau et de l'assainissement dans les droits sociaux effectivement défendus et revendiqués par les rares OSC (méconnues du grand public) (engagées dans le secteur ou engagées sur les droits humains ou la gouvernance de façon générale) ;
- Malgré la mobilisation de plusieurs PTF en faveur de l'AFDH ou de ses principes, la coordination des appuis au secteur sur ce volet reste à structurer/améliorer dans la région ; Cette situation révèle la faible capacité de coordination par l'administration, des divers inputs de PTF et OSC pour l'adoption de l'AFDH dans le secteur.

❖ Les initiatives sur la reconnaissance du droit à l'eau et à l'assainissement

Tableau 2 les acteurs des initiatives sur la reconnaissance du droit à l'eau et à l'assainissement

Les acteurs :	Les initiatives
2IE	Africa Water Forum
L'IRC	Le FNEA et le partenariat avec le ministère de la justice
Le SPONG	Les actions du Groupe thématique AEPA du SPONG
WaterAid	La constitutionnalisation du droit à l'eau et

	l'assainissement au Burkina Faso
Eau Vive	La constitutionnalisation du droit à l'eau et l'assainissement au Burkina Faso

3.2.LES ACTEURS ET LEURS ROLES

Plusieurs groupes d'acteurs sont impliqués dans la formulation, la mise en œuvre et le suivi évaluation des politiques, stratégies et plans d'actions du secteur Environnement Eau et Assainissement. Il s'agit :

❖ **Ministère de l'Eau et de l'Assainissement**

Dans le cadre de ce secteur, il intervient spécifiquement dans (i) la mobilisation de l'eau ; (ii) la gestion intégrée des ressources en eau ; (iii) l'approvisionnement en eau potable ; et (iv) l'assainissement des eaux usées et excréta.

❖ **Ministère de l'Environnement, de l'Economie Verte et du Changement Climatique**

Il est chargé, de façon spécifique, de la mise en œuvre des actions dans les domaines de la gouvernance environnementale, la promotion du développement durable et de l'économie verte et (ii) l'assainissement et l'amélioration du cadre de vie

❖ **Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat**

Ce département ministériel intervient principalement dans l'aménagement du réseau de drainage des eaux pluviales et la gestion des déchets urbains.

Les ministères du secteur EEA collaborent également avec d'autres ministères partenaires dans la mise en œuvre de la politique.

❖ **Les collectivités territoriales :**

A la faveur du transfert des compétences, elles jouent un rôle important dans la coordination des interventions au niveau local, la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des actions en matière de mobilisation et de gestion des ressources en eau, de gouvernance environnementale, d'assainissement et d'amélioration du cadre de vie.

❖ **Les communautés à la base :**

Elles sont bénéficiaires des actions mises en œuvre dans le secteur. Aussi, elles entreprennent des actions sur initiatives propres pour la protection de l'environnement, la mobilisation des ressources financières et la réalisation des ouvrages d'assainissement.

❖ **Les Burkinabè de l'extérieur :**

Ils interviennent dans la protection de l'environnement et la réalisation d'infrastructures socio-

économiques diverses notamment les forages, les centres de santé, les écoles et les ouvrages d'assainissement. Ils jouent un grand rôle dans la coopération décentralisée.

❖ **Les ONG et associations de développement**

elles assurent la veille citoyenne et le plaidoyer en faveur du secteur. Elles interviennent dans l'exécution des travaux, la mobilisation des ressources financières et participent à l'animation des mécanismes de dialogue. Elles contribuent ainsi à la transparence des décisions et à la promotion des techniques, connaissances, bonnes pratiques en matière de développement dans le secteur.

❖ **Le secteur privé**

Il est constitué des prestataires de services qui interviennent dans l'exécution des travaux et la mobilisation des ressources financières. La qualité des ouvrages dépend en grande partie de la performance de ce groupe d'acteurs.

❖ **Les organisations professionnelles**

Ces acteurs accompagnent l'Etat et les collectivités territoriales dans la mise en œuvre de la politique sectorielle EEA de sorte à parvenir à une gestion participative et inclusive. Elles veillent à la qualité des services rendus.

❖ **Les partenaires techniques et financiers**

Ils interviennent principalement dans la mise à disposition d'une assistance technique et la mobilisation des ressources financières au profit du secteur.

L'implication de nombreux acteurs dans la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des actions constituerait un gage de mobilisation sociale et de ressources pour un développement intégré du secteur. La diversité et la qualité des acteurs permettrait d'impacter positivement la gouvernance du secteur et la qualité des ouvrages réalisés.

Toutefois au titre des insuffisances, l'état des lieux fait ressortir une faible synergie et un déficit de communication entre les acteurs ci-dessus énumérés. Aussi, on constate au plan de la performance globale du secteur, la faible capacité de certains acteurs plombe le niveau et la qualité des réalisations.

❖ **Ouvrages d'assainissement**

Cette étude est menée pour cerner la situation de la gestion des eaux usées et excreta et des DBM dans la région du centre-est. La présente partie établie à partir « des visites de terrain, la situation des composantes de l'assainissement dans les établissements de santé de référence pour le premier et le deuxième échelon afin de mieux comprendre l'ampleur.

Les services d'assainissement dans les établissements de santé sont essentiels à la fourniture de soins de qualité qui améliorent la santé, le bien-être et la dignité des patients et du personnel, ainsi que les résultats en matière de santé (JMP WASH 2019).

Les résultats de l'enquête pendant les visites de terrain ont permis de ressortir à travers les tableaux ci-dessous, la répartition par établissement de santé des ouvrages d'évacuation des eaux usées, la répartition par établissement de santé des ouvrages et équipement de gestion des DBM, la répartition par établissement de santé des ouvrages d'évacuation des excréta et la répartition par unité de soins/techniques de santé des ouvrages d'évacuation des excréta.

Tableau 3 : répartition par établissement de santé des ouvrages d'évacuation des eaux usées

Etablissement de santé	Fosse septique	Puisard	Puits d'infiltration
BITTOU	7	4	-
GARANGO	3	4	-
CHR	13	2	0
KOUELA	4	2	-
OUARGAYE			
POUTENGA	5	3	-
TENKODOGO	4	2	-
ZABRE	5	2	-

Tableau 4 : répartition par établissement de santé des ouvrages et équipements de gestion des DBM

ETABLISSEMENT DE SANTE	Poubelle	Incinérateur	Poubelle à chariot	Brouettes	collecteurs
BITTOU	21	2	0	1	Manœuvre
GARANGO	29	1	2	1	GFS/ manœuvre
CHR	85	2	3	1	membres d'association
KOUELA	12	3	2	1	Manœuvre et gardiens
OUARGAYE	38	1	0	1	GFS/ manœuvre
POUTENGA	28	1	2	1	GFS/ manœuvre
TENKODOGO	17	0	0	1	Entreprise privée
ZABRE	36	2	2	1	membres d'association

Tableau 5 : répartition par établissement de santé des ouvrages d'évacuation des excréta

ETABLISSEMENT DE SANTE	LATRINES EXISTANTES				LATRINES FONCTIONNELLE			
	VIP	TCM	BLOC LATRINE	LATRINES TRADITIONNELLES	VIP	TCM	BLOC LATRINE	LATRINES TRADITIONNELLES
BITTOU	0	10	4	0		6	3	-
GARANGO	2	14	7	2 blocs	2	7	1	-
CHR	0	20	1	0		15	1	-
KOUELA	2	3	3	0	2	3	1	-
OUARGAYE	5	8	2	0	3	6	2	-
POUTENGA	5	5	2	0	5	5	2	-
TENKODOGO	0	1	02		0	1	1	-
ZABRE	3	3	2		3	3	2	-

Tableau 6 : répartition par unité de soins/techniques de santé des ouvrages d'évacuation des excréta

Etablissement de santé	Maternité	Urgences/service de médecine	Bloc opératoire	Hospitalisations/post-opérés	Laboratoire/CDT	Imagerie médicale	Odonto/stomatologie Ophtalmologie	Psychiatrie/ CDV	Pédiatrie
BITTOU	1	2	2	2	2	1	1	-	-
GARANGO	3	2	5	-	0	-	-	0	0
CHR	2	2	6	2	2	2	-	2	2
KOUELA	1	0	2	0	0	0	0	0	0
OUARGAYE	2	2	0	0	0	0	0	0	2
POUTENGA	2	0	1	0	1	0	0	0	1
TENKODOGO	0	1	-	-	-	-	-	-	0
ZABRE	0	1	2	2	0	0	0	-	0

3.3.ANALYSE DE LA GESTION DES DBM

❖ Développement du leadership et de la gouvernance

Au niveau régional et district, le suivi de la gestion des DBM est intégré aux supervision/monitoring des suivis des activités de santé. En ce qui concerne la collaboration intersectorielle, les efforts d'implication des acteurs d'autres secteurs dans les activités de gestion des DBM, se limite à la contractualisation de certaines étapes de gestion aux associations, groupements et entreprises privées intervenant dans le nettoyage, la collecte et transport in situ des DBM. La collaboration intersctotérielle est inexistante, en témoigne l'absence du cadre de concertation en la matière dans la région du centre-est.

Plusieurs documents de référence ont été élaborés au niveau national pour faciliter la coordination des activités pour une meilleure organisation de la gestion des DBM dans les structures sanitaires nationales. Entre autres, nous avons la stratégie nationale d'hygiène hospitalière, le guide de sécurité-environnement dans les structures sanitaires, le plan triennal 2018-2020. Le constat fait sur l'exploitation de ces référentiels est que plusieurs agents des établissements de santé ignorent leur existence. Aussi pour ce qui est de la planification des activités, aucun établissement de santé disposent de plan structuré de gestion des déchets qui comprend toutes les étapes opérationnelles, avec la définition des tâches, rôles et responsabilités et moyens de mise en œuvre,

Au regard de ce qui précède, on note notamment des insuffisances telles que:

- des dysfonctionnements des comités chargés des questions de gestion des DBM dans les structures de santé ;
- de l'absence de plans d'action de gestion des DBM dans la majorité des structures de santé ;
- de l'insuffisance de mise en œuvre des recommandations issues du suivi des activités de gestion des DBM ;
- de l'absence de textes instituant la mise en place d'un comité d'hygiène hospitalière dans les CMA ;
- de l'absence de concertation entre les directions en charge des questions des DBM, les organisations des structures privées de santé, les autres services déconcentrés, les municipalités, les organisations communautaires et les partenaires techniques et financiers.

❖ Renforcement de la coordination des interventions

Le ministère de la santé est responsable de la gestion des DBM issus des activités de soins de santé, il incombe alors aux districts sanitaires et le CHR l'entière responsabilité. Ils doivent en collaboration

avec la DRS-CE, élaborer et mettre en œuvre les stratégies de gestion des DBM, renforcer les capacités opérationnelles des structures, assurer le suivi et la supervision des acteurs sur la gestion des DBM. Le Décret N°2008 009/PRES/PM/MS/MECV du 10 janvier 2008, portant organisation de la gestion des déchets biomédicaux et assimilés, vient encadrer et réglementer la gestion des DBM, de la production jusqu'à l'élimination finale. A cet effet, il est stipulé au niveau de l'article 46 du Code de l'hygiène publique que les infractions aux dispositions du présent décret sont punies conformément aux dispositions des lois n°022-2005/AN du 24 mai 2005 et n°005-1997/ADP du 30 janvier 1997 portant respectivement Code de l'Hygiène Publique et Code de l'Environnement. L'article 49 du Code de l'hygiène publique précise que le Ministre de la santé et le Ministre en charge de l'environnement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Dans les formations sanitaires publiques (CMA/CHR/CHU) de la région du centre-est, la notion et l'importance du comité hygiène- santé-sécurité est bien connu des responsables, mais ce type de comité n'est en général ni existant ou non fonctionnel (existence de principe, sans actions). Selon certains responsables, il s'agit de dysfonctionnements sur plusieurs années. Ces comités, du fait de l'inaction, sont perçus comme inutiles et sans intérêt.

❖ **Renforcement de la collaboration intersectorielle et du partenariat**

Dans la région, peu d'entreprises sont spécialisées dans la collecte, le transport, le traitement/élimination exclusif des DBM. La majorité des prestataires privés interviennent dans le nettoyage des locaux mais certains d'entre eux disposent de contrats d'enlèvement et d'évacuation des poubelles de DBM à l'intérieur des établissements de santé. Ces prestataires ne disposant pas non plus de sites de traitement/élimination. De même, dans les établissements de santé public de la région du centre-est, il n'existe pas un système de partenariat de la gestion des DBM entre les établissements privés de santé. Ce système en réalité pourrait favoriser la création d'un prestataire privé dans la région, qui dispose d'un site aménagé et des installations nécessaires à la gestion centralisée des DBM issus des établissements privés de santé.

Le conseil régional du centre-est intervient très peu dans la gestion directe des DBM. L'initiative est laissée à l'établissement de soins public. Des actions ponctuelles de financement et/ou d'équipement sont réalisées. Mais il n'existe ni délibération, ni textes réglementaires de portée régionale obligatoire pour les établissements et les prenantes sur la question de la gestion des DBM. Le conseil régional estime que cette question est de la compétence des municipalités.

Les conseils municipaux sont quant à eux, légèrement plus actifs mais surtout pour accompagner les

actions des établissements de soins, notamment les CSPS qui sont sous leur responsabilité avec des équipements et des infrastructures pour la gestion des DBM. Avec le CHR, il s'agit d'un accompagnement ponctuel à la demande. A ce niveau aussi, il n'existe pas de cadre réglementaire obligatoire sur le GDBM (production, stockage, transport, destruction), ni pour les établissements de soins, ni pour les entreprises et associations intervenant dans le secteur. L'action consiste le plus souvent à l'identification de zones de décharge et de réponse ponctuelle due à des situations liées à la mauvaise gestion des DBM ou à des rares cas à l'enlèvement des déchets assimilable aux ordures ménagères (DAOM) à Pouytenga.

L'action citoyenne reste méconnue dans la région du centre-est. Les acteurs de la société civiles ne sont pas encore pleinement dans une dynamique de contrôle de l'action dans le secteur de la GDMB.

L'implication des services déconcentrée des ministères de l'environnement, de l'eau, de l'agriculture, de l'urbanisme, de l'ONEA, reste en générale ponctuelle et conjoncturelle en cas de survenue d'une situation de crise ou à risque.

❖ **Renforcement de la régulation, de la normalisation**

L'importance de l'hygiène hospitalière en générale et de la gestion des DBM en particulier s'est traduite par l'adoption de textes législatifs et règlementaires et des documents référentiels. Un manuel de formation sur les DBM, un guide de bonnes pratiques et un cahier de charges pour le nettoyage des établissements de santé ont été élaborées. L'adoption de la loi n°022-2005/AN du 24 mai 2005 portant code de l'hygiène publique au Burkina Faso, de la loi n°006/2013/AN du 02 avril 2013 portant code de l'environnement au Burkina Faso, du décret n°2008-09/PRE/PM/MS portant organisation de la gestion des DBM et de la stratégie nationale de promotion de la santé en 2014 intégrant la gestion des DBM, traduisent l'engagement des autorités nationales.

Bien qu'adoptés, les textes réglementaires de portée nationale sont peu connus ou peu utilisés pour la gestion des DBM (cf cadre juridique)

Au niveau local, il n'existe aucune réglementation de portée régionale ou communale obligatoire pour les établissements de soins et tous les acteurs de la filière des déchets d'activités de soins (DAS).

Au niveau international et sous régional, le Burkina Faso a ratifié un certain nombre de conventions internationales relatives aux déchets dangereux qu'il a intégré dans son corpus juridique (cf cadre juridique) .Certaines lois adoptées sont difficilement applicables faute de texte d'application, notamment les normes de traitement des déchets, les normes de rejet, de qualité de l'air, du sol et de l'eau. Il urge donc d'élaborer et d'adopter des textes d'application dans le domaine de la GDBM et

d'appuyer leur mise en œuvre. En effet les équipements et matériel médicotechniques communément appelés "France au revoir" arrivent souvent dans nos établissements de santé sous forme de don par la diaspora sans aucun contrôle préalable sur leur nocivité alors que certains souvent vétuste et inexploitable et finissent comme déchets encombrants.

❖ Les Prestations de services

✚ Production et conditionnement

Dans les établissements sanitaires, presque tous les types de déchets d'activités de soins (DAS) sont produits, notamment les déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI).

La quantité produite n'est pas estimée, elle ne l'est ni en poids ni même en nombre de sacs ; aucune donnée formelle n'existe. Il n'y a pas de fiches de suivi, si bien que c'est parfois une estimation approximative non fiable qui est donnée. Alors que la quantité de DBM produite est la base d'une bonne planification de la gestion.

La quantité des objets piquants comme les seringues est dénombrable en termes de nombre de boîte de sécurité dans certains établissements mais les objets tranchants n'est pas réalisée. Les déchets particuliers (pièces anatomiques, pharmaceutique, radioactifs, chimiques etc..) ne sont pas non plus évalués. Il n'existe aucune traçabilité d'aucun type de DBM.

En ce qui concerne les déchets liquides, ni la quantité, ni le type, ni le-prétraitement ne sont suivis formellement. La gestion est à l'initiative de chaque unité (notamment le major) et les techniciens du génie sanitaire ne sont alertés qu'en cas de problème d'évacuation, notamment lorsque les vidoirs ne sont pas fonctionnels ou les fosses remplies.

Le tri au site de production est uniquement réalisé pour les seringues dans certains établissements mais est rarement systématique et est le plus souvent ignoré pour les autres types de déchets.

Le codage par couleur est en général ignoré, les agents habillent les réceptacles du type de sacs disponibles, lorsque même des emballages existent. Dans de nombreuses situations, l'emballage même est inexistant.

On rencontre cependant des affiches sur le tri dans les salles de soins (image n 6:) et plusieurs responsables en sont conscients. Quasiment tous les agents connaissent la nécessité du tri. Peu ou pas de contrôles sont malheureusement effectués.

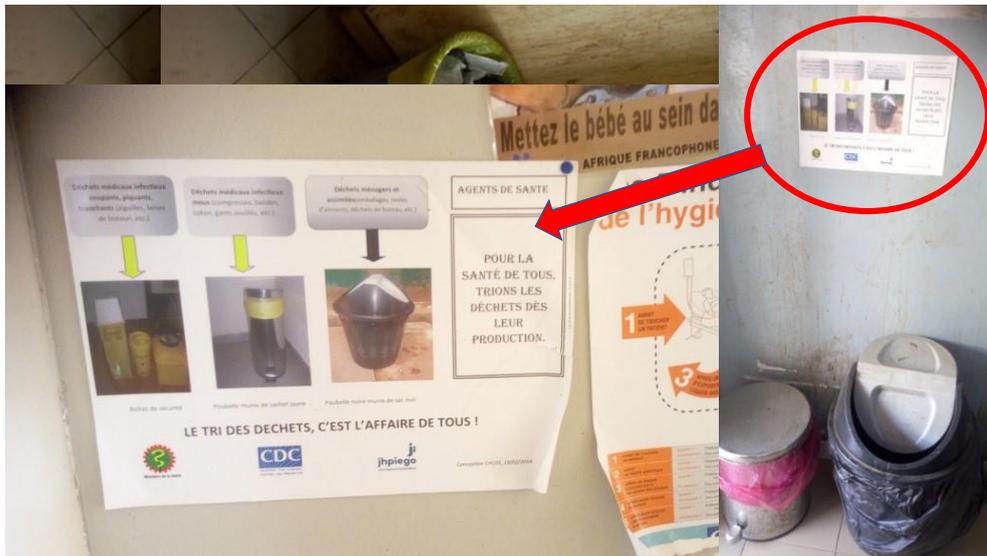


Image n°2 : Affiches et poubelles habillées par les types de sachets disponibles

Entreposage et stockage

Dans les établissements sanitaires publics de la région du centre-est, à de rares exceptions, il n'existe pas de local de pré-entrepôt dans les unités de production et cela émane de la conception des bâtiments. L'entrepôt est fait dans les couloirs et dans les coins.

Dans quelques établissements sanitaires public, il existe un semblant de local de stockage, mais non conforme car souvent c'est soit un bâtiment abandonné, soit un ancien incinérateur non fonctionnel. Cependant dans la majorité des établissements de santé les déchets sont acheminés directement au site d'incinération ou brûlage

Les durées de stockage ne respectent pas les normes selon le type de DBM. La durée de stockage est fonction de contraintes fonctionnelles et logistiques. Les DBM n'y sont pas stockés suivant des règles spécifiques, parfois il s'agit d'un vrai dépotoir ou tout se mélange. Des emballages de DBMRI ouverts y côtoient des objets piquant ou tranchant ou des tubes de prélèvement à même le sol ou aux alentours du local ou du site d'incinération/brûlage.

Parfois, le local ou le dépotoir n'est ni protégé, ni isolé et est accessible par les populations et les animaux.

Si dans certains établissements, du matériel de protection existe pour les agents en charge GDBM, dans la quasi-totalité des établissements ce matériel n'existe que rarement et l'entretien du local est plus que secondaire.



Image n°3 : Entreposages des différents types de DBM et présence d’animaux

✚ Ramassage et transport

Les moyens de transport des établissements vers les sites de destruction dans les établissements restent très variés et souvent ne répondent pas aux normes. Les établissements font le plus souvent appel aux services de particuliers non spécialisés, qui enlèvent les DBM par des moyens non adaptés ou approprié (brouettes, sachets etc..) et qui ne seront pas désinfectés sur les sites de destruction. Ces moyens sont utilisés pour d’autres activités de la vie quotidienne (transport d’aliment, de médicaments, de vivres etc...)



Image n°4 : Moyens de transports des DBM utilisés des établissements de santé

Destruction (traitement et élimination)

Le traitement et l'élimination des DBM se font soit in situ pour certains établissements publics, soit hors site pour les DAOM comme a Pouytenga.

Les méthodes de traitement/élimination des DBM utilisées sont de plusieurs ordres :

- l'incinération :
 - à l'aide d'incinérateurs modernes de capacité variable en panne là où il existe, de fortune ou de fabrication locale
- brûlage
 - dans des fosses
 - à la surface du sol

Après destruction, dans Presque tous les établissements il n'existe pas des fosses à cendre et, dans la plus-part des cas, les cendres sont entreposées aux alentours du site d'incinération.

Les déchets liquides font en général l'objet de pré-traitement avant leur évacuation des fosses à travers les vidoirs et/ou les siphons de sol au sein des unités. Dans certains établissements, les déchets liquides sont collectés dans des récipients et transportés dans les toilettes dans la cour de l'établissement pour y être vidés. Il n'existe pas de réseau d'égout même au CHR de Tenkodogo encore moins pour les CMA de la région. Les pièces anatomiques, les placentas sont remis aux parents, quelques fois sans pré-traitement. Les déchets chimiques sont parfois vidés dans fosses septiques ou dans de vieux puits reconvertis pour recevoir ce type de déchets dangereux, sans vraiment analyser les conséquences et les risques.



Image n°5 : Moyens de destruction des DBM

❖ - Développement des ressources humaines pour la gestion des DBM

✚ Profil et nombre de personnels pour la gestion des DBM

En termes de ressources humaines : dans les formations sanitaires publiques, le profil le plus retrouvé pour la gestion des DBM est celui des techniciens d'état en génie sanitaire (TEGS). Leur nombre varie d'un établissement à l'autre et peut atteindre 2 à 4 dans certains établissements. La direction régionale a un ingénieur du génie sanitaire pour coordonner les activités au niveau régional

✚ Renforcement des compétences et motivation

En général, il n'existe pas de plan de formation sur les DBM pour le personnel en charge, encore moins pour le personnel de soins en général. Les formations réalisées sont généralistes et portent sur la prévention et le contrôle des infections (PCI), notamment dans le contexte de la pandémie à COVID19 avec des aspects sur la gestion des DAS. Dans la majorité des situations, aucune formation dédiée à la GDBM n'a été organisée au cours des dernières années. Et dans les établissements où il en a eu, le champ couvert était limité de même que le nombre de personnel qui est à même de favoriser l'adoption de bonnes pratiques et d'en être le moteur.

❖ Promotion de la santé et lutte contre la maladie

✚ Renforcement de la communication pour le changement de comportement

Au sein des établissements de soins, les actions dans ce sens ne sont pas perceptibles: il s'agit surtout d'affiches éclipsées par de nombreuses autres affiches sur des murs et qui sont le plus souvent ignorées(cf image n°6).

Il n'existe pas d'actions en direction des usagers et des patients ou de leurs accompagnants en particulier ni en direction du grand public en général.

✚ Renforcement de la lutte contre les maladies

En ce qui concerne la protection du personnel par la vaccination, elle n'est ni planifiée, ni budgétisée. Il s'agit d'opérations ponctuelles lorsque l'opportunité se présente comme c'est le cas de COVID'19. Aucun registre n'est tenu.

❖ Développement des infrastructures, des équipements et des produits

✚ Renforcement en infrastructures

Dans les établissements de soins, lorsque le local de stockage des DBM existe, il s'agit en général d'un

semblant de local de stockage, mais non conforme car souvent c'est soit un bâtiment abandonné, soit un ancien incinérateur non fonctionnel d'un site délaissé, un dépotoir, peu entretenu. Le lieu de stockage est tout aussi à l'image du déchet, comme il s'agit de déchets alors il est abandonné.

✚ Renforcement des équipements et de la maintenance

En l'absence de budget, les investissements en termes d'équipements sont laissés soit à l'initiative de partenaires (ONG, associations) ou de projets étatiques ou des conseils régionaux et municipaux. La maintenance n'est pas faite d'où les pannes et les arrêts fréquents. Certains équipements sont soit inexistantes soit inexploités et dont leur utilité fait l'objet des débats par certains des responsables (broyeurs, dispositif de pesage de DBM.)

✚ Amélioration de la disponibilité des produits

L'absence de budget dédié favorise les ruptures en produits pour la gestion des DBM : emballages, produits de protection, désinfectants etc. A cela s'ajoute à la mauvaise gestion des équipements.



Image n°6 : Mauvaise gestion des équipements

❖ Amélioration de la gestion d'information sur la gestion des DBM

✚ Production de l'information de qualité

Il n'existe pas de système d'information sur la gestion des DBM dans les établissements de soins même au niveau national et la DRS-CE ainsi que les DS n'en disposent pas non plus. Il n'y a pas de base de données, des registres ou des fiches de suivi dans les établissements santé public du centre-est. Les outils de collecte des données n'existent pas aussi. Les données ne sont pas prises en compte dans l'information sanitaire des établissements. Il n'y a pas non plus de rapport annuel et par conséquent il n'y

Assainissement dans les établissements de santé de la région du centre est : état des lieux dans les CMA, CMU et le CHR et perspectives
a pas de prise en compte dans le rapport annuel des établissements en général.

✚ Amélioration de l'utilisation de l'information à tous les niveaux

L'information sur la gestion des DBM n'étant pas pris en compte dans l'information sanitaire des établissements formellement, son utilisation devient difficile.

❖ Promotion de la recherche pour la santé dans le domaine des DBM

✚ Renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles

La place et le rôle de la recherche pour améliorer la gestion de DBM sont peu perçus. Les acteurs de gestion ne sont ni formés sur la recherche opérationnelle ou la recherche action, ni ne participent à la réalisation des audits et des analyses de risque.

✚ Amélioration des capacités en matière de réglementation et d'évaluation

Les outils d'évaluation, d'analyse des risques ne sont pas élaborés.

✚ Développement d'un partenariat en matière de recherche en santé

Il n'existe pas de partenariat formel et connu avec des institutions de recherche sur la question des DBM dans la DRS-CE.

❖ Accroissement du financement

✚ Mobilisation des ressources financières en faveur de la gestion des DBM

Il n'existe pas de budget spécifique alloué à la gestion des DBM. Les dépenses sont donc réalisées sur demande et selon la disponibilité et en tenant compte des priorités ; ce qui explique l'insuffisance des équipements et la non prise en compte de la maintenance préventive ainsi que curative et les ruptures des produits (emballage, boîte de sécurité etc..).

❖ Synthèse de l'analyse de la situation de la GDBM

Les principaux constats qui se dégagent dans la gestion des DBM, dans les formations sanitaires de la DRS-CE peuvent être regroupés comme suit :

- L'organisation de la gestion des DBM dans les structures sanitaires de la DRS-CE est diffuse. Un déficit en formation technique et organisationnel persiste au niveau du personnel médical et des agents de la manutention des déchets des établissements de santé de référence du centre-est;

- L'insuffisance en information et sensibilisation sur les risques et dangers liés aux DBM persiste au niveau du personnel médical, le personnel des services de soutien, des patients internes et externes des structures sanitaires ;
- La quantité de déchets produits dans les structures sanitaires est considérable et non quantifiée globalement ni évalué par catégories. Ces déchets renferment aussi bien des composantes dangereuses, à haut risque sanitaire et environnemental, que des fractions de type d'ordures ménagères ;
- Le tri des différentes catégories de déchets n'est pas systématiquement appliqué dans les structures sanitaires. Seuls les déchets piquants sont séparés des autres DBM ;
- Certains ouvrages de gestion des DBM liquides dans les établissements de santé de la DRS-CE ne sont pas conformes à l'AFDH ;
- Les contenants utilisés pour la collecte à la source des déchets dans la plupart des structures présentent des insuffisances qualitatives et/ou quantitatives;
- Le personnel chargé de la manutention des déchets ne sont dotés en d'équipements vestimentaires adéquats pour leur protection. Le masque, les gants en cuir dur, le tablier font défaut dans ce lot de matériel ;
- La dotation en incinérateur des structures sanitaires est insuffisante. Les incinérateurs présents dans les établissements de santé, le plus souvent, ne sont pas opérationnels. Ils sont presque de type artisanal, donc incapables de fondre les aiguilles et les rares incinérateurs qui sont capables de les fondre sont en panne et abandonnés.
- Des pratiques inadéquates d'entreposage, de traitement et d'élimination des déchets sont constatées dans la plupart des structures sanitaires ;

3.4.ANALYSE DE LA GESTION DES EUE

ANALYSE DE LA GESTION DES EUE

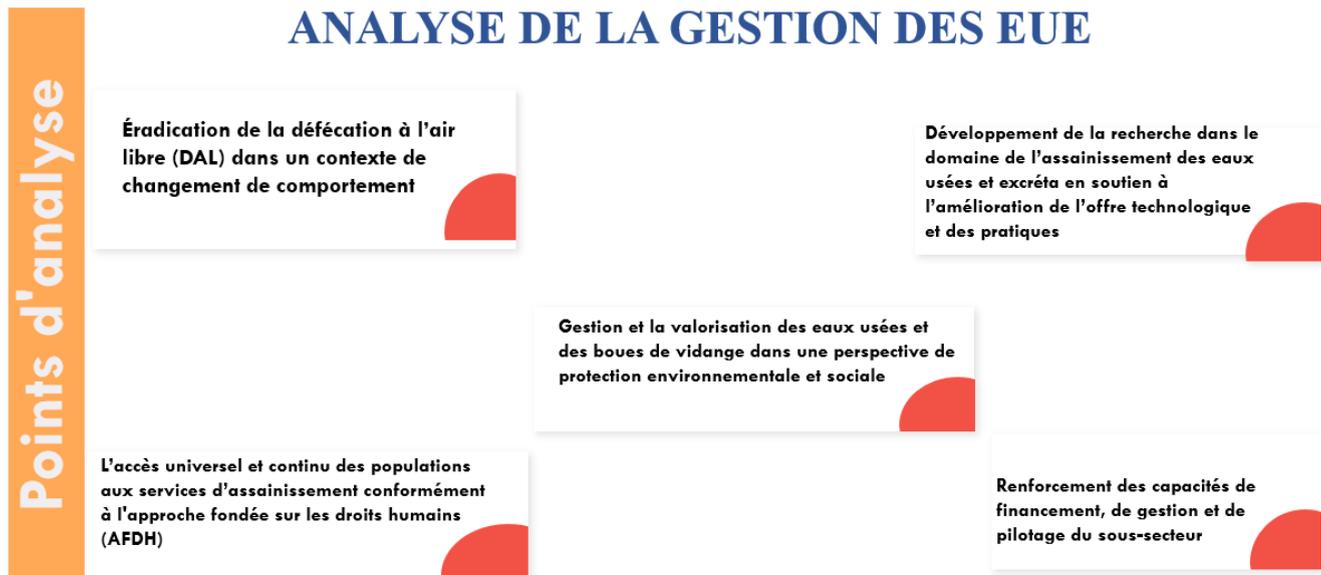


Image 7 : les points d'analyse de la gestion des EUE

❖ Eradiquer la défécation à l'air libre (DAL) dans un contexte de changement de comportement;

✚ La défécation à l'air libre et les pratiques adéquates d'hygiène et d'assainissement

La défécation à l'air libre (DAL) est pratiquée au sein de tous les établissements de santé de la région. On retrouve les fèces dans l'enceinte des bâtiments inexploités, à l'intérieur des cabines des latrines, devant certains bureaux ou services isolé et souvent même dans les latrines internes des agents de santé. La plupart des latrines dédiées aux patients et accompagnants ne disposent pas de dispositifs de lavage des mains et même quand le dispositif existe il n'est pas adéquatement utilisé ou est non fonctionnel du fait des pannes, de manque d'eau ou savon.

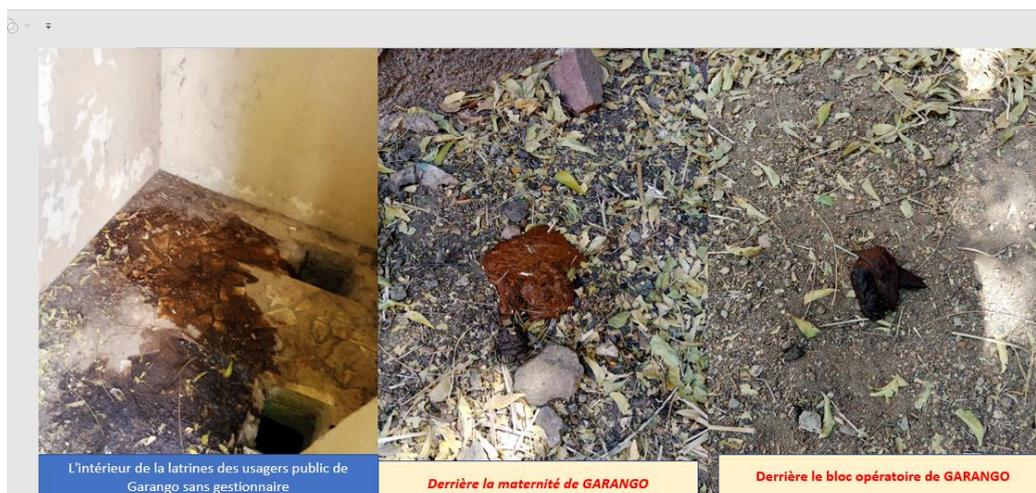


Image n°8 : défécation à l'air libre dans les établissements de santé du centre-est

Etat de propreté des toilettes

Les résultats de l'enquête révèlent que presque toutes les latrines du personnel des établissements de santé nettoyaient leurs toilettes au plus une fois par jour et la majorité d'entre eux ne disposaient pas de toilettes propres. Les résultats de cette même enquête indiquent que les latrines publiques où il y a un gestionnaire étaient lavées au moins une fois par jour contrairement aux latrines publiques sans gestionnaire où on peut voir des fèces partout de l'intérieur comme de l'extérieur des latrines et souvent même ces latrines servent d'abris pour animaux domestiques et rongeurs (Image n°3)



Image n°9 : état de propreté de l'Intérieure des latrine et douche

❖ . L'accès universel et continu des populations aux services d'assainissement conformément à l'approche fondée sur les droits humains (AFDH);

accès universel et continu aux services d'assainissement conformément à l'approche fondée sur les droits humains (AFDH)

La majorité des latrines publiques dans les établissements de santé ne sont pas accessibles aux personnes à mobilité réduite, aux enfants et aux personnes vulnérables. En effet les rampes d'accès pour personnes à mobilité réduite n'existent pas dans le plus grand nombre de cas, aussi l'intérieur des latrines ne sont dotés des supports pour le maintien de l'équilibre (main courante) ou même le trou défécation n'est pas adaptés. Dans rares des cas il existe des rampes avec trou de défécation qui tient compte des personnes vulnérables mais sans support d'équilibre. La distance séparant les latrines aux services respecte les normes minimales en matière de distance (inférieur à 35 m). Les latrines du personnel sont en général internes au bâtiment où est délivrer le service. Dans tous les établissements de santé, les latrines du personnel préservent l'intimité des usagers contrairement aux latrines publiques où le plus souvent les portes sont parfois enlevées et les murs fendus ouvertement.



Image n°10 : Rampes d'accessibilité des latrines

🚫 Services et dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle

Selon le JMP WASH 2019 un niveau d'assainissement de base comprend la mise à disposition d'une poubelle pour les produits menstruels jetables et d'un espace privé équipé de savon et d'eau permettant le lavage, certains pays tiennent compte d'autres aspects de l'hygiène menstruelle en fonction des besoins et des priorités à l'échelle locale. Par exemple, des services supplémentaires tels qu'une formation à l'élimination sans danger des serviettes hygiéniques. La majorité des établissements de santé ne sont pas pourvus de dispositifs de base de gestion de l'hygiène menstruelle. En effet certaines latrines disposent souvent de DLM mais sans savons ou l'inverse, d'autres en disposèrent les deux mais sans poubelles couvertes pour l'élimination des déchets. Aucun établissement ne propose services supplémentaires tels qu'une formation à l'élimination sans danger des serviettes hygiéniques



Image n°11 : Insuffisance liée à la GHM

❖ Gestion et la valorisation des eaux usées et des boues de vidange

dans une perspective de protection environnementale et sociale ;

**+ Gestion des eaux usées et excréta et valorisation dans une perspective de protection
environnementale et sociale**

Les eaux usées des établissements de santé sont de trois sortes : les eaux usées domestiques (eaux de toilette, de lessive, de cuisine), les eaux vannes (les urines et les matières fécales diluées dans l'eau) et les eaux contenant des produits chimiques des laboratoires d'analyse, de la banque de sang, de la maternité, des salles d'opération et de soins, des liquides physiologiques (crachats, ponction, LCR) etc. La collecte des eaux usées au niveau des établissements de santé se fait par le réseau interne des salles de soins et des toilettes (lavabo - toilette - conduite, ...). La collecte au niveau des salles d'unité de soins et d'analyses se fait à l'aide des vidoirs connectés par des canalisations en PVC qui débouchent directement sur des fosses septiques (FS). Les diamètres de ces conduites varient de 160 mm à 200 mm. Les usées domestiques ou de nettoyages des locaux sont versées directement à l'air libre. La plupart des prétraitements des eaux usées des unités de soins ou techniques des établissements de santé se font par les fosses septiques.



Image n°12 : équipements de collecte des eaux usées produites dans les salles de soins

**+ Optimisation de la gestion et de la valorisation des eaux usées et boues de vidange dans une
perspective de protection environnementale et sociale**

Les eaux usées domestiques et les eaux vannes qui peuvent être traitées et valorisées ne sont pas collecter ni quantifier pour la conception et le dimensionnement des ouvrages de traitement adaptés et adéquat dans presque tous les établissements.

Quant aux eaux usées contenant des produits chimiques des laboratoires d'analyse, de la banque de sang, de la maternité, des salles d'opération et de soins, des liquides physiologiques du fait de leur caractère

nocifs ou infectieux ne peuvent être valorisés sauf les liquides biologiques qui peuvent être valorisés dans la production du biogaz. Malheureusement les quantités produites de ces liquides sont faibles et ne peuvent être exploitables.

❖ **Développement de la recherche dans le domaine de l'assainissement des eaux usées et excréta en soutien à l'amélioration de l'offre technologique et des pratiques;**

✚ **Développement de la recherche dans le domaine l'assainissement des eaux usées et excréta.**

La place et le rôle de la recherche pour améliorer la gestion de eaux usées ne sont pas perçus au niveau des autorités régionales encore moins des responsables locaux. Les acteurs de gestion ne sont pas formés sur la recherche action.

Il n'existe pas de partenariat formel avec des institutions de recherche sur la question des EUE

❖ **. Renforcement des capacités de financement, de gestion et de pilotage du sous-secteur.**

✚ **Renforcement des capacités de financement, de gestion et de pilotage**

Il n'existe pas de budget spécifique pour la gestion des eaux usées et excréta. Les dépenses sont donc réalisées sur demande et selon la disponibilité, en tenant compte des priorités ; ce qui explique l'insuffisance et les ruptures des produits (emballage, boîte de sécurité etc..). Le développement du Partenariat Public Privé (PPP) en matière de gestion des eaux usées et excréta n'est pas très développé mais il existe souvent des contrats non formels entre les gestionnaires des latrines publique et les établissements de santé. Ces partenariats constituent de mécanismes de financement endogène pour financer juste l'entretien et la maintenance des latrines publiques. Des programmes de gouvernance, des actions de renforcement de capacités des acteurs ne sont pas élaborés, ni mis en œuvre au sein des établissements de santé. Il y a aussi une absence d'élaboration d'un système de monitoring des principes de l'AFDH dans le cycle de réalisation des ouvrages y compris l'évaluation de l'accès des groupes spécifiques aux services d'assainissement au niveau régional. Ces aspects ne sont pas pris en compte dans les revues des performances annuelles du secteur de la santé. Il n'existe pas non plus une situation de référence et d'une mise en place d'une base de données fiable et actualisée / Portail internet en synergie avec le programme gouvernance.

IV. STRATEGIES D'AMELIORATION DE L'ASSAINISSEMENT

❖ **STRATEGIES D'AMELIORATION DE LA GDBM**

❖ **Problèmes identifiés**

Tableau 7 : Problèmes identifiés dans la GDBM

Orientations stratégiques	Niveau ou dimension dans la gestion des déchets biomédicaux	Problèmes	
OS 1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé	<i>Gouvernance interne aux établissements de soins</i>	Le management, la coordination et l'organisation de la gestion des déchets biomédicaux est insuffisante	
	<i>Coordination interne</i>		
	<i>Organisation des services</i>		
	<i>Collaboration avec les conseils régionaux</i>	La réglementation et la collaboration intersectorielles sont insuffisantes dans le domaine de la gestion des DBM	
	<i>Collaboration avec les conseils municipaux</i>		
	<i>Collaboration avec les services de l'ONEA</i>		
	<i>Collaboration avec les services du secteur de l'environnement</i>		
	<i>Collaboration avec le secteur de l'eau</i>		
	<i>Collaboration avec les associations et société civile</i>		
	<i>Collaboration avec les ONG</i>		
<i>Cadre réglementaire</i>			
OS 2 : Amélioration des prestations de services de santé	<i>Production et conditionnement</i>	Les capacités opérationnelles des structures pour la gestion des DBM sont faibles	
	<i>Entreposage et stockage</i>		
	<i>Ramassage et transport</i>		
	<i>Destruction (traitement et élimination)</i>		
OS 3 : Développement des ressources humaines en santé	<i>Ressources humaines pour la gestion des déchets tout au long de la filière</i>		
OS 4 : Promotion de la santé et lutte contre la maladie	<i>Promotion et lutte contre les risques liés aux déchets biomédicaux</i>		
OS 5 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé	<i>Infrastructures, équipements et produits pour la gestion des déchets biomédicaux</i>		
OS 8 : Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé	<i>Financement de la gestion des déchets biomédicaux</i>		

OS 6 : Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire	<i>Information sur la gestion des déchets biomédicaux</i>	Le contrôle et le suivi évaluation de la gestion des DBM sont insuffisants
OS 7 : Promotion de la recherche en santé	<i>La recherche en matière de DBM</i>	

❖ Forces, faiblesses, Opportunités et menaces en matière de GDBM

A l'issu de l'analyse des résultats de l'évaluation de la situation de la gestion des déchets biomédicaux effectuée dans les établissements de santé du centre-est et du document de plan de développement sanitaire, il peut être retenu comme forces du système actuel de GDBM, ce qui suit :

Tableau 8 : Opportunités et menaces en matière de GDBM

Rubriques	Forces	Faiblesses	Opportunités/menaces
Tri et conditionnement	Existence des boîtes de sécurité dans certains établissements de santé	- insuffisance de tri des DBM à la source ;	- Prise en compte de l'hygiène publique dans les attributions du ministère de tutelle
Pré-collecte et entreposage intermédiaire		- absence des locaux de stockage sécurisés pour les DBM dans les structures ; - stockage prolongé, voir accumulation des déchets dans les structures ; - utilisation des brûleurs et incinérateurs non-adaptés dans les structures ; - absence de déchetteries aménagées ou de centre d'enfouissement technique (CET) pour recevoir les imbrulés et les cendres ; - présence de DBM dans les dépotoirs au sein des établissements de santé;	- l'engagement fort de certains partenaires de développement tels que Expertise France, Banque Mondiale, Jhpiego, USAID, EUMC, dans le domaine de la gestion des DBM ; - mise en place et intervention du projet PRISMS dans les structures sanitaires ; - l'approche de mutualisation de la gestion des DBM ; - engagement des autorités communales à accompagner le
Collecte, transport in-		- insuffisance de vidoirs, aires de lavage, latrines, fosses septiques,	

<p>situ et stockage final</p>		<p>puisards, stations de prétraitement, etc., pour la gestion des effluents liquides.</p>	<p>processus de gestion des DBM ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - création d'une Direction de la qualité et de la sécurité des soins (DQSS) au niveau national
<p>Traitement, transport ex-situ et élimination</p>		<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance des incinérateurs adaptés et fonctionnels dans les structures sanitaires ; - inadaptation et mauvais fonctionnement de la plupart des incinérateurs existants ; - absence d'entretien et de maintenance des incinérateurs existants ; - absence de techniciens qualifiés et compétents pour la maintenance des incinérateurs dans les structures; - absence de quantification des DBM dans les structures ; 	<ul style="list-style-type: none"> - signature/ratification de certaines conventions internationales de GDBM (Stockholm, Bâle, Bamako, Rotterdam, etc.) par le Burkina Faso; - faible implication des partenaires techniques et financiers dans l'approche de gestion de DBM envisagée ;
<p>Acteurs</p>	<p>existence de techniciens dans toutes les districts sanitaires, et CHR pour appuyer la gestion des DBM ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - manque de motivation du personnel de soutien impliqué dans la gestion des DBM ; - le niveau de conscience du danger lié aux DBM est faible dans les structures sanitaires. Un déficit en information et sensibilisation sur les risques et dangers liés aux déchets de soins médicaux persiste au niveau du personnel de santé ainsi qu'au niveau de la population; - les pratiques en matière de gestion des déchets de soins 	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance de fonds pour appuyer la gestion des DBM ; - crise foncière handicapant l'acquisition de terrains pour la mise en places sites de traitements des déchets municipaux. - Le secteur de la santé fait partie des priorités du gouvernement - La prise en compte de la gestion des déchets

		<p>médicaux, du conditionnement, passant par la collecte, le stockage, le transport et du traitement sont inadéquates dans la majorité des cas ;</p> <p>-</p>	<p>biomédicaux par le projet corridor, Abidjan-Lagos;</p> <p>- Les réformes institutionnelles en cours au Ministère de la santé avec la création future d'une Direction de l'hygiène publique et du bien-être</p> <p>- la coopération avec les partenaires au développement (ENABEL, PLAN international, WATERAID, HKI, ...);</p> <p>- la conjoncture économique internationale défavorable ;</p> <p>- la dégradation croissante de l'environnement sanitaire et sécuritaire;</p> <p>- les calamités naturelles (inondations, famine, etc.) ;</p> <p>- La crise sociopolitique et/ou communautaire</p>
Documents de référence	<ul style="list-style-type: none"> - existence de la stratégie nationale en matière de gestion des DBM ; - existence de la stratégie nationale d'hygiène hospitalière et de sécurité des patients ; - existence des textes et règlements, des documents guides et procédures en matière de gestion des DBM ; - Le cadre juridique fournit de dispositions d'application spécifique pour la gestion des déchets biomédicaux - existence de document cadre dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement, : la politique nationale d'hygiène et d'assainissement et la stratégie pour sa mise 	<ul style="list-style-type: none"> - faible implication des pouvoirs politiques pour renforcer l'application des textes et règlements en matière de gestion des DBM ; - non application des textes et réglementation en matière de gestion de DBM par les acteurs ; - manque ou insuffisance de budget spécifique alloué à la gestion des DBM dans certaines structures; - insuffisance de suivi/supervision des prestataires de soins en matière de gestion des DBM ; - on note une absence de stratégie régionale en matière de gestion des DBM. - 	

	<p>en œuvre,</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'existence d'un document de renforcement des capacités dans le domaine de la GDBM; - La mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire ; - L'élaboration du plan triennal de GDBM au niveau national - Existence de cadre institutionnel et légal en charge de la GDBM ; 		
Ressources financières		<ul style="list-style-type: none"> - manque ou insuffisance de budget spécifique alloué à la gestion des DBM dans les établissements de santé ; - les financements destinés à la gestion des déchets biomédicaux sont négligeables ; 	
Formation sur la gestion des déchets biomédicaux		<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance de formation dans les établissements de santé en matière de gestion des DBM ; 	

❖ **Priorités en matière de gestion des déchets biomédicaux**

Tableau 9 : Besoins prioritaires en matière de gestion des déchets biomédicaux

Orientations stratégiques	Problèmes	Actions
OS 1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé	Le management, la coordination et l'organisation de la gestion des déchets biomédicaux sont insuffisants	Renforcement du management, de la coordination et de l'organisation des services
	La réglementation et la collaboration intersectorielles sont insuffisantes dans le domaine de la gestion des DBM	Amélioration de la collaboration intra et intersectorielle Renforcement du cadre réglementaire sur la gestion des DBM
OS 3 : Développement des ressources humaines en santé	Les capacités opérationnelles des structures pour la gestion des DBM sont faibles	Renforcement des capacités dans la gestion des DBM
OS 2 : Amélioration des prestations de services de santé		Amélioration de la gestion des DBM dans les établissements de soins
OS 4 : Promotion de la santé et lutte contre la maladie		
OS 5 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé		Renforcement des infrastructures et équipement de gestion des DBM
OS 8 : Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé		Mobilisation des ressources financières pour la gestion des DBM
OS 6 : Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire	Le contrôle et le suivi évaluation de la gestion des DBM sont insuffisants	Renforcement de l'analyse, suivi-évaluation et de la gestion des risques
OS 7 : Promotion de la recherche en santé		

❖ **Actions prioritaires de gestion des dbm**

✚ . **Produits**

Tableau 10 : Produits par action prioritaire de la GDBM

Orientations stratégiques	Actions prioritaires	Produits
OS 1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé	Renforcement de la coordination et de l'organisation des services en matière de GDBM	P1- Le management de la gestion des DBM est efficace à la direction et dans les unités de soins
	Amélioration de la collaboration intersectorielle sur la GDBM	P2- un cadre de concertation intersectorielle est fonctionnel dans DRS-CE
	Renforcement du cadre réglementaire sur la gestion des DBM	P3- le cadre réglementaire obligatoire est défini et appliqué au plan local et régional
OS 3 : Développement des ressources humaines en santé	Renforcement des capacités dans la gestion des DBM	P4- Les bonnes pratiques sont mises en œuvre à toutes les étapes de la chaîne de la gestion des DBM (production-entreposage-stockage-collecte-transport-traitement-éliminatin)
OS 2 : Amélioration des prestations de services de santé	Amélioration de la gestion des DBM dans les établissements de soins	
OS 4 : Promotion de la santé et lutte contre la maladie		
OS 5 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé	Renforcement des infrastructures et équipements de gestion des DBM	P5- Des ressources financières sont mobilisées et investies dans la gestion des DBM
OS 8 : Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé	Mobilisation des ressources financières pour la gestion des DBM	
OS 6 : Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire	Renforcement de l'analyse, suivi-évaluation et de la gestion des risques	P6- Un dispositif d'analyse, de suivi et d'évaluation de la gestion des DBM est fonctionnel
OS 7 : Promotion de la recherche en santé		

 **Chaîne des résultats**

Tableau 11 : Chaîne de résultats de la GDBM

Produits	EFFETS	IMPACTS
P1- Le management de la gestion des DBM est efficace à la direction et dans les unités de soins	E1- Le leadership et la bonne gouvernance en matière de gestion des DBM sont effectifs au niveau, régional, communal et au niveau de chaque établissement de santé	Contribuer à l'amélioration du bien-être de la population (En contribuant à la réduction des morbidités et de la mortalité dues aux DBM)
P2- Un cadre de concertation intersectorielle est fonctionnel		
P3- Le cadre réglementaire obligatoire est défini et appliqué au niveau national, régional et communal		
P4- Les bonnes pratiques sont mises en œuvre à toutes les étapes de la chaîne de la gestion des DBM (production-entreposage-stockage-collecte-transport-traitement-élimination)	E2- Les patients, le personnel de soins et la population ont accès à un environnement hospitalier sain et sécurisé, E3- Les populations ont accès à des environnements sains et non pollués par des DBM (diminution du risque environnemental due aux DBM)	
P5- Les ressources financières sont mobilisées et investies dans la gestion des DBM		
P6- Un dispositif d'analyse, de suivi et d'évaluation de la gestion des DBM est fonctionnel	E4- L'utilisation de l'information sur les DBM contribue à la qualité et à la sécurité des activités de soins	

❖ STRATEGIES D'AMELIORATION DES EUE

❖ Approches stratégiques

En relation avec les orientations stratégiques, nous retenons les axes stratégiques suivants.

 **Axe 1: Assurer le droit d'accès universel à l'assainissement**

Cet axe stratégique vise à assurer le droit d'accès universel à l'assainissement sur la base de l'approche fondée sur les droits humains, en veillant particulièrement à prendre en compte, les préoccupations des populations surtout les plus vulnérables. Il s'agira entre autres de :

- ✓ mettre fin à la défécation à l'air libre à travers des approches communautaires
- ✓ assurer dans tous les établissements de santé un service d'assainissement adéquat et durable;

Outre les enquêtes de satisfaction et de perception des population sur la mise en place d'une palette technologique répondant à leurs besoins, il s'agira de procéder également à des réhabilitations et à réalisation des infrastructures collectives conformément à l'AFDH dans les établissements de santé afin d'accroître le taux d'accès à un service d'assainissement durable.

. **Axe 2 : Assurer le financement durable du sous-secteur assainissement**

Cet axe stratégique se fonde sur :

- le développement du Partenariat Public Privé en matière d'assainissement ;
- le développement de nouveaux mécanismes de financement endogène.

Axe 3 : Promouvoir la communication pour le changement de comportement

La stratégie de communication sera axée sur le plaidoyer, la communication de proximité et la communication de masse :

- ✓ la communication de proximité s'appuiera sur des agents comités à la taches (Génie Sanitaire) et relais communautaires qui seront préalablement formés et équipés d'outils de communication adaptés à chaque district et qui seront basés sur les approches participatives notamment le SARAR- PHAST
- ✓ la communication de masse se fera à travers les radios, presses écrites, animations grand public, théâtres forums et d'autres outils innovants (réseaux sociaux, messagerie mobile, etc).
- ✓ l'éducation à l'hygiène en milieu scolaire pour induire des changements à travers les enfants (Gouvernements scolaires, Clubs de Santé Scolaires) et par entraînement dans les communautés (avec les comités de santé villageois ou communautaires) ;
- ✓ le changement à travers l'émulation : il s'agira d'instaurer des prix récompensant les communautés et les personnalités qui se seraient distinguées. Les critères de sélection et la nature du prix à décerner seront définis par les promoteurs et l'instance locale de coordination ou de pilotage de la mise en œuvre de la stratégie.

Axe 4 : Améliorer les connaissances dans le domaine de l'assainissement

Cet axe consistera à :

- ✓ développer et vulgariser la recherche-action dans le domaine d'assainissement ;
- ✓ renforcer les capacités en gestion des connaissances, de suivi et d'évaluation ;
- ✓ favoriser l'acquisition, l'exploitation et la diffusion de données sur l'assainissement.

Axe 5 : Améliorer le pilotage du sous-secteur assainissement

L'amélioration du pilotage dans le domaine de l'assainissement, devra se fonder sur les dispositions suivantes:

- ✓ la mise en place d'un cadre d'intervention unifié et des outils de gestion et de pilotage efficaces. En effet il est nécessaire d'améliorer la coordination entre la DRS/DS, l'ONEA et les directions partenaires (Education, Environnement, Hydraulique) en la matière afin de mettre à profit les ressources humaines et les compétences de ces dernières en vue d'une plus grande synergie d'intervention.
- ✓ la mise en place d'un plan de développement des ressources humaines en assainissement en relation avec les orientations stratégiques. En ce qui concerne la DRS et les directions techniques déconcentrées en charge de l'assainissement des eaux usées et excréta, il importe de procéder au renforcement des compétences et de capacités de ces directions régionales, provinciales et districts en les dotant de ressources humaines conséquentes au regard de leurs missions en matière d'assainissement.

La forte implication des communes dans la mise en œuvre se voudra effective et dynamique avec les actions suivantes :

- ✓ accélérer la décentralisation effective de l'assainissement (dont le transfert de fonds et la mise à disposition de personnel qualifié en charge du volet assainissement et les appels à propositions) ;
- ✓ renforcer les capacités des communes en matière de mobilisation des ressources à travers les formations ;
- ✓ prévoir des mesures d'accompagnement (formations, élaboration des DAO types) dans le transfert de compétences aux communes à travers l'inscription de lignes budgétaires dans le budget communal ;
- ✓ assurer le suivi/accompagnement financier des établissements de santé.

❖ **Actions et Produits attendus**

Tableau 12 : Actions et résultats attendus

Actions	Produits	Activités
Eradication de la défécation à l'air libre et promotion des pratiques adéquates d'hygiène et d'assainissement dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est	La défécation à l'air libre est abandonnée dans l'ensemble des les établissements de santé (CMA, le CMU et le CHR) du centre-est	Pré déclenchement des CMA, le CMU et le CHR FDAL
		Déclenchement des CMA, le CMU et le CHR FDAL
		Post déclenchement des CMA, le CMU et le CHR FDAL
		Campagne de communication pour le changement de comportement à travers les outils SARAR/PHAST
		Adaptation et mise en œuvre de l'ATPL dans les districts sanitaires
Les communautés ont adopté de bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est	Les communautés ont adopté de bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est	Sensibilisation de masse par les médias (radios, TV, presse écrite, presse en ligne, crieur public, animations grand public, affiches, films documentaires et théâtres forums
		Sensibilisation de proximité (focus groupes, bureaux d'informations, posters et affiches au niveau des ouvrages et panneaux
		Vulgariser les stratégies PHA en milieu scolaire (mise en place de gouvernement scolaire ou club de santé scolaire, jeux concours)
		Vulgariser les stratégies PHA en milieu sanitaire à travers la formation des COGES pour leur mise en œuvre
Réalisation de l'accès universel	Le développement du service de l'assainissement dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est	Ciblage/priorisation des interventions à travers les documents de planification et de budgétisation en vue de garantir la performance

<p>et continu aux services d'assainissement dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est</p>	<p>assuré conformément à l'AFDH et aux normes en vigueur</p>	Intermédiation sociale (PHA)
		Etudes et réalisation des ouvrages d'assainissement autonome
		Etudes et réhabilitation des ouvrages d'assainissement autonome
		La formation des débiteurs d'obligations et des détenteurs de droits sur l'AFDH dans le secteur de l'eau et de l'assainissement
		La supervision et le suivi-évaluation de l'application de l'AFDH au sein des projets et programmes Eau et Assainissement dans la région
		Le développement des outils et de méthodes nécessaires pour mettre en œuvre les droits humains au niveau local
	<p>La gestion durable des infrastructures d'assainissement est assurée dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est</p>	Finalisation et mise en œuvre des outils existants en l'adaptant aux principes d'accès durable à l'assainissement, d'équité avec un rôle plus affirmé et plus systématique de recours au secteur privé dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est
		Adoption, diffusion et mise en œuvre de la stratégie PPP assainissement dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est
		Formation des acteurs communaux et sanitaire sur les modèles de contrat en matière de gestion dans la région du centre-est
		Formation des acteurs communaux et sanitaire sur le suivi, l'entretien et la maintenance des ouvrages d'assainissement dans la région du centre-est
Organisation des campagnes d'information/sensibilisation des communes sur		

		<p>l'intercommunalité, les dispositions légales et règlementaires, leurs importances pour le développement local et l'incitation des communes à la mutualisation pour la gestion du service public d'assainissement dans les établissements sanitaire de la région du centre-est</p> <p>Suivi et évaluation des processus d'intercommunalités mise en place pour vérifier leurs fonctionnalités et leurs efficacités d'actions en faveur de la gestion des EUE des CMA CMU et CHR</p>
Optimisation de la gestion et de la valorisation des eaux usées et boues de vidange dans une perspective de protection environnementale et sociale	La chaîne de valeur de l'assainissement est structurée et développée	<p>Analyse des acteurs et pratiques sur les différents maillons de la chaîne de l'assainissement</p> <p>Elaboration d'une stratégie de gestion de la filière de l'assainissement dans les institutions et lieux publics de la région du centre-est</p> <p>Structuration (textes règlementaires, base de données, appui-conseil) efficace de la vidange manuelle/mécanique et du dépotage des boues de vidange</p> <p>Développement du business (PPP) autour de l'AEUE, en particulier la valorisation des sous-produits de l'assainissement</p> <p>Mise en œuvre du cadre de gestion environnementale des institutions et lieux publics de la région du centre-est</p>
Développement de la recherche dans le domaine	La recherche orientée et appliquée à l'assainissement est promue à travers des thématiques pertinentes	<p>Identification des besoins ou axes de recherche</p> <p>Conduite de la recherche sur les thématiques identifiées avec focus sur les idées de concours d'innovation dans les districts sanitaire de la région du centre-est (faible coûts,</p>

de		durabilité et prenant en compte le genre)
l'assainissement des eaux usées et excréta.	Les produits de la recherche améliorent les technologies d'assainissement et de gestion des eaux usées et excréta des institutions et lieux publics de la région du centre-est	Vulgariser l'utilisation des résultats et produits de la recherche
	Les produits de la recherche améliorent les approches, les pratiques et les comportements en matière d'hygiène et d'assainissement dans les institutions et lieux publics de la région du centre-est	Conduite de la recherche sur les thématiques identifiées avec focus sur les idées de concours d'innovation dans les districts sanitaire de la région du centre-est (faible coûts, durabilité et prenant en compte le genre) Vulgariser l'utilisation des résultats et produits de la recherche
Renforcement des capacités de financement, de gestion et de pilotage	Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du programme sont progressivement mobilisées	Promotion à grande échelle de l'Assainissement Total Piloté par les leaders (ATPL)
		Développement du Partenariat Public Privé en matière d'assainissement dans les institutions et lieux publics de la région du centre-est
		Développement de nouveaux mécanismes de financement endogène
		Développement d'une stratégie de mobilisation de ressources extérieures pour la mise en œuvre du programme (Plaidoyer auprès des PTF, tables rondes des bailleurs de fonds au niveau régional)
	La mise en œuvre du programme est encadrée par des textes juridiques et réglementaires adéquats	Application des textes réglementaires (les normes, critères et indicateurs) en matière d'AEUE
Une part de plus en plus importante de l'assainissement est réalisée sur fonds propres	Identification, suivi et médiatisation des "champions d'assainissement"	
Le transfert de compétences et des ressources aux communes	Plaidoyer pour la mise en œuvre de l'arrêté d'application du transfert des compétences	

<p>en matière d'assainissement est réalisé en lien avec la gouvernance</p>	<p>et ressources</p>
<p>Les capacités des acteurs du sous-secteur assainissement sont renforcées en lien avec la gouvernance</p>	<p>Elaboration et mise en œuvre en lien avec la gouvernance, des actions de renforcement de capacités des acteurs du sous-secteur assainissement : Etat, CT, ONG/Associations, privés</p>
<p>La Coordination et le suivi évaluation entre les institutions dédiées et les directions partenaires est assurée à travers le CUCA</p>	<p>Opérationnalisation dans le volet assainissement, en synergie avec la gouvernance des outils de programmation et de suivi-évaluation</p>
	<p>Elaboration d'un système de monitoring des principes de l'AFDH dans le cycle de réalisation des ouvrages y compris évaluation de l'accès des pauvres aux services d'assainissement</p>
	<p>Revue conjointes annuelles du secteur de l'AEUE/Suivi/Evaluation</p>
	<p>Elaboration d'une situation de référence et mise en place d'une Base de données fiable et actualisée / Portail internet en synergie avec le programme gouvernance</p>

CONCLUSION

Au terme de cette étude, il ressort que :

De la gestion des EUE :

- ✓ La DAL est pratiquée dans tous les établissements de à degrés différents
- ✓ L'entretien des latrines publiques n'est pas effectif pour celles qui n'ont pas de gestionnaire et souvent même quand il en un il y a présence des toiles d'araignées et flagues d'eau
- ✓ Les eaux usées sont collectées par le réseau interne composé de conduites d'eaux usées. Elles sont rejetées dans des fosses septiques conçues à cet effet ou pas pour un traitement selon l'établissement.

De la gestion des DBM :

Les déchets biomédicaux des établissements de santé suivent le même circuit :

- précollecte dans des poubelles au niveau des salles de soins;
- collecte par diverses catégories d'agents selon les structures dans des brouettes vers un site de transfert interne ou directement vers le site d'élimination;
- incinération régulière ou brûlage au site d'élimination et non évacuation des imbrûlés et des cendres

La gestion de l'assainissement des établissements de santé est inadéquate et ne se fait pas conformément aux normes et prescriptions et par conséquent est inefficace. En rapport avec cette insalubrité, le personnel et les utilisateurs des établissements de santé sont exposés à des risques sanitaires à des degrés variables. Afin de rendre la gestion l'assainissement dans ses deux composantes des établissements de santé moins polluante et présentant moins de risques pour la santé des populations, nous avons défini cinq actions dans la composante EUE et huit actions pour celle DBM afin de promouvoir et développer des choix techniques et des propositions aussi bien sur le plan institutionnel que légal. La mise en œuvre de ces choix et propositions demande évidemment des moyens financiers, humains et surtout beaucoup de volonté politique. Nous en appelons à la responsabilité de tous les acteurs car le problème d'assainissement est l'affaire de toutes les parties prenantes. Chacun pourra apporter sa contribution pour la sauvegarde de l'environnement et le bien-être des populations.

Nous achevons donc ce mémoire tout en gardant l'espoir que nos modestes propositions seront approfondies par les études ultérieures dans l'objectifs de la mise en place d'un système adéquat de gestion spécifique de l'assainissement dans chaque établissement de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- AJIR Abdelkader (2008) ; Etat des lieux de la gestion des déchets médicaux spéciaux au Maroc, rapport, Rabat, 22 P
- ANRED, Agence Nationale pour la récupération et l'élimination des déchets, les transformateurs. L'Hôpital et ses déchets solides, première approche réglementaire et pratique, Jean-Louis BERGEY, septembre 1991.
- Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination, ONU, Genève, 1989.
- JMP WASH 2019, Sustainable Alternatives, WASH in Public Health Centres in Lebanon, rapport soumis à l'UNICEF en novembre 2017.
- JMP WASH 2019, Sustainable Alternatives, WASH in Public Health Centres in Lebanon, rapport final d'évaluation soumis à l'UNICEF en février 2018.
- Ministère de la santé, Plan national de développement sanitaire 2021-2030
- Ministère de l'eau et de l'assainissement, Programme National d'Approvisionnement en Eau
- Ministère de l'eau et de l'assainissement Potable d'Assainissement à l'horizon 2015 (PNAEPA)
- Ministère de l'eau et de l'assainissement le Plan d'Action pour la Gestion Intégrée des Ressources en Eau (PAGIRE).
- Organisation mondiale de la Santé, Guide de Mise en Œuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains, OMS, Genève, 2009,
- Organisation mondiale de la Santé, Safe Management of Wastes from Health-care Activities, OMS, Genève, 2014.
- Organisation Mondiale de la Santé « Gestion des déchets solides d'activités de soins dans les centres de santé primaires » Guide d'aide à la décision.
- Plan National de Développement Sanitaire 2021-2030, Ministère de la Santé, Burkina Faso, 2021
- Programme des Nations Unies pour l'environnement, Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants, ONU, Genève, 1989.
- SADOU BOUREIMA « gestion des déchets solides biomédicaux a l'hôpital national de Lamorde de Niamey au Niger : diagnostic et analyse des risques sanitaires et environnementaux » mémoire de fin de formation (2iE)

ANNEXE**Annexe 1: Analyse des parties prenantes intervenant dans le domaine de la santé****Annexe 1.1 : Tableau 13 : Analyse des parties prenantes intervenant dans le domaine de la santé**

Parties prenantes	Eléments d'analyse			
	Importance	Influence	Domaines d'importance	Domaines d'influence
Autorités administratives régionales	Forte	Forte	- Appui à la mise en œuvre de la politique nationale de santé -gestion administrative -mobilisation sociale -Gestion des conflits	Décision Management
Communes de la région	Forte	Moyenne	-Mobilisation sociale -Gestion des fonds transférés -Gestion des conflits - financement de certaines activités des CSPPS	Décision Financement
Autorités coutumières et religieuses	Forte	Forte	-Mobilisation sociale -Gestion des	Décision

Parties prenantes	Eléments d'analyse			
	Importance	Influence	Domaines d'importance	Domaines d'influence
			conflits	
Structures déconcentrées	Moyenne	Faible	Collaboration	Assainissement Inspection des unités d'eau et le contrôle de rejets des EUE Etc.
Districts sanitaires	Forte	Forte	-Mise en œuvre de la politique nationale de santé	-Décision -Opérationnalisation des directives - Prestation des services de santé
OBC	Forte	Faible	-grandes capacités de mobilisation sociales et réalisation d'interventions communautaires	-Mise en œuvre de la politique sanitaire
ASBC	Forte	Faible	-grandes capacités de mobilisation sociales et réalisation d'interventions communautaires	Mise en œuvre de la politique nationale de santé communautaire
PLAN International	Moyenne	moyenne	-PTME - Santé maternelle	- Mise en œuvre des actions de lutte contre le VIH/SIDA dans deux districts (Koupela et

Parties prenantes	Eléments d'analyse			
	Importance	Influence	Domaines d'importance	Domaines d'influence
			-Planification familiale - Etat civil	Pouytenga),latrinitisation - Mise en œuvre du projet PROSARE dans tous les districts de la région (santé maternelle, planification familiale et état civil)
JHPIEGO	Moyenne	Moyenne	Paludisme, PF, SA, SAA, PCI - Santé maternelle - Etat civil	appui financier et renforcement des capacités techniques
IPC	Faible	Faible	SRAJ, PF	
PROGETTOMONDO	Faible	Faible	Paludisme, Nutrition Mobilisation communautaire	appui financier et renforcement des capacités techniques
MARIE STOPEs BURKINA	Faible	Faible	PF	
ABBEF	Faible	Faible	PF, SR, SRAJ	
Structures privées de santé	Faible	Faible	Offre de soins	Prestation des services de santé
Tradipraticiens de santé	Moyenne	Faible	Offre de soins Mobilisation sociale	Districts (Garango, Zabré et Tenkodogo)
Partenaires sociaux	Forte	Forte	interpellation sur l'amélioration des conditions	Mobilisation des travailleurs

Parties prenantes	Eléments d'analyse			
	Importance	Influence	Domaines d'importance	Domaines d'influence
			de travail	
UNICEF	Moyenne	faible	-appuis techniques et financiers dans la mise en œuvre des actions (PEV, Nutrition) - appui financier et technique dans la mise en œuvre du projet d'amélioration de la qualité des données (Tenkodogo et Ouargaye)	appui financier et renforcement des capacités techniques
HKI	Moyenne	Moyenne	MTN Expérimentation de l'utilisation de l'Azithromycine	Financement et appui technique
Malaria consortium	Faible	Faible	Paludisme (CPS)	appui financier et renforcement des capacités techniques
OMS	Moyenne	Forte	Contrôle des maladies	Elaboration de directives
PADS	Forte	Forte	Financement	Décision
Enabel	Moyenne	moyenne	SR, PF, droits de la femme,	Financement(un des volet fut la construction d'incinérateur)

Parties prenantes	Eléments d'analyse			
	Importance	Influence	Domaines d'importance	Domaines d'influence
			GDBM	
Fonds Mondial	Forte	Forte	Financement (Palu, TB, VIH)	Décision
UNFPA	Forte	Moyenne	SR, SRAJ, PF	appui financier et renforcement des capacités techniques
Banque Mondiale	Forte	Forte	Financement (FBR, MTN, Nutrition)	Décision
GAVI	Forte	moyenne	PEV	Financement Renforcement des capacités

ANNEXES 2 : POLITIQUE ET STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DURABLE

ANNEXES 2.1:Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable

L'objectif global de la SCADD était de réaliser une croissance économique forte, soutenue et de qualité, génératrice d'effets multiplicateurs sur le niveau d'amélioration des revenus, la qualité de vie de la population et soucieuse du respect du principe de développement durable.

La SCADD aborde l'assainissement dans certains de ses sous volets à savoir les ordures ménagères, les eaux usées et excréta et souligne le faible taux d'accès des populations à l'assainissement (SCADD, p.13). Les principales orientations dans le domaine de l'eau et l'assainissement (les deux sont abordés ensemble) sont :

- ✓ assurer le financement global du PN-AEPA, par la mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation des financements complémentaires ;
- ✓ renforcer la capacité d'absorption du secteur par la mise en œuvre d'un plan de formation des communes, le regroupement des petites et moyennes entreprises, la généralisation de la réforme de la gestion des infrastructures hydrauliques d'approvisionnement en eau potable en milieu rural et semi-urbain;
- ✓ accélérer la réalisation d'infrastructures AEPA, en intégrant dans les plans communaux de développement, l'approvisionnement en eau potable et assainissement, la réalisation de nouvelles bornes fontaines, de châteaux d'eau, de branchements particuliers et la construction de latrines publiques ;
- ✓ impliquer les communes dans la réalisation du PN-AEPA et améliorer son dispositif de suivi-évaluation;
- ✓ stimuler la demande pour l'assainissement amélioré en milieu rural, en diffusant les instruments d'information, éducation et communication en matière d'eau potable et d'assainissement (SCADD, p. 56)

ANNEXES 2.2:Stratégies de développement économique et social 2021-2025(PNDES II)

adoptée en conseil de ministres le 30 juillet 2021, la vision du PNDES II à l'horizon 2025 se formule comme suit : "Le Burkina Faso, une nation solidaire, démocratique, résiliente et de paix, transformant la structure de son économie pour réaliser une croissance forte, inclusive et durable". Pour y parvenir, il a défini quatre axes prioritaires dans lesquels il fait expressément référence à l'eau potable et à l'assainissement dans l'axe 3 intitulé "consolider le développement du capital humain et la solidarité

nationale”(p.55 PNDES II). Cet axe vise à concrétiser six résultats majeurs, à savoir :

- ✓ l'état de santé de la population s'est amélioré ;
- ✓ le niveau d'éducation et de formation de la population est accru et adapté aux besoins de l'économie ;
- ✓ l'utilisation par les acteurs de la production de la recherche scientifique, technologique et de l'innovation est accrue ;
- ✓ l'emploi décent et l'accès des populations à la protection sociale, surtout des jeunes et des femmes sont accrus ;
- ✓ les inégalités liées au sexe et au genre sont réduites à tous les niveaux ;
- ✓ l'accès des populations à l'eau potable et à l'assainissement, aux services énergétiques de qualité et à un cadre de vie décent est accru.

Pour l'atteinte de ces résultats, six objectifs stratégiques sont poursuivis, à savoir :

- ✓ promouvoir la santé de la population et accélérer la transition démographique ;
- ✓ accroître l'offre et améliorer la qualité de l'éducation, de l'enseignement supérieur et de la formation en adéquation avec les besoins de l'économie ;
- ✓ promouvoir la recherche et l'innovation et renforcer leur utilisation en faveur de la transformation de l'économie ;
- ✓ promouvoir l'emploi décent et la protection sociale pour tous, particulièrement pour les jeunes et les femmes ;
- ✓ promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles ;
- ✓ améliorer le cadre de vie, l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et aux services énergétiques de qualité.

L'assainissement est expressément pris en compte dans l'objectif stratégique (OS) 3.6 : “**améliorer le cadre de vie, l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et aux services énergétiques de qualité**” (p 60 PNDES II). Quatre Effets attendus (EA) concourent à l'atteinte de l'OS 3.6, à savoir :

- ✓ l'accès de tous à un cadre de vie décent, à l'eau potable et à l'assainissement de qualité est garanti ;
- ✓ l'accès de tous à l'électricité à moindre coût est assuré ;
- ✓ la promotion des énergies renouvelables et de l'efficacité énergétique est garantie et
- ✓ l'accès au logement décent et aux bâtiments publics est assuré pour tous.

Pour ce qui concerne la garantie de l'accès de tous à un cadre de vie décent, à l'eau potable et à l'assainissement de qualité, les ambitions visent principalement à relever :

- ✓ le taux d'accès national à l'eau potable de 76,4% en 2020 à 81,4% en 2025 ;

- ✓ le taux de fonctionnalité des ouvrages d'Adduction d'eau potable (AEP) en milieu rural (système d'AEPS) de 85,8% en 2020 à 90,8% en 2025;
- ✓ le taux de fonctionnalité des points d'eau modernes en milieu rural (forages) de 91,2% en 2020 à 93,7% en 2025 ;
- ✓ le taux d'accès national à l'assainissement de 25,3% en 2020 à 33,3% en 2025 et
- ✓ la proportion de villages déclarés Fin de la défécation à l'air libre (FDAL) de 20,4% en 2020 à 40% en 2025.

Font partie des résultats quantitatifs également à atteindre, l'augmentation des proportions :

- ✓ de la population satisfaite de la qualité du cadre de vie dans les trois plus grandes villes du Burkina Faso de 12,7% en 2020 à 16% en 2025 et
- ✓ de communes urbaines disposant d'un système fonctionnel de gestion des déchets solides de 22,45% en 2019 à 34,69 % en 2025.

En vue d'atteindre les résultats escomptés dans le domaine de l'environnement, les actions majeures à mettre en œuvre concernent :

- ✓ le renforcement des contrôles environnementaux, de la sûreté, de la sécurité radiologique et nucléaire ;
- ✓ l'optimisation de la gestion des déchets solides et des déchets dangereux ;
- ✓ le développement de l'écologie urbaine et de l'éducation environnementale ;
- ✓ le renforcement de la protection contre les rayonnements non ionisants (antennes relais, téléphonie mobile) et les nuisances sonores.

En matière d'eau potable et d'assainissement, il s'agit d'assurer :

- ✓ l'accès universel à l'eau potable ;
- ✓ la gestion du service public de l'eau ;
- ✓ l'éradication de la défécation à l'air libre et promotion de bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement ;
- ✓ la réalisation de l'accès universel et continu aux services d'assainissement et (v) le développement de la gestion et de la valorisation des eaux usées et boues de vidanges.

ANNEXES 2.3 : Politique nationale de développement durable

Adoptée en 2013, elle vise A l'horizon 2050 à faire du Burkina Faso, un pays émergent dans le **cadre d'un développement durable où toutes les stratégies sectorielles, tous les plans et programmes de développement contribuent à améliorer** le niveau et la qualité de vie des populations notamment des plus pauvres. Dans sa vision du développement durable, le Burkina Faso entend disposer des modes de production et de consommation qui permettent, à une population burkinabé sans cesse croissante de

vivre décevement dans un espace-temps dont les ressources naturelles sont limitées et sous la contrainte des changements climatiques. »

La PNDD entretient des rapports avec l'assainissement, relativement au pilier sur la protection de l'environnement. La protection de l'environnement, outre la préservation des ressources naturelles, vise à assurer un meilleur cadre de vie aux populations, but auquel concourt l'assainissement en général et l'AEUE en particulier. Visant à assurer la viabilité environnementale de toute initiative nationale, la PNDD s'inscrit dans la promotion d'un cadre de vie sain à travers l'assainissement du milieu naturel.

ANNEXES 2.4: Politique et stratégie en matière de bonne gouvernance

La bonne gouvernance est comprise comme l'exercice de l'autorité politique, économique et administrative garantissant la participation des citoyens, la stabilité politique, le développement institutionnel et le respect des droits de l'homme.

Le Document de « Politique nationale de bonne gouvernance (2005-2015) comporte très peu de dispositions en matière de ressources naturelles dont les ressources en eau. Il dégage quatre axes prioritaires qui s'articulent autour de quatre (4) pôles à savoir, la gouvernance politique y compris la sécurité publique et la promotion des droits humains, la gouvernance administrative, la gouvernance économique et la gouvernance locale. Il ne fait pas expressément référence à l'assainissement, ni à l'eau. L'assainissement pourrait cependant être pris en compte, indirectement dans le cadre de la gouvernance locale car il relève essentiellement de la compétence des collectivités territoriales et particulièrement des communes. Pourtant la gouvernance de l'assainissement, à l'instar de celle de l'eau, est d'une importance fondamentale en la matière car elle permettra d'assurer la prise en compte des préoccupations (intérêts légaux et légitimes) des populations les plus pauvres qui éprouvent les plus grandes difficultés à accéder à l'assainissement.

ANNEXES 2.5: Politique et stratégie en matière d'environnement

ANNEXES 2.5.1: Politique nationale d'environnement

Adoptée en 2007, la politique nationale en matière d'environnement (PNE) marquait la volonté du gouvernement d'alors, de créer un cadre de référence pour la prise en compte des questions environnementales dans les politiques et stratégies de développement. Les préoccupations environnementales concernent d'une part les ressources naturelles (dont les ressources en eau) qui sont menacées d'une dégradation accélérée sous les effets conjugués des facteurs climatiques et anthropiques, et d'autre part, le cadre de vie où les problèmes se posent en terme de pollutions et de nuisances diverses.

S'agissant particulièrement des eaux usées domestiques et excréta, elle note qu'en zone urbaine,

les systèmes de gestion existants sont essentiellement constitués par des latrines traditionnelles et des puisards et qu'une partie de la population ne dispose encore d'aucune infrastructure d'assainissement. Ces installations sont sources de nuisances olfactives et de prolifération d'insectes et d'animaux nuisibles.

En milieu rural seulement une partie infime de la population a recours à des latrines pour l'élimination des excréta. La nature est abusivement utilisée à cette fin d'où la menace permanente du péril fécal. Au regard de ce qui précède, les maladies d'origine hydrique sont très répandues dans le pays. La contamination féco-orale est très courante et engendre de nombreuses maladies ((PNE, p.15).

ANNEXES 2.5.2: Le Plan National d'adaptation aux changements climatiques (PNA) à l'horizon 2050

Adopté en septembre 2015, il a pour objectif de : (i) réduire la vulnérabilité aux impacts des changements climatiques en développant des capacités d'adaptation et de résilience et (ii) faciliter l'intégration de l'adaptation aux changements climatiques, d'une manière cohérente dans les politiques, les stratégies, les plans d'actions, les programmes ou activités.

La mise en œuvre de ces politiques et stratégies a permis d'engranger des résultats dans les domaines de l'eau, environnement et de l'assainissement

ANNEXES 2.6.Politique et stratégie en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement

ANNEXES 2.6.1 : Politique et stratégies en matière d'eau

Adopté par le Conseil des Ministres en sa séance du 1^{er} juillet 1998, la politique et stratégie en matière d'eau a pour objectif général de « contribuer au développement durable en apportant des solutions appropriées aux problèmes liés à l'eau afin que celle-ci ne devienne pas un facteur limitant du développement socio-économique ». Elle couvre toutes les utilisations de l'eau.

La prise en compte des questions d'assainissement ressort ainsi de l'avant dernière orientation relative à la préservation d'un environnement sain. Le document de politique et stratégies consacre son orientation n°4, à la mise en œuvre effective la stratégie d'assainissement et des mesures de protection des ressources.

ANNEXES 2.6.2 : Politique et stratégie nationales en matière d'assainissement

Adopté en juillet 2007, l'objectif global de la politique était de contribuer au développement durable en apportant des solutions appropriées aux problèmes liés à l'assainissement, afin d'améliorer les conditions de vie et d'habitat des populations, de préserver leur santé et de protéger les ressources

Les objectifs spécifiques de la politique nationale d'assainissement étaient les suivants :

- ✓ promouvoir l'assainissement à travers l'élaboration et la mise en œuvre cohérente et concertée des plans d'action des sous-secteurs;
- ✓ améliorer de façon significative les pratiques et comportements des populations en matière d'assainissement ;
- ✓ créer les conditions favorables pour le financement accru et durable du secteur de l'assainissement (PSNA, p. 22).

ANNEXES 2.7 : .Les politiques connexes

ANNEXES 2.7.1 : Politique nationale en matière d'hygiène publique

La Politique nationale en matière d'hygiène publique (PNHP) a été adoptée en 2004 avec les principaux objectifs suivants :

- assurer les conditions indispensables à la survie ;
- prévenir les maladies et les intoxications ;
- maintenir un climat favorable à la productivité des activités humaines ;
- garantir le confort et la joie de vivre.

Elle détermine le champ d'application de l'hygiène publique qui comprend l'hygiène du milieu naturel, dont relève les eaux usées et excréta. A propos de la collecte, l'évacuation, le traitement des eaux usées et des excréta, elle note de nombreuses insuffisances : « Pour l'heure, les problèmes d'assainissement des eaux usées et excréta et d'hygiène publique ne sont pas toujours notés comme des préoccupations de toutes les autorités communales et ne font donc pas l'objet de mobilisation de financement. Sans doute, l'absence de capacités humaines et de gestion de ces volets sont les raisons de la négligence constatée dans la lutte contre le péril fécal dans les villes du pays » (PNHP, p. 8)

ANNEXES 2.7.2 : . Politique Nationale Genre

La Politique Nationale Genre (PNG) a été adoptée en juillet 2009 pour apporter des solutions à long terme aux inégalités entre sexes et faire prendre en compte les préoccupations des groupes défavorisés dans le processus de développement national. Elle a pour objectif général de promouvoir un développement participatif et équitable des hommes et des femmes, en leur assurant un accès et un contrôle égal et équitable aux ressources et aux sphères de décision, **dans le respect de leurs droits**

fondamentaux. En tant qu'instrument capital d'animation des stratégies de croissance économique et de développement durable, la PNG se présente comme un cadre d'orientation, un document de référence pour le gouvernement et ses partenaires au développement. Elle constitue désormais un repère pour les interventions dans tous les domaines de la vie sociale, juridique et économique au Burkina. Pour ce faire, elle constitue le fondement de toute l'action du gouvernement en matière de lutte pour l'égalité des chances entre les hommes et les femmes dans le développement.

Dans le domaine de l'assainissement en particulier, le document de politique nationale genre souligne que les insuffisances en matière d'hygiène et d'assainissement sont également préjudiciables à des degrés divers à l'un et l'autre sexe. Par ailleurs, il constate que l'assainissement est un secteur très faiblement pris en compte par les politiques publiques entraînant des préjudices considérables selon le genre.

ANNEXES 2.7.3 :Politique Sanitaire Nationale

La politique sanitaire nationale (PSN) a été adoptée en 2000 par le Gouvernement d'antan. L'objectif général de la Politique Sanitaire Nationale était d'améliorer l'état de santé des populations.

Parmi les causes de la mauvaise situation sanitaire, la PNS évoque les facteurs environnementaux défavorables. Elle souligne ainsi que l'approvisionnement en eau potable est insuffisant et l'utilisation d'eau polluée reste très importante, surtout en zone rurale, ce qui explique la fréquence élevée des maladies diarrhéiques et des parasitoses. En matière d'hygiène et d'assainissement, le réseau d'évacuation des eaux pluviales est faible, ce qui provoque des inondations, l'insalubrité et la prolifération de vecteurs de maladies. L'utilisation des latrines reste très limitée en raison d'une part, de l'absence d'installations et d'autre part, de pratiques socioculturelles inadaptées. En matière de traitement des déchets solides et liquides, il n'existe aucun système efficace.

En ce qui concerne les stratégies mises en place pour atteindre les objectifs de la politique, l'assainissement n'y apparaît pas de manière satisfaisante. La PNS souligne simplement que dans le cadre du renforcement des activités de soutien et de promotion de la santé, il faudra promouvoir l'hygiène et l'assainissement (PNS, p.21).

ANNEXES 2.7.4 : plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030

dans l'analyse des déterminants de l'état de santé de la population, après avoir fait état des acquis engrangés en matière d'approvisionnement en eau potable et assainissement, il souligne cependant que les acquis sont entravés par plusieurs contraintes, à savoir:

- ✓ l'insuffisance dans la gestion de l'approvisionnement en eau potable ;

- ✓ le faible accès des ménages à l'assainissement domestique ;
- ✓ la faible prise en charge des besoins spécifiques de la femme et de la jeune fille à savoir l'hygiène menstruelle ;
- ✓ la faible prise en compte de toute la chaîne de valeur dans la gestion des déchets solides, des eaux usées et excréta ;
- ✓ l'insuffisance de financement et la faiblesse de coordination des acteurs intervenant dans le secteur de l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans les centres de santé.

Concernant le taux d'accès à l' assainissement amélioré, il indique que seulement 7% de la population a accès à une toilette améliorée en milieu rural et 50% en milieu urbain, pour une moyenne nationale de 30%. Quant à la défécation à l'air libre elle est pratiquée par 55% de la population soit 9% en milieu urbain contre 75% en milieu rural.

Par ailleurs les insuffisances en matière d'habitat et d'assainissement du cadre de vie prédisposent à des maladies infectieuses. En 2014, plus 70% des ménages habitaient dans les zones non loties (39,5% en milieu urbain et 92% en milieu rural) avec un accès très limité à l'assainissement, à l'eau potable et à l'énergie. En 2016, la proportion de villages et quartiers certifiés « Fins de défécation à l'air libre (FDAL) était de 1,9%.

En ce qui concerne les stratégies mises en place pour atteindre les objectifs du plan, l'eau, l'assainissement et de l'accès à un cadre de vie décent y apparait clairement dans l'orientations stratégique n°4 (OS4) :« adoption par la population d'un mode de vie et des comportements favorables à la santé »

au niveau des axes d'interventions

- ✓ OS 4.1. Accroissement de l'utilisation des services préventifs et promotionnels et
- ✓ OS 4.3 : Renforcement de la disponibilité des services de promotion de l'alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant
- ✓ OS 4.4. Développement de l'approche « Communes modèles »

plus spécifiquement PNDS préconisent les actions prioritaires suivantes pour améliorer l'état de santé des population :

- ✓ Accroître l'utilisation de l'eau potable, des pratiques d'assainissement, du recours aux services énergétiques de qualité et de l'accès à un cadre de vie décent

- ✓ Intensifier les interventions dans le domaine de l'eau, hygiène et assainissement sensibles à la nutrition
- ✓ Promouvoir la consommation d'eau potable et les pratiques d'hygiène et d'assainissement en milieu communautaire

ANNEXES 2.7.5 : Politique Nationale de Protection Sociale (2013-2022)

Adopté en 2012, elle a pour objectif global de contribuer au changement qualitatif des conditions de vie de toutes les couches sociales par le développement de mécanismes adéquats pérennes de prévention et de couverture des risques majeurs et de gestion des chocs et l'extension de l'assurance sociale à toutes les catégories de travailleurs et l'élargissement de la gamme des prestations à tous les risques sociaux.

Cela s'est traduit par l'adoption de lois et la signature de conventions et protocoles aussi bien nationaux qu'internationaux concernant les groupes à risques et les personnes vulnérables. La mise en œuvre d'une stratégie cohérente en matière de protection sociale permet de satisfaire les besoins essentiels des populations, en garantissant leur accès universel aux services sociaux de base.

Elle permet de mieux gérer les risques socioéconomiques qui entraînent une diminution ou une perte des revenus ou de l'outil de travail et de faire face ainsi, aux chocs et crises économiques L'objectif global poursuivi par la PNPS est de contribuer au changement qualitatif des conditions de vie de toutes les couches sociales par le développement de mécanismes adéquats pérennes de prévention et de couverture des risques majeurs et de gestion des chocs et l'extension de l'assurance sociale à toutes les catégories de travailleurs et l'élargissement de la gamme des prestations à tous les risques sociaux. De façon spécifique, la PNPS ambitionne :

- d'améliorer les mécanismes de transferts sociaux pour les plus pauvres et les plus vulnérables;
- d'améliorer l'accès des populations pauvres et des groupes vulnérables aux services sociaux de base;
- de promouvoir et garantir une sécurité de l'emploi et l'accès à un revenu minimal aux populations;
- d'améliorer et étendre la couverture sociale aux travailleurs des secteurs informel et formel
- d'améliorer la gouvernance ;
- de renforcer les capacités de tous les acteurs

ANNEXES 2.7.6: La Politique Nationale de l'Habitat et du Développement Urbain (PNH DU) à l'horizon 2018

adoptée en juillet 2008, elle avait pour objectif général, de créer les conditions pour l'amélioration du cadre de vie des populations en renforçant la contribution des villes à la lutte contre la pauvreté;

ANNEXES 2.7.7: Le Programme National du Secteur Rural (PNSR) à l'horizon 2015

adopté en 2012, il a pour objectif de contribuer de manière durable à la sécurité alimentaire et nutritionnelle, à une croissance économique forte et à la réduction de la pauvreté ;

❖ ANNEXES 2.8. : Cadre législatif et réglementaire de l'assainissement

ANNEXES 2.8.1 : Textes législatifs et réglementaires en matière de gouvernance

ANNEXES 2.8.1.1: : Code général des collectivités territoriales

La Loi n°016-2015/CNT portant modification de la Loi n° 055-2004/AN du 21 Décembre 2004 portant code general des collectivités au Burkina Faso comporte d'importantes dispositions relatives à l'eau et d'assainissement. Elle reconnaît aux collectivités territoriales, des attributions en matière de santé et d'hygiène ainsi que d'eau et d'assainissement.

En ce qui concerne les régions, elles sont compétentes en matière d'hygiène pour la réglementation et prise de mesures relatives à l'hygiène, à la salubrité et à la prévention des maladies. En ce qui concerne les communes, elles sont compétentes d'une part, pour la prise de mesures d'hygiène et de salubrité dans leur ressort territorial et d'autre part, pour le contrôle de l'application des règlements sanitaires (CGCT, art. 93).

C'est pour opérationnaliser ces compétences des communes en matière d'eau et d'assainissement que le gouvernement avait adopté en 2009 le décret n°2009-107/PRES/PM/MATDS/MAHRH/MEF/MFPRE du 03 mars 2009 portant transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux communes, dans le domaine de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement. Les compétences transférées aux communes dans le domaine de l'assainissement, au titre dudit décret sont les suivantes :

- les avis sur le schéma directeur d'approvisionnement en eau et assainissement;
- l'élaboration et la mise en œuvre des plans locaux de mobilisation, de traitement et de distribution dans le domaine de l'approvisionnement en eau potable ainsi que les plans locaux d'assainissement;
- l'assainissement des eaux usées et excréta.

Le transfert des compétences doit s'accompagner du transfert du patrimoine et des ressources financières et humaines. S'agissant du transfert de patrimoine, l'Etat central doit notamment transférer aux communes, dans le domaine de l'assainissement.

L'Etat doit mettre des ressources financières nécessaires à l'exercice des compétences dévolues aux communes dans le domaine de l'assainissement. Ce transfert s'opère sous forme de subventions et de dotations. Les communes peuvent bénéficier en outre, de concours financiers provenant d'autres partenaires et acceptés par l'Etat.

Quant au transfert par l'Etat des ressources humaines nécessaires à l'exercice des compétences dévolues aux communes dans le domaine de l'assainissement, il s'opère sous forme de mise à disposition du personnel de l'Etat.

L'Etat continuera à définir les orientations politiques nationales en matière d'assainissement des eaux usées et excréta, à élaborer la réglementation y afférente, à fixer les normes d'équipement, de desserte, à assurer la supervision et le contrôle des activités en matière de réalisation des infrastructures

ANNEXES 2.8.2: Textes législatifs et réglementaires relatifs au développement durable et à la protection de l'environnement

ANNEXES 2.8.2.1: Loi d'orientation sur le développement durable

La loi n° 008-2014/AN portant loi d'orientation sur le développement durable au Burkina Faso vise à créer un cadre national unifié de référence pour assurer la cohérence des interventions des acteurs à travers des réformes juridiques, politiques et institutionnelles appropriées, en garantissant l'efficacité économique, la viabilité environnementale et l'équité sociale dans toutes les actions de développement. Cette loi entretient des liens généraux avec l'assainissement, à travers le pilier environnemental qui concerne le cadre de vie.

ANNEXES 2.8.2.2 : Code de l'environnement

La loi n° 06-2013/AN du 02 avril 2013 portant Code de l'environnement au Burkina-Faso détermine les principes fondamentaux applicables à l'environnement et aux ressources naturelles dont les ressources en eau. Elle contient plusieurs dispositions relatives à l'assainissement du milieu naturel (art.47-94).

S'agissant particulièrement de l'assainissement lié à l'eau, elle dispose qu'en vue de la gestion des eaux de pluie, des eaux usées et des excréta issues des habitations ou des établissements classés, il est institué dans chaque commune, un système d'assainissement collectif et un système d'assainissement non collectif. En situation d'assainissement collectif, le raccordement des immeubles, des habitations et des établissements classés au réseau d'assainissement collectif est obligatoire dans un délai de deux

Assainissement dans les établissements de santé de la région du centre est : état des lieux dans les CMA, CMU et le CHR et perspectives
ans suivant la mise en service du réseau. Passé ce délai, l'établissement communal pour l'assainissement des eaux met tout contrevenant en demeure d'opérer ledit raccordement. Lorsque la mise en demeure est restée vaine, l'établissement réalise les travaux de raccordement aux frais du contrevenant. En situation d'assainissement non collectif, le système d'assainissement mis en place doit être conforme à la réglementation en vigueur sous peine de sanctions administratives ou contraventionnelles (art. 80). Toute opération de lotissement doit intégrer la réalisation préalable d'ouvrages d'assainissement appropriés (art. 82). Le Gouvernement encourage les communes à créer une structure de gestion et de valorisation des eaux de pluie, des eaux usées et excréta (art. 81).

ANNEXES 2.9: Textes législatifs et réglementaires connexes

ANNEXES 2.9.1.: Code de l'hygiène publique

La loi n° 022-2005/AN du 24 mai 2005 portant Code de l'hygiène publique au Burkina Faso a pour objectif principal de préserver et de promouvoir la santé publique. S'agissant particulièrement de l'assainissement des eaux usées et excréta, l'article 28 rend obligatoire, les normes d'hygiène et d'assainissement en vigueur au niveau des habitations. A cet effet, tout propriétaire d'habitation doit pourvoir son habitation de système d'évacuation et de traitement des eaux usées ménagères et des excréta conformément à la réglementation en vigueur en matière d'autorisation de construire. Ces systèmes doivent être fonctionnels et hygiéniquement entretenus.

ANNEXES 2.9.1.2 : Code de la santé publique

La Loi n° 23/94/ADP portant Code de la Santé publique définit les droits et les devoirs inhérents à la protection et à la promotion de la santé de la population afin de donner à l'individu et à la collectivité, un niveau de santé qui lui permette de mener une vie socialement acceptable et économiquement productive.

En matière d'assainissement, le Code de santé publique dispose que toutes les agglomérations doivent être pourvues de réseaux d'égouts, toute construction nouvelle dans une rue où existera l'égout devra être disposée de manière à y conduire directement et souterrainement, les eaux pluviales, ménagères et industrielles ainsi que les matières de vidange (art. 52). Cependant, en attendant l'installation d'un système d'assainissement collectif dans les villes, celles-ci peuvent se doter de systèmes d'assainissement autonomes. Cet assainissement individuel concerne toutes constructions anciennes ou nouvelles à usage d'habitation, de bureaux ou de comptoirs de commerce.

L'assainissement individuel doit avoir lieu selon les dispositions ci-après :

- ✓ le traitement commun et l'évacuation des eaux vannes et des eaux ménagères doivent être

réalisés par une fosse septique ;

- ✓ le traitement et l'évacuation séparée des eaux vannes doivent être réalisés dans les périmètres urbains au moyen de latrines à fosses alternées et ventilées ; et hors des périmètres urbains au moyen de latrines à fosse unique et ventilée ;
- ✓ le traitement et l'évacuation séparée des eaux ménagères doivent être réalisés au moyen d'un puits d'infiltration (art.53).

ANNEXES 2.9.1.3: La loi n° 012-2010/AN du 1er avril 2010, portant protection et promotion des droits des personnes handicapées

Cette loi a pour objet de protéger, promouvoir et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales aux personnes handicapées et de garantir le respect de leur dignité intrinsèque. La loi précise les domaines dans lesquelles les personnes handicapées peuvent bénéficier d'avantages, ainsi que les conditions pour accéder à ces avantages. Ces sont les domaines de la santé, de l'éducation, de la formation professionnelle, de l'emploi, de la communication, de l'intégration sociale, des transports, de l'habitat et du cadre de vie, des sports et des loisirs, de la culture et des arts, de la promotion et de la protection de l'action sociale.

Selon l'article 21 de la loi, « toute construction d'infrastructure publique ou privée devant recevoir du public doit prévoir l'accessibilité des personnes handicapées. Pour les édifices, une rampe d'accès munie de main courante et dont la pente n'excède pas 5% est imposée ». Pour les ouvrages d'assainissement publics ou privés, il y a donc lieu de prévoir ces dispositions afin de faciliter leur utilisation par les personnes en situation de handicap.

ANNEXE 3 : Approche Fondée sur les Droits Humains

❖ ANNEXE 3.1: Les droits humains à l'eau et l'assainissement et le PNDES

Le volet « eau et assainissement » du PNDES (PNDES-EA) est mis en œuvre dans l'objectif de booster les taux d'accès de tous à l'eau potable et à l'assainissement, au regard du faible niveau des indicateurs et des défis liés à la satisfaction des besoins des populations en eau potable et assainissement selon l'Approche Fondée sur les Droits Humains (AFDH) et l'approche service.

- Les engagements présidentiels :

Zéro corvée d'eau sur tout le territoire burkinabé

50% d'accès à l'AEUE en milieu rural

80% d'accès à l'AEUE en milieu urbain

En attendant de rendre justiciable les droits à l'eau et à l'assainissement, il faut relever que la consécration de ces droits par le Burkina Faso dans sa législation, oblige les acteurs étatiques à maximiser leurs efforts pour rendre opérationnels ces droits de manière équitable et durable.

• Cela implique la redevabilité de ces acteurs à l'endroit de la population d'où le droit reconnu à ces populations d'interpeller, de revendiquer... ;

❖ **ANNEXE 3.2: La reconnaissance des droits humains à l'eau et l'assainissement au Burkina Faso et sa constitutionnalisation**

En novembre 2015, le droit d'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement a été inscrit dans la loi fondamentale du Burkina Faso à la faveur de l'adoption de la loi portant révision de la constitution. Le nouvel article 18 de la constitution qui est consacré à la matière dispose en effet que : « *L'éducation, l'eau potable et l'assainissement, l'instruction, la formation, la sécurité sociale, le logement, l'énergie, le sport, les loisirs, la santé, la protection de la maternité et de l'enfance, l'assistance aux personnes âgées, aux personnes vivant avec un handicap et aux cas sociaux, la création artistique et scientifique, constituent des droits sociaux et culturels reconnus par la présente Constitution qui vise à les promouvoir* ».

❖ **ANNEXE 3.3: Cadre de référence EA au Burkina Faso**

Avec l'élaboration de la Politique sectorielle « Environnement, Eau et Assainissement », il a été proposé que la politique nationale de l'eau devienne la Stratégie Nationale de l'Eau et se décline en cinq programmes nationaux que sont

1. le Programme Gouvernance du secteur Eau et assainissement à l'horizon 2030 (PGEA);
2. le Programme National d'Approvisionnement en Eau potable à l'horizon 2030 (PNAEP);
3. le Programme National d'Assainissement des Eaux Usées et Excreta à l'horizon 2030 (PN-AEUE) ;
4. le Programme National des Aménagements Hydrauliques à l'horizon 2030 (PN-AH);
5. le Programme National de Gestion Intégrée des Ressources en Eau à l'horizon 2030 (PN-GIRE).

❖ **ANNEXE 3.4: Les normes des droits humains à l'eau et à l'assainissement au Burkina Faso**

Quatre niveaux de services d'assainissement sont retenus à partir de la combinaison des déterminants de l'accès au service :

Niveau 1 : (i) Accès à un système de stockage non homologué des excréta à des fins d'arrêt de la

défécation à l'air libre ;

Niveau 2 : (i) Accès à un système de stockage homologué des excréta, (ii) Accès à un système de stockage non homologué des eaux usées, (iii) Accès à un système de déstockage non homologué.

Niveau 3 : (i) Accès à un système de stockage homologué des excréta, (ii) Accès à un système de stockage homologué des eaux usées, (iii) Accès à un système de déstockage non homologué.

Niveau 4 : (i) Accès à un système de stockage homologué des excréta, (ii) Accès à un système de stockage homologué des eaux usées, (iii) Accès à un système de déstockage homologué des excréta.

ANNEXE4 : GDBM

ANNEXE 4.1 : Tableau 14 : synthèse de la situation de la gestion des déchets biomédicaux par orientation stratégique

Orientations stratégiques	Niveau ou dimension dans la gestion des déchets biomédicaux	Défaillances
OS 1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé	<i>Gouvernance interne dans les établissements de santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Faible engagement institutionnel de la direction et des instances de contrôle interne - Absence de plan de gestion institutionnel - Absence d'outils d'aide à la gestion
	<i>Coordination interne</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Faible adhésion/implication des responsables de tous les secteurs d'activité (médicaux, paramédicaux et non soignants) et plus largement de l'ensemble des professionnels - Des responsabilités non clairement établies en ce qui concerne la gestion des DBM - Faible coordination de tous les acteurs concernés
	<i>Organisation des services</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation mise en place est favorable à des manquements, qui peuvent produire des chaînes de défaillances occasionnant d'accidents (ex : défaut d'information, défaut de planification, défaut de maintenance ...)
	<i>Collaboration avec les conseils régionaux</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Des relations d'appui avec les établissements de santé méconnues dans la GDBM - Pas de prise de textes règlementaires régionaux

		<p>dans la GDBM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appui non connu dans la GDBM
	<i>Collaboration avec les conseils municipaux</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Des rapports de collaboration dans la GDBM insuffisant - Absence de prise de textes règlementaires de portée régionale encadrant le transport et de traitement des DBM - Non application des normes du stockage, transport, destruction des DBM - absence de liste des transporteurs agréés des DBM au niveau régional, - absence de contrôle, - absence de cadre formel de concertation - Appui ponctuel dans la GDBM - absence de procédures de sanctions et de réparation en cas de défaillance dans la GDBM
	<i>Collaboration avec les services de l'ONEA</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports marginaux (non formels, à la demande, aux cas par cas)
	<i>Collaboration avec les services du secteur de l'environnement</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports marginaux (non formels, à la demande, aux cas par cas)
	<i>Collaboration avec le secteur de l'eau et de l'agriculture</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports marginaux (méconnue, non formels, à la demande, aux cas par cas, rares)
	<i>Collaboration avec les associations et société civile</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Contrats formels ou non - Peu d'action citoyenne de dénonciation et de contrôle
	<i>Collaboration avec les ONG</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Inadéquation des appuis financier et technique sur la base de projet ponctuel (achat d'équipement, construction de local etc..) non parfois intégré et non nécessairement adapté
	<i>Cadre règlementaire</i>	<p>Peu de connaissance ou de prise en compte, non suivi des cadres réglementaires:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • loi portant code de la sante publique et des textes d'application • loi portant code de l'hygiène publique au Burkina Faso et son décret N°2008-009/PRES/PM/MS/MECV du 10 janvier 2008 Portant organisation de la gestion des déchets biomédicaux et assimilés et des textes d'application • code de l'environnement et des textes d'application
OS 2 : Amélioration des prestations de services de santé	<i>Production et conditionnement</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de tri - Non étiquetage - Rupture d'emballage appropriés de DBMRI - Usage d'emballage non appropriés - Mauvaises pratiques (ex : absence de gants, collecteur piquant tranchant éloigné...) - Non pesage
	<i>Entreposage et stockage</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'installations de traitement adéquates - Manque de poubelles appropriées - Absence de suivi, - Stockage non conforme - Rupture d'emballage de DBMRI - Non fermeture des emballages de DBMRI - Non étiquetage - Non-respect des délais de stockage, entreposage
	<i>Ramassage et transport</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Transport inadapté des DBM - Personnel de transport non-formé, non-qualifié
	<i>Destruction (traitement et élimination)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Dépôt sauvage de DBM et de leurs imbrulés
OS 3 : Développement des ressources humaines en santé	<i>Ressources humaines pour la gestion des déchets tout au long de la filière</i>	Inexistence d'une politique de formation et de sensibilisation permanent des personnels sur la GDBM
OS 4 : Promotion de la	<i>Promotion et lutte contre les</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Absence Identification des risques liés au DBM

santé et lutte contre la maladie	<i>risques liés aux déchets biomédicaux</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un programme de gestion des risques - Protocole et procédure de gestion et prise en charge des cas d'exposition (personnel) peu ou pas clairement défini ou connu - Registre d'exposition non tenu
OS 5 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé	<i>Infrastructures, équipements et produits pour la gestion des déchets biomédicaux</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Infrastructures (locaux, incinérateurs) et équipements (emballage, moyens de pesage, de broyage etc...) Insuffisants ou inexistant, inadaptés, en panne, sans maintenance, - Produits (désinfection, protection) peu disponibles, ruptures fréquentes
OS 6 : Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire	<i>Information sur la gestion des déchets biomédicaux</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Système de communication permettant notamment la remontée d'information et la centralisation des informations non mis en place - Inexistence d'un système de collecte, analyse et gestion des données de la GDBM - Non prise en compte dans les indicateurs du système d'information sanitaire des établissements - Inexistence de rapport annuel de la GDBM
OS 7 : Promotion de la recherche en santé	<i>La recherche en matière de déchets biomédicaux</i>	Absence de recherche spécifique connue, d'audit d'analyse des risques sur les DBM (mémoires, thèses, ...) dans la région du centre-est
OS 8 : Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé	<i>Financement de la gestion des déchets d'activité de soins</i>	Absence de ligne budgétaire dédiée à la GDBM

❖ ANNEXE 4.2: Analyse des problèmes identifiés

L'analyse des problèmes identifiés de la gestion des déchets biomédicaux a été faite à l'aide d'une grille d'analyse identifiant pour chaque dimension et composante de la gestion:

Les problèmes, les causes possibles, la gravité, la fréquence, la détectabilité, l'action pour résoudre le dysfonctionnement

Les échelles suivantes ont été utilisées pour la cotation

ANNEXE 4.2 : Tableau 15 : Echelles de cotation pour caractériser les problèmes

Cotation	Gravité	Fréquence	Détectabilité
1	Mineure	Rare, très improbable, <1 fois/an	Facilement observable
2	Significative	Faible, <1 fois/an	Facile à identifier
3	Grave=conséquence importante	Fréquent, ≤1 fois/semaine	Détection difficile
4	Très grave= conséquence critique	Très fréquent, ≥1 fois/semaine	Echantillonnage nécessaire pour détecter
5	Irréversible= catastrophique	Quotidien	Non détectable

Le niveau de criticité de la défaillance est obtenu par la formule : Criticité= G*F*D

ANNEXE 4. : Tableau 16 : Le niveau de criticité de la défaillance

CRITICITE = G*F*D
<18 = Acceptable
19-41 = acceptable à surveiller
>41 = inacceptable = action de correction prioritaire

ANNEXE 4.1.2 : Cadre logique d'intervention de la GDBM

ANNEXE 4.1.2.1 : Tableau 17 : Cadre logique de la GDBM

Résultats	Indicateurs	Conditions de succès	Risques
Impact : Contribuer à l'amélioration du bien-être de la population (en contribuant à la réduction des morbidités et de la mortalité dues aux DBM)	Pourcentage d'infections associées aux soins		
	Pourcentage du personnel à toutes les étapes de la chaîne de la gestion des DBM exposé aux risques infectieux correctement pris en charge		
E1- Le leadership et la bonne gouvernance en matière de gestion des DBM sont effectifs au niveau régional, communal et au niveau de chaque établissement de santé	Pourcentage d'établissement de santé ayant une performance globale acceptable en matière de gestion des DBM (niveau de criticité de la défaillance <18)	Implication et leadership réels des premiers responsables des structures (des conseils régionaux ; conseils municipaux, DRS, MCD)	Non financement des activités Absence de contrôle et de coercition de la non-application de la réglementation
	Pourcentage de communes ayant une performance globale acceptable en matière de gestion des DBM		
	Pourcentage d'établissement de santé ayant un niveau de criticité globale acceptable en matière de gestion des DBM (<18)		
E2- Les patients, le personnel de soins et la population ont accès à un environnement hospitalier sain et sécurisé	Pourcentage d'établissement de santé ayant un niveau de risque environnemental lié à la gestion des DBM acceptable	Existence de ressources humaines compétentes à tous les niveaux	
E3- Les populations ont accès à des environnements sains et non pollués par des DBM (diminution du risque environnemental dû aux DBM)	Pourcentage de communes ayant un niveau de risque environnemental lié à la gestion des DBM acceptable		
	Les décideurs et acteurs au plan local et régional disposent d'informations de qualité pour orienter la gestion des		

	DBM		
E4- L'utilisation de l'information sur les DBM contribue à la qualité et à la sécurité des activités de soins	Pourcentage de structures de soins qui disposent d'un pan opérationnel de gestion des DBM		
P1- Le management de la gestion des DBM est efficace à la direction et dans les unités de soins	Pourcentage de structures de soins qui disposent d'un dispositif organisationnel de gestion des DBM fonctionnel		
	Pourcentage des établissements de santé qui tiennent un cadre de concertation annuel sur la gestion des DBM avec tous les acteurs clés		
P2- Un cadre de concertation intersectorielle est fonctionnel	Pourcentage des communes qui tiennent un cadre de concertation annuel sur la gestion des DBM avec tous les acteurs clés		
	Pourcentage d'établissement de santé qui ont élaboré et appliqué une réglementation appropriée et obligatoire sur la production, le transport et l'élimination des DBM à portée régionale		
P3- Le cadre réglementaire obligatoire est défini et appliqué au plan local et régional	Pourcentage d'établissements de santé qui ont élaboré et appliqué une réglementation appropriée et obligatoire sur la production, le transport et l'élimination des DBM à portée communale		
	Pourcentage de structures de soins qui assurent le tri dès le site de production selon les normes		

<p>P4-Les bonnes pratiques sont mises en œuvre à toutes les étapes de la chaîne de la gestion des DBM (production-entreposage-stockage-collecte-transport-traitement-éliminatin)</p>	<p>Pourcentage de structures de soins qui assurent le conditionnement, l'entreposage et le stockage des DBM selon les normes</p>		
	<p>Pourcentage de structures de soins qui assurent un ramassage et un transport des DBM selon les normes</p>		
	<p>Pourcentage de structures de soins qui assurent un traitement et une élimination des DBM en fonction de leurs caractéristiques selon les normes</p>		
	<p>Pourcentage de structures disposant d'infrastructures et d'équipements aux normes pour la gestion des DBM</p>		
<p>P5- Les des ressources financières sont mobilisées et investies la gestion des DBM</p>	<p>Pourcentage de structures de soins qui assurent une analyse des risques et une gestion des risques liés aux DBM</p>		
<p>P6-Un dispositif d'analyse, de suivi et d'évaluation de la gestion des DBM est fonctionnel</p>			

**❖ ANNEXE 5: CADRE LOGIQUE DES INTERVENTIONS EN
FAVEUR DE LA GESTION DE EUE**

ANNEXE 5. 1 : Tableau 18 : Cadre logique des interventions en faveur de la gestion des EUE

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources/moyens de vérification	Hypothèses
Objectif Général	Assurer un assainissement durable des eaux usées et excréta	Indicateur 1 : Taux de prévalence des maladies diarrhéiques Indicateur 2 : Proportion d'ouvrages d'assainissement familial réalisées entièrement sans subvention publique	I1 : Statistiques du Ministère de la Santé I2 : Rapports bilans annuels des plans d'action ou enquêtes périodiques	Les actions menées dans le cadre du programme amèneront les populations à adopter les bonnes pratiques propices à leur santé et à prendre charge le financement de leurs installations privées
Orientation stratégiques (OS) 1	OS 1 : Eradiquer la défécation à l'air libre (DAL) dans un contexte de changement de comportement et d'adoption	Proportion d'établissements de santé qui demeurent FDAL après leur certification	Rapport d'enquête à la fin de chaque phase	Les communautés adhèrent aux messages de sensibilisation

	pérenne de pratiques adéquates d'hygiène et d'assainissement			
Produits	P11 La défécation à l'air libre est éradiquée et les populations adoptent durablement les pratiques adéquates d'hygiène et d'assainissement	I1 : Proportion de d'établissements de santé certifiés FDAL I2 : Proportion des patients/accompagnants/ personnel ayant adopté de pratiques adéquates d'hygiène et d'assainissement	I1 : Rapports bilan annuels des plans d'action I2 : Rapport d'enquête à la fin de chaque phase	Les communautés adhèrent aux messages de sensibilisation
Actions	A11. Eradication de la défécation à l'air libre et promotion des pratiques adéquates d'hygiène et d'assainissement dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est	I1 : Proportion de d'établissements de santé certifiés FDAL I2 : Proportion des patients/accompagnants/ personnel ayant adopté de pratiques adéquates d'hygiène et d'assainissement	I1 : Rapports bilan annuels des plans d'action I2 : Rapport d'enquête à la fin de chaque phase	Les communautés adhèrent aux messages de sensibilisation

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources/moyens de vérification	Hypothèses
Orientation stratégiques(OS) 2	OS 2 : Réalisation de l'accès universel et continu aux services d'assainissement dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est	<p>I1 : Proportion d'établissements de santé parmi ceux bénéficiant de subventions publiques communale pour l'assainissement</p> <p>I2 : Proportion de toilettes dans les établissements de santé qui tiennent compte des besoins spécifiques des femmes et des personnes à mobilité réduite</p> <p>I3 : Proportion des ouvrages bien entretenus dans les établissements de santé</p>	<p>I1 : Rapports bilan annuels des plans d'action</p> <p>I2 : Rapport d'enquête à la fin de chaque phase</p>	Il sera possible de disposer de statistiques, à un coût raisonnable, sur les établissements de santé de chaque district sanitaire de la région
produits	P21 : Un accès universel et continu aux services d'assainissement est réalisé.	<p>I1 : Taux d'accès à l'assainissement familial</p> <p>I2 : Taux d'équipement en ouvrages</p>	I1 : Rapports bilan annuels des plans d'action	

		<p>d'assainissement des institutions et lieux publics</p> <p>I3 : Taux de fonctionnalité des ouvrages</p> <p>d'assainissement dans les institutions et lieux publics</p>		
Actions	<p>A21 : Réalisation de l'accès universel et continu aux services d'assainissement dans les établissements de santé</p>	<p>I1 : Taux d'accès à l'assainissement les établissements de santé</p> <p>I2 : Taux d'équipement en ouvrages d'assainissement tenant compte du genre</p> <p>I3 : Taux de fonctionnalité des ouvrages d'assainissement</p>	I1 : Rapports bilan annuels des plans d'action	

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources/moyens de vérification	Hypothèses
Objectif Général	Assurer un assainissement durable des eaux usées et excréta	Indicateur 1 : Taux de prévalence des maladies diarrhéiques Indicateur 2 : Proportion d'ouvrages d'assainissement familial réalisées entièrement sans subvention publique	I1 : Statistiques du Ministère de la Santé I2 : Rapports annuels du PN- AEUE ou enquêtes périodiques	Les actions menées dans le cadre du plan amèneront les populations à adopter les bonnes pratiques propices à leur santé et à prendre charge le financement de leurs installations privées
Orientations stratégiques (OS) 1	OS 1 : Eradiquer la défécation à l'air libre (DAL) dans un contexte de changement de comportement et d'adoption pérenne de pratiques adéquates d'hygiène et d'assainissement	Proportion d'établissements de santé qui demeurent FDAL après leur certification	Rapport d'enquête à la fin de chaque phase	Les communautés adhèrent aux messages de sensibilisation

produits	P11 La défécation à l'air libre est éradiquée et les populations adoptent durablement les pratiques adéquates d'hygiène et d'assainissement	I1 : Proportion de d'établissements de santé certifiés FDAL I2 : Proportion des patients/accompagnants / personnel ayant adopté de pratiques adéquates d'hygiène et d'assainissement	I1 : Rapports bilan annuels des plans d'action I2 : Rapport d'enquête à la fin de chaque phase	Les communautés adhèrent aux messages de sensibilisation
Actions	A11. Eradication de la défécation à l'air libre et promotion des pratiques adéquates d'hygiène et d'assainissement dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est	I1 : Proportion de d'établissements de santé certifiés FDAL I2 : Proportion des patients/accompagnants / personnel ayant adopté de pratiques adéquates d'hygiène et d'assainissement	I1 : Rapports bilan annuels des plans d'action I2 : Rapport d'enquête à la fin de chaque phase	Les communautés adhèrent aux messages de sensibilisation

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources/moyens de vérification
Orientation stratégiques (OS) 3	OS 3 : Optimiser la gestion et la valorisation des eaux usées et boues de vidange dans une perspective de protection environnementale et sociale	I.1 Nombre d'emplois directs générés par la chaîne de valeur de l'assainissement I.2 Niveau d'utilisation des ouvrages de traitement par rapport à leur capacité nominale	Enquêtes en fin de traitement Rapports de suivi de traitement
Produits	R31 Les eaux usées et les boues de vidange sont gérées dans une perspective de protection environnementale et sociale	I1 : Proportion des établissements de santé disposant des ouvrages annexes (fosses septiques, puisards, lavoir-puisard,) respectant la norme	Rapports bilan plans d'action
Actions	A311 Optimisation de la gestion et de la valorisation des eaux usées et boues de vidange dans une perspective de protection environnementale et sociale	Niveau d'application de la stratégie de gestion des boues de vidange et des eaux usées élaborée à la DRS et dans les DS	Rapports bilan d'action
	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources/moyens de vérification
Objectif Spécifique 4	OS 3 : Développer la recherche dans le domaine de l'assainissement des eaux usées et excréta en soutien à l'amélioration de l'offre technologique et des pratiques	Proportion de projets/programmes sectoriels qui valorisent les innovations issues de la recherche	Rapport d'activités et programmes
Résultats	R41 : La recherche dans le domaine de l'assainissement des eaux usées et excréta est développée.	Nombre d'innovations proposées par la recherche	Rapports d'activités de recherche
Actions	A411 : Développement de la recherche dans le domaine l'assainissement des eaux usées et excréta.	Taux de réalisation des projets de recherche engagés	Rapports d'activités de recherche

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources/moyens de vérification	Hypothèses
Orientation stratégiques (OS) 5	OS5 : Renforcer les capacités de financement, de gestion et de pilotage du sous-secteur	I1 : Taux d'exécution financière du budget I2 : Proportion du budget public du plan d'action élaboré par les établissements de santé	Rapports bilans annuels des plans d'action	Volonté politique de réforme du sous-secteur sera maintenue
	R51 : Les capacités de financement, de gestion et pilotage du sous-secteur sont renforcées	I1 : Taux de mobilisation des financements de l'assainissement I2 : Taux d'exécution financière des budgets dédié à AEUE exécuté	Rapports bilans annuels des plans d'action	
Produits	A511 : Renforcement des capacités de financement, de gestion et de pilotage du sous-secteur	I1 : Taux de mise en œuvre du plan de renforcement des capacités I2 : Taux de renseignement de la matrice de suivi-évaluation	Rapports bilans annuels des plans d'action	

RESPONSABILITÉS ES ACTEURS

Tableau 19 : responsabilité des acteurs de la gestion des EUE

Actions	Produits	Structures responsables	Structures partenaires
Actions	Produits		
Eradication de la défécation à l'air libre et promotion des pratiques adéquates d'hygiène et d'assainissement dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est	<p>La défécation à l'air libre est abandonnée dans l'ensemble des les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est</p> <p>Les communautés ont adopté de bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est</p>	DPSP/ SSE, DRS CES DS	Collectivités territoriales (Intercommunalité, conseil régional,) DREA, ONEA, Société civile, PTF(UNICEF, OMS, ENABEL, PLAN INTEL)
Réalisation de l'accès universel et continu aux services d'assainissement dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est	<p>Le développement du service de l'assainissement dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est est assuré conformément à l'AFDH et aux normes en vigueur</p> <p>La gestion durable des infrastructures d'assainissement est assurée dans les établissements de santé (CMA/CMU et CHR) du centre-est</p>	DPSP/ SSE, DRS CES DS	Collectivités territoriales (Intercommunalité, conseil régional,) MEA, MESRI, FONRID, DREA, ONEA, Société civile, PTF ((UNICEF, OMS, ENABEL, PLAN INTEL)
Optimisation de la gestion et de la valorisation des eaux usées et boues de vidange dans une perspective de protection environnementale et sociale	<p>La chaîne de valeur de l'assainissement est structurée et développée</p> <p>Le cadre environnemental et socio-sanitaire est protégé du péril fécal</p>	MS, DPSP/ SSE, DRS CES DS	Collectivités territoriales (Intercommunalité, conseil régional,) MEA, MESRI, FONRID, DREA, ONEA, Société

			civile, PTF ((UNICEF, OMS, ENABEL, PLAN INTEL)
Développement de la recherche dans le domaine de l'assainissement des eaux usées et excréta.	La recherche orientée et appliquée à l'assainissement est promue à travers des thématiques pertinentes	MS, DPSP/ SSE, DRS CES DS	Collectivités territoriales (intercommunalité, conseil régional, MEA, MESRI, FONRID, DREA, ONEA, Société civile, PTF(UNICEF, OMS, ENABEL, PLAN INTEL), Ministère De l'Administration, Territoriale, ONG/ Associations, Institut de recherche, UO-JKZ,
	Les produits de la recherche améliorent les technologies d'assainissement et de gestion des eaux usées et excréta des institutions et lieux publics de la région du centre-est		
	Les produits de la recherche améliorent les approches, les pratiques et les comportements en matière d'hygiène et d'assainissement dans les institutions et lieux publics de la région du centre-est		
Renforcement des capacités de financement, de gestion et de pilotage	Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des plans d'action sont progressivement mobilisées	MS, DPSP/ SSE, DRS CES DS	MEA, MESRI, FONRID, DREA, ONEA, Société civile, PTF (UNICEF, OMS, ENABEL, PLAN INTEL), Ministère De l'Administration Territoriale,
	La mise en œuvre des plans d'action est encadrée par des textes juridiques et réglementaires adéquats		
	Une part de plus en plus importante de l'assainissement est réalisée sur fonds propres des établissements de santé		
	Le transfert de compétences et des ressources		

	<p>aux communes en matière d'assainissement est réalisé en lien avec le programme gouvernance</p>		<p>ONG/ Associations, ONEA, MEA, MESRSI, MENA Collectivités territoriales (Intercommunalité, conseil régional, Institut de recherche, UO- JKZ</p>
	<p>Les capacités des acteurs du sous-secteur assainissement sont renforcées en lien avec le programme gouvernance</p>		
	<p>La Coordination et le suivi évaluation entre Direction régionales, ONEA, les institutions dédiées et les directions partenaires est assurée à travers le CUCA</p>		