

MINISTERE DE LA SANTE



BURKINA FASO
Unité – Progrès - Justice



Plan triennal de gestion des déchets biomédicaux 2018-2020



Mai 2017

AVANT-PROPOS

Au Burkina Faso, comme dans les autres pays en développement, la problématique de la gestion des déchets biomédicaux (DBM) dans les établissements de santé publics et privés a toujours été une préoccupation majeure de santé publique.

L'insuffisance de gestion des DBM, fait peser de graves menaces sur la santé de plusieurs catégories d'acteurs, en particulier le personnel travaillant dans les structures de santé, le personnel d'entretien et de nettoyage, les utilisateurs des services de santé, les agents assurant la collecte et le transport des déchets et les personnes qui s'adonnent au recyclage des ordures.

Conscient de ces risques sanitaires, le Ministère de la santé a depuis 2005, inscrit la promotion de la gestion adéquate des DBM au cœur des priorités sanitaires, à travers l'adoption:

- de la loi n°022-2005/AN du 24 mai 2005 portant code de l'hygiène publique au Burkina Faso ;
- d'une stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux (DBM) élaborée en juillet 2005 et assortie d'un plan d'action pour son opérationnalisation ;
- du décret n°2008-09/PRE/PM/MS portant organisation de la gestion des DBM ;
- d'un plan d'action 2011-2015 pour la gestion des DBM ;
- de la stratégie nationale de promotion de la santé en 2014.

Le présent plan triennal 2018-2020 qui s'inscrit dans cette dynamique, ambitionne de renforcer les acquis de la mise en œuvre du précédent plan. Il prend en compte les préoccupations environnementales, techniques et socioculturelles, pour une gestion réussie des DBM dans notre pays.

Il est le fruit d'un travail participatif et concerté de l'ensemble des acteurs œuvrant dans le domaine de la promotion de la santé, auxquels je renouvelle mes remerciements. Il constitue un outil de référence pour la planification des actions en matière de gestion des déchets biomédicaux pour tous les intervenants.

A cet effet, sa mise en œuvre effective contribuerait à booster les indicateurs en matière de gestion de DBM et à améliorer significativement la qualité des prestations des soins de santé. J'invite, par conséquent, tous les acteurs du développement sanitaire à s'investir dans sa mise en œuvre pour l'amélioration de l'offre de santé dans notre pays.

Le Ministre de la Santé

Professeur Nicolas MEDA
Chevalier de l'Ordre National



TABLE DE MATIERES

Liste des tableaux	iv
Liste des abréviations	v
INTRODUCTION	1
I- GÉNÉRALITÉS.....	3
1.1- Présentation du Burkina Faso.....	3
1.2- Système de santé du Burkina Faso	4
1.3- Rappel sur les bonnes pratiques et les principes de gestion des DBM.....	6
II- ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA GESTION DES DBM	11
2.1- OS-1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans la gestion des DBM	11
2.2- OS-2 : Amélioration des prestations de services en matière gestion des DBM.....	17
2.3- OS-3 : Développement des ressources humaines	19
2.4- OS-4 : Promotion de la santé et lutte contre la maladie.....	20
2.5- OS-5 : Développement des infrastructures, des équipements et produits de santé	20
2.6- OS-6 : Amélioration de la gestion de l'information sanitaire.....	21
2.7- OS-7 : Promotion de la recherche pour la santé	22
2.8- OS-8 : Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé	22
2.9- Récapitulatif des constats	23
2.10- Problèmes identifiés.....	25
2.11- Analyse des problèmes identifiés	27
2.12- Actions proposées et résultats attendus en fonction des problèmes.....	27
III- ACTIONS PRIORITAIRES TRIENNALES DE GESTION DES DBM	28
3.1- Résultats par actions prioritaires et par orientation du PNDS.....	28
3.2- Indicateurs et cibles en fonction des résultats	30
3.3- Modèle logique des interventions de gestion des DBM	34
IV- CADRE DE PERFORMANCE	36
V- PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE DES ACTIVITÉS	39
VI- MÉCANISME DE SUIVI ÉVALUATION.....	50
7.1- Suivi.....	50
7.2- Évaluation.....	51
VII- FINANCEMENT	51
ANNEXE	I

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1: Production des DBM par lit (OMS)	18
Tableau n°2: Quantité de DBM produite dans les structures sanitaires	18
Tableau n°3: Identification des actions et des résultats en fonction des problèmes.....	28
Tableau n°4: Identification des actions et des résultats en fonction des problèmes.....	30
Tableau n°5: Modèle logique des interventions de gestion des DBM	34
Tableau n°6: Synthèse du cadre de performance.....	36
Tableau n°7: Planification des activités par action prioritaire et par résultats.....	39
Tableau n°8: Analyse des problèmes en causes et conséquences	I
Tableau n°9: Identification des actions et des résultats en fonction des problèmes.....	IV

LISTE DES ABREVIATIONS

APROCLIB	: Association des promoteurs de cliniques privées du Burkina
BM	: Banque mondiale
BAD	: Banque africaine de développement
CHR	: Centre hospitalier régional
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgical
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
DBM	: Déchets biomédicaux
DES	: Direction des établissements de santé
DGESS	: Direction générale des études et statistiques sectoriel
DPS	: Direction de promotion de la santé
DRS	: Direction régionale de la santé
DS	: District sanitaire
FS	: Formation sanitaire
IEC	: Information, Education, Communication
IST	: Infections sexuellement transmissibles
MS	: Ministère de la santé
MEEVCC	: Ministère de l'environnement de l'économie verte et du changement climatique
ONG	: Organisation non gouvernementale
PADS	: Programme d'appui au développement sanitaire
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
SP/CNLS	: Secrétariat permanent du comité national de lutte contre le SIDA
VIH	: Virus d'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Au Burkina Faso, comme dans la plupart des pays africains, la gestion inappropriée des déchets biomédicaux (DBM) dans les structures sanitaires, constitue un risque non seulement pour le personnel, les usagers des structures sanitaires, mais aussi les prestataires privés chargés de la gestion de ces déchets et la population en générale.

Face à cette problématique, le Ministère de la santé, a adopté en juillet 2005, une stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux (DBM) assortie d'un plan d'action prioritaire pour son opérationnalisation.

Cette stratégie nationale avait pour objectif d'assurer une gestion durable des DBM en mettant en place des systèmes viables aux plans sanitaire et environnemental techniquement faisables, socialement acceptables, susceptibles de garantir un environnement sain.

En 2011, avec l'appui de la Banque mondiale, le Ministère a procédé à la revue du plan d'action de 2005 qui a abouti à l'élaboration d'un nouveau plan d'action 2011-2015 pour la gestion des DBM.

En 2014, la Direction de la promotion de la santé (DPS) avec l'appui de la Banque mondiale, a entamé un processus d'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie et de son plan d'action 2011-2015, en vue d'élaborer une nouvelle stratégie de gestion des DBM. Malheureusement, la situation socio politique de notre pays n'a pas permis l'aboutissement du processus et les financements qui étaient liés au projet santé de la reproduction, ont été suspendus pour cause de fin de projet.

Malgré les multiples efforts consentis par le Ministère de la santé et ses partenaires pour la gestion des DBM, force est de constater que dans les structures sanitaires, les déchets biomédicaux produits ne sont toujours pas gérés convenablement. Il est alors impératif de mener des actions appropriées pour une meilleure gestion des déchets biomédicaux qui constituent une préoccupation de santé publique.

C'est donc dans le souci de l'amélioration continue de la gestion des DBM dans les formations sanitaires, que le Ministère de la santé à travers la DPS a entrepris l'élaboration d'un plan triennal 2018-2020 pour la gestion des DBM.

L'élaboration de ce plan a suivi un processus participatif en cinq (05) principales étapes :

- rencontre de concertation des acteurs concernés par la gestion des DBM du 06 au 10 février 2017 à Koudougou ayant abouti à l'analyse de la situation;
- tenue d'un atelier d'élaboration du 27 février au 04 mars 2017 à Koudougou ;
- amendement du draft lors d'un atelier tenu du 21 au 24 Mars 2017 à Kaya :
- tenue de l'atelier de budgétisation et de finalisation du plan du 18 au 22 avril 2017 à Koudougou;
- validation du plan par l'ensemble des acteurs concernés lors d'un atelier national à Ouagadougou organisé du 04 au 05 mai 2017 à Ouagadougou.

Le plan d'action qui été élaboré suivant la procédure de planification axée sur les résultats, vise à renforcer les acquis de la mise en œuvre du précédent plan, en vue de l'amélioration de la santé publique tout en respectant les préoccupations environnementales, techniques et socioculturelles.

Le présent document est structuré en sept (07) grandes parties qui sont:

- généralités ;
- analyse situationnelle de la gestion des DBM ;
- actions prioritaires triennales de gestion des DBM ;
- cadre de performance ;
- planification opérationnelle des activités ;
- mécanisme de suivi évaluation ;
- financement .

I- GÉNÉRALITÉS

1.1- Présentation du Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé situé en Afrique de l'ouest. Il couvre une superficie de 272 960 km² et est limitrophe de six pays : le Mali au Nord, le Niger à l'Est, le Bénin au Sud-Est, le Ghana et le Togo au Sud et la Côte d'Ivoire au Sud-Ouest. Le territoire national est divisé en 13 régions, 45 provinces, 351 communes dont 49 communes urbaines, 8 895 villages et des hameaux de culture.

La population résidente du Burkina Faso est estimée à 19 034 397 habitants en 2016. Le taux d'accroissement naturel est estimé à 3,1%¹. Il s'agit d'une population à composante essentiellement jeune : plus de la moitié (55%) a moins de 15 ans. La population vit à près de 90% en milieu rural et les femmes représentent près de 52%.

Le climat du Burkina Faso est de type sahélien caractérisé par une saison de pluies de juin à octobre et une saison sèche de novembre à mai.

La température moyenne est de 15 °C la nuit, et 30 °C le jour, pouvant grimper jusqu'à plus de 38 °C pendant la saison sèche.

L'économie du pays est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage. Les produits primaires constituent les premiers produits d'exportation avec près de 90% d'origine agricole.

Le Burkina Faso occupe le 183^{ème} rang sur 188 pays (Rapport PNUD, 2015) avec un Indice de développement humain (IDH) qui est passé de 0,343 en 2013 à 0,402 en 2014.

Le seuil de pauvreté était estimé à 108 454 F CFA par adulte et par an en 2009. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 43,9% au niveau national (INSD, résultats préliminaires EICVM 2009-2010).

¹Projections démographiques de 2011-2020 des régions et districts sanitaires du Burkina Faso, août 2009, INSD

1.2- Système de santé du Burkina Faso

L'Organisation des services de santé prend en compte l'organisation des structures administratives et celle des structures de soins.

Sur le plan administratif, le système de santé est structuré de façon pyramidale à trois (3) niveaux :

- le niveau central : organisé autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général, définit les orientations et assure la coordination de la mise en œuvre de la politique de santé;
- le niveau intermédiaire comprend 13 directions régionales de la santé (DRS) qui ont pour mission de mettre en œuvre la politique nationale de santé au niveau de la région ;
- le niveau périphérique est représenté par 70 districts sanitaires (DS). Il constitue l'entité opérationnelle du système de santé, chargé de planifier et de mettre en œuvre les programmes de santé.

Sur le plan de l'organisation des soins, les structures de soins se répartissent en trois sous-secteurs que sont : le public, le privé et confessionnel et la médecine et de la pharmacopée traditionnelles.

❖ **Sous-secteur public**

Le sous-secteur public comporte trois niveaux que sont :

- le premier niveau de soins correspond aux districts sanitaires qui comprennent deux échelons :
 - le premier échelon est le premier niveau de contact constitué par 1698 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), 119 dispensaires isolés, 12 maternités isolées et 43 centres médicaux (CM). Ces structures offrent un paquet minimum d'activités dirigées contre les maladies les plus fréquentes (90%) dont la lutte contre le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA ;
 - le deuxième échelon constitué par 47 hôpitaux de districts ou centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA), structures de référence pour le premier échelon.

- le deuxième niveau de soins est composé de huit (08) centres hospitaliers régionaux (CHR). Il constitue le niveau de référence pour les CMA.
- le troisième niveau de soins organisé autour de cinq (05) Centres hospitaliers universitaires (CHU), sert de niveau de référence pour les CHR et de milieu de formation et de recherche pour les professionnels de santé.

❖ **Sous-Secteur privé conventionnel et non conventionnel**

Il s'est développé assez rapidement depuis ces dernières années. En 2015, on dénombrait 94 établissements sanitaires privés de soins hospitaliers, 301 établissements sanitaires privés de soins non hospitaliers et 717 officines et dépôts pharmaceutiques privés. Ces structures sont concentrées surtout dans les deux grandes villes du pays que sont Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Ces structures privées contribuent à l'amélioration des indicateurs de santé (ex : en 2011, 6% des pathologies, 3,37% des accouchements assistés et 4,4% des CPN 4 au plan national ont été enregistrés dans les structures sanitaires privées).

❖ **Sous-secteur de la médecine et de la pharmacopée**

Ce sous-secteur est organisé autour de la direction de la médecine et pharmacopée traditionnelle du ministère de la santé. L'importance de la médecine traditionnelle est reconnue par la loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de la santé publique. Les tradipraticiens de santé assurent la prise en charge de certaines pathologies avec des plantes médicinales locales.

Les services de santé à base communautaire (SBC) sont organisés autour de la direction générale de la santé (DGS), à travers plusieurs directions techniques chargées de la santé de la famille, de la promotion de la santé, de la nutrition et de la lutte contre la maladie. Ainsi, les districts mettent en œuvre un paquet intégré d'interventions à gain rapide au niveau communautaire qui contribue à la continuité et à l'accessibilité des services.

La société civile est très active et accompagne le Gouvernement dans la mise en œuvre et la mobilisation des ressources.

Elle regroupe plusieurs acteurs dont des associations et autres organisations non gouvernementales, y compris un réseau de plaidoyer et de mobilisation des fonds pour la santé de la mère et de l'enfant.

1.3- Rappel sur les bonnes pratiques et les principes de gestion des DBM

Les activités de soins génèrent d'énormes quantités de déchets de toutes sortes. La gestion adéquate de ces déchets nécessite l'observation de bonnes pratiques et des principes en la matière à toutes les étapes que sont la production et la quantification, le tri et le conditionnement, la collecte, le stockage, le transport, le traitement et l'élimination finale.

1.3-1. La production et la quantification des DBM

Les DBM sont produits à toutes les étapes de soins et à tous les niveaux au sein des établissements de santé.

Pour une meilleure gestion des DBM, la maîtrise de la phase de production et de quantification est fondamentale. En effet, la connaissance du poids et du volume des DBM produits permet de :

- prévoir les besoins en matériel de tri, de conditionnement, de collecte, de transport, de stockage et de traitement/élimination des déchets (sacs, conteneurs, poubelles, équipements de traitement/élimination, etc.).
- surveiller la qualité du tri des déchets et plus particulièrement sa sélectivité qui doit tendre vers la diminution du nombre de sacs de couleur jaune réservés aux déchets de soins à risque, sans nuire à l'efficacité du tri.

Pour évaluer la production journalière de déchets de soins médicaux générés par lit dans chaque établissement sanitaire, il existe essentiellement deux méthodes. La première consiste à peser tous les sacs/poubelles avant qu'ils ne soient vidés/éliminés. Cette option est la plus précise et devrait être utilisée s'il existe un instrument de pesée adéquat au sein de l'établissement sanitaire pour effectuer ces mesures.

La deuxième méthode consiste à faire une estimation suffisamment bonne en additionnant les nombres et en estimant le volume de conteneurs (sac, poubelle à ordures) utilisés pour la collecte des déchets de soins médicaux dans chaque unité médicale pour une période de temps déterminée. De plus amples discussions avec le personnel paramédical (surveillants, infirmiers/infirmières) permet normalement d'ajuster le volume total des déchets collectés en utilisant un taux de remplissage pour chaque catégorie de conteneurs. Ainsi, un ratio de masse volumique (qui varie selon le type de déchets collectés dans les conteneurs et le taux d'humidité) est appliqué pour déterminer le poids total de déchets de soins médicaux.

1.3-2. Le tri et le conditionnement

Les DBM produits doivent faire l'objet de tri et de conditionnement adéquat. Le tri est l'étape la plus importante pour une gestion réussie des déchets des soins médicaux.

Il permet de les répartir selon le réceptacle recommandé :

- les DBM infectieux et anatomiques dans les poubelles de couleur jaune ;
- les objets piquants, coupants et tranchants dans les boîtes de sécurité ;
- les déchets chimiques/pharmaceutiques, radioactifs, métaux lourds, dans des poubelles de couleur rouge ;
- les déchets assimilables aux ordures ménagères dans des poubelles de couleur noire.

Tout producteur de DBM doit : (i) systématiser le tri à la source (ce qui réduit la production des déchets) ; (ii) réemployer de façon sécurisée les éléments recyclables à chaque fois que c'est possible ; (iii) acheter les produits et consommables avec un minimum d'emballage ; (iv) donner la préférence aux produits qui sont inoffensifs pour l'environnement.

Le tri doit :

- toujours se faire à la source, c'est à dire, à partir du chevet des lits, des salles d'opération, des laboratoires d'analyse ou, toute autre chambre ou salle de l'hôpital où des déchets sont générés;
- être facile à réaliser par le personnel médical et auxiliaire, et appliqué de manière uniforme conformément aux normes;

- être sûr et garantir l'absence de déchets de soins médicaux infectieux dans le flot de déchets domestiques ;
- être bien compris et connu du personnel médical et auxiliaire des établissements sanitaires;
- être régulièrement contrôlé pour s'assurer que les procédures sont respectées.

Le conditionnement est destiné à contenir les déchets de soins dans un réceptacle approprié et crée une barrière physique contre la propagation de des micro-organismes pathogènes qu'ils contiennent. Les différents réceptacles recommandés pour les différentes catégories de déchets sont définis comme suit :

- sacs ou collecteurs étanches de couleur noire pour les déchets d'activités de soins non dangereux, assimilables aux ordures ménagères ; collecteurs rigides et étanches de couleur jaune pour les déchets piquants ou coupants ; sacs étanches de couleur jaune pour les déchets infectieux non piquants ni coupants.
- sacs plastiques jaunes pour les déchets anatomiques constitués par les organes et parties du corps, etc. des collecteurs étanches de couleur rouge pour les produits chimiques ou pharmaceutiques.

Les autres déchets spéciaux tels que les : métaux lourds, doivent être collectés séparément mais ne justifient pas de collecteurs spéciaux, car ils sont produits en faible quantité et ont une nature très diverse qui ne permet pas de les mélanger Il est à noter que les sacs et les conteneurs doivent être fermés lorsqu'ils sont remplis aux trois quart (3/4).

En outre, il est recommandé que les sacs et conteneurs des déchets de soins portent des symboles internationaux de risque et soit étiqueté. Comme par exemple: Le symbole de risque biologique pour les déchets infectieux et biologiques ou le symbole de risque des radiations ionisantes pour les déchets radioactifs.

1.3-3. La collecte des DBM

Les différents sacs et boîtes de sécurité pour objets coupants, piquants et tranchants, doivent être collectés du site de production au local de stockage avec un bon étiquetage.

Il est recommandé, pour les établissements de soins, de faire réaliser la collecte par un prestataire disposant d'un personnel formé. Les horaires de collecte doivent être fixés par la direction de l'établissement. Pour les petits établissements de soins, la collecte est réalisée par les agents de service. Les déchets doivent être collectés régulièrement, au minimum une fois par jour. Chaque catégorie de déchets sera collectée et stockée séparément. Les sacs collectés doivent être immédiatement remplacés par des sacs neufs.

Le circuit des déchets doit s'intégrer dans les circuits prédéfinis de l'établissement et doit respecter les règles classiques de flux propres et sales, habituellement préconisées dans les établissements de soins.

1.3-4. Le stockage des DBM

Les déchets collectés doivent être stockés dans un local de stockage en attendant d'être traités et éliminés.

Un établissement de santé doit disposer d'un local clos et aéré pour le stockage des DBM à risque infectieux et d'un bac à ordures pour les déchets assimilables aux ordures ménagères (sacs noirs).

Pour réussir la gestion des DBM à risque en rapport avec le stockage, les principes suivants sont à respecter :

- réduire le temps de stockage des poubelles (48 heures au maximum) ;
- coder les récipients de stockage en fonction du code couleur ;
- rendre inaccessible le site de stockage des poubelles au public en général et aux animaux ;
- rendre imperméable le sol et assurer un bon drainage des liquides issus de déchets infectieux stockés;
- rendre le local de stockage facilement accessible; spacieux; facile à nettoyer;
- interdire le stockage de tous matériels autres que les poubelles de DBM ;
- assurer un entretien régulier (nettoyage, lavage et désinfection quotidiens, ...) du site de stockage ;
- rendre disponible les équipements et matériels de désinfection ;
- prévoir un système de drainage et de traitement des lixiviats.

1.3-5. Le transport des DBM

Il s'agit de l'acheminement des DBM du lieu de production vers le site de stockage d'une part et du site de stockage vers le site de traitement et d'élimination d'autre part. Il se fait aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement.

S'agissant du transport à l'intérieur de l'établissement, il doit être effectué avec des chariots adaptés et réservés à cet usage. Les chariots doivent être à parois pleines et lisses, étanches et munis de couvercles. Ils doivent être systématiquement lavés et désinfectés avant leur retour.

Pour le transport à l'extérieur de l'établissement, les véhicules utilisés doivent être également réservés à ce seul usage. Leurs caractéristiques techniques permettent la sécurité du personnel, de l'environnement et de la population à l'égard des risques liés à la nature des déchets transportés. Les véhicules doivent être eux aussi systématiquement lavés et désinfectés avant le retour à l'établissement.

1.3-6. Le traitement et l'élimination des DBM

Le traitement des DBM consiste à neutraliser, par un procédé thermique, physicochimique, biologique ou bactériologique, tous les microorganismes, les substances polluantes et nuisibles pour l'homme et pour l'environnement.

Il existe plusieurs méthodes de traitement des déchets biomédicaux :

- le traitement thermique et par micro-ondes (autoclave ; broyeurs stérilisateurs) ;
- l'incinération ;
- le traitement chimique ;
- l'enfouissement

Le choix de la méthode de traitement est fonction entre autres de l'efficacité de désinfection des DBM recherchée, des considérations environnementales et sanitaires, de la réduction désirée des volumes et du poids des DBM, des risques d'accidents et de blessures liés à la méthode, du type de DBM admis, des besoins en infrastructures, de la disponibilité en options d'éliminations finales des résidus, des exigences réglementaires.

On entend par élimination l'action de mettre hors de vue ou faire disparaître les résidus issus du traitement des DBM. L'élimination se fait dans les fosses aménagées à cet effet.

II- ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA GESTION DES DBM

L'analyse de la situation de la gestion des déchets biomédicaux se fera suivant les orientations stratégiques du Plan national de développement sanitaire (PNDS 2011-2020).

2.1- OS-1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans la gestion des DBM

2.1.1 Coordination interne et collaboration intersectorielle

En matière de coordination, la stratégie nationale de gestion des DBM est un outil de référence permettant une meilleure organisation des activités en la matière. Pour ce qui est de planification des activités, on note que certaines structures disposent d'un 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 niveau national, le suivi est assuré annuellement par la DPS. Aux niveaux régional et district, le suivi de la gestion des DBM est intégré aux autres suivis des activités de santé. S'agissant de la collaboration intersectorielle, le Ministère de la santé s'efforce d'impliquer les acteurs des autres secteurs dans la mise en œuvre des actions en faveur de la gestion adéquate des DBM. Ainsi, dans les structures de santé, certaines étapes de gestion des DBM font objet de contractualisation avec les associations, groupement et entreprises privées.

Malgré ces actions et efforts, des insuffisances subsistent. Il s'agit notamment :

- 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 secteurs ministériels, les municipalités, les organisations communautaires et les partenaires techniques et financiers.

2.1.2 Organisation des services

Structure publique

La fonctionnalité à la fois des services et des comités en charge d'hygiène dans les structures de santé, est un impératif pour la mise en œuvre efficace des activités de gestion des DBM dans ces structures. Des résultats des missions de suivi et de l'évaluation de la stratégie en 2011 et des résultats de l'évaluation finale de la stratégie nationale d'hygiène hospitalière, il ressort que les services en charge de l'hygiène hospitalière et les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), connaissent des difficultés de fonctionnement. De façon générale, du fait de son caractère transversal, l'organisation des services influe sur la gestion des DBM, les différents corps professionnels ayant des égards différents sur elle.

Au niveau des directions régionales de la santé et des districts, existent des services en charge de la promotion de la santé (SPS) qui s'occupe des questions de gestion des DBM.

Ainsi, les médecins estiment que la gestion des déchets biomédicaux est du ressort des paramédicaux ; le personnel infirmier estimant souvent que la gestion des DBM est du ressort des garçons et filles de salle. Il en est de même de l'administration qui ne perçoit pas l'importance de la gestion des DBM en termes d'effets immédiats pour y consacre des moyens suffisants.

Un problème de positionnement se dégage quant aux relations fonctionnelles entre les responsables des services d'hygiène et les soignants. En effet, des conflits de compétence entre les techniciens d'Etat du génie sanitaire et certains professionnels (infirmier, sage-femme etc.) aggravent souvent le dysfonctionnement dans la gestion des DBM.

En somme, l'organisation des services relative à la gestion des DBM est marquée par les difficultés suivantes :

- la faible perception des professionnels de la santé, de leurs rôles respectifs en matière de gestion des DBM;
- l'insuffisance d'effectif des agents dans les services d'hygiène ;
- la persistance des conflits de compétences entre les techniciens.

Structure privée

Au niveau du secteur privé de santé, la problématique de la gestion des déchets biomédicaux demeure aussi cruciale. En effet, d'énormes difficultés entravent son développement et sa pleine participation à l'amélioration de la santé des populations. Au regard de cette situation, le Burkina Faso a souscrit à l'initiative Santé en Afrique avec le Groupe de la Banque mondiale pour accompagner et booster le sous-secteur privé de la santé. Cela s'est traduit par une évaluation du secteur privé de santé. Cette évaluation a permis d'élaborer un plan d'action dont la mise en œuvre nécessitait la mise en place d'une structure faîtière capable de porter les actions de l'ensemble des acteurs œuvrant dans le secteur privé de la santé. C'est ainsi qu'en mars 2013, la Fédération des associations de la santé privée du Burkina Faso (FASPB) fut créée. L'une des missions assignées à la structure faîtière dans le cadre de la gestion des déchets biomédicaux est le développement de partenariat public-privé.

Ainsi, dans le cadre de l'appui au ministère de la santé, un projet « incinérateur » destiné aux formations sanitaires privées, a été financé par IDA/IFC, filiales du groupe de la Banque Mondiale. Plusieurs activités ont été réalisées dans le cadre du projet, il s'agit de :

- ✓ l'acquisition de six (06) incinérateurs de marque ATI dont quatre (04) pour Ouagadougou et deux (02) pour Bobo Dioulasso ; l'acquisition de soixante (60) tricycles adaptés au transport des déchets biomédicaux dont quarante (40) pour Ouagadougou et vingt (20) pour Bobo Dioulasso ;
- ✓ l'installation des dits incinérateurs dont le choix des sites a été le fruit d'une démarche consensuelle sur la base de critères entre la FASPB, le MS/SP-CNLS et la BM. Les six sites consensuels sont :

- Ouagadougou: PNDP, Hôpital Privé St Camille de Ouagadougou, PCIO, NAFI (après désistement du CMA source de vie) ;
 - Bobo Dioulasso: Dispensaire islamique au secteur 22 et St Joseph au secteur 25 ;
- ✓ six (06) missions d'inspection des sites identifiés ;
 - ✓ la cartographie des établissements sanitaires privés et publics par zone ;
 - ✓ la définition d'un protocole d'entente pour assurer un autofinancement et la pérennité du projet après la phase pilote.

Les incinérateurs demeurent un outil pour une élimination correcte de certains DBM au niveau du privé sanitaire du Burkina Faso. Toutefois, il y a des contraintes et/ou des difficultés. Afin d'optimiser la gérance et la pérennisation du projet « incinérateurs » du privé sanitaire, il convient de recruter un cabinet/bureau privé comme prestataire pour Ouagadougou et Bobo Dioulasso. La FASPB demeure le maître d'ouvrage. Cette démarche se veut de créer un **Partenariat-Privé-Privé(PPP) gagnant-gagnant**.

C'est en ce sens que, la FASPB a procédé avec l'appui de la BM au Choix de « Aube Nouvelle » comme prestataire privé de services pour la gestion des DBM.

Dans la convention cadre ou globale FASPB/Aube Nouvelle, les coûts de prestations/services ont été négociés au kg de DBM produits et non par le nombre de lits des établissements de santé privé (EPS).

Des contrats individuels ou spécifiques sur la base de la convention cadre/globale entre la FASPB et Aube Nouvelle, ont été signés avec chaque ESP. Un calendrier d'enlèvement des déchets a été établi (Lundi et jeudi) et la collecte des paiements assurés par Aube Nouvelle.

Le monitoring/Suivi-évaluation du projet se fait à travers la tenue des assemblées générales trimestrielles et annuelles de la FASPB au cours desquelles, Aube Nouvelle du projet fait une présentation trimestrielle/annuelle de fonctionnement du projet en termes d'acquis, d'insuffisances, de solutions proposées, de recommandations convenues et de bilan de leur MEO.

Les acquis du projet après une année de mise en œuvre sont :

- 46 établissements sanitaires privés adhérents en fin décembre 2016 dont 54% sont des cliniques et Polycliniques (APROCLIB), CMA privés, Cabinets et centres médicaux, CSPS privés, laboratoires d'analyses, officines, etc. Il faut aussi noter l'existence d'adhérents occasionnels ou ponctuels tels que la CAMEG, les grossistes pharmaceutiques, etc pour l'incinération des produits pharmaceutiques prohibés et/ou périmés ;
- 400 tonnes de DBM incinérés selon les normes (décret n° 2008-009/PRES/PM/MS/MECV portant organisation de la gestion des déchets biomédicaux et assimilés) grâce au Partenariat Public-Privé et un Partenariat Privé-Privé fonctionnel ;
- le respect du contrat cadre et spécifique ;
- la gestion quotidienne du projet (problèmes, contraintes) ;
- les Frais de fonctionnement assurés avec un écart différé ;
- la balance financière réalisée avec un écart différé ;
- les bénéfices sociaux certains (création d'emplois, la protection des populations, de l'environnement, de la qualité de vie, etc.) ;
- la forte demande d'adhésion des formations sanitaires publiques (CMA, CM, CSPS). La FASPB en collaboration avec Aube Nouvelle contribue à développer le PPP en santé.

Ce Projet PPP gestion des DBM demeure un exemple unique dans les quinze (15) pays de l'espace CEDEAO et les 14 pays ont manifesté leur intérêt d'être appuyé pour sa réplique.

Cependant, il connaît des Challenges ou d'énormes difficultés qui sont :

- les charges ou frais de fonctionnement élevés à cause de la faible adhésion des ESP liée aux coûts des prestations ;
- la faible capacité des incinérateurs ;
- l'inadaptation des véhicules de transport des DBM.

Au regard des acquis du projet, l'équipe du Burkina Faso a jugé opportun de soumettre le projet gestion des déchets biomédicaux sous l'angle du partenariat public privé au projet PPP en santé de la Banque africaine de développement (BAD) avec un financement du gouvernement indien. Ce projet triennal d'un montant de plus de trois milliards de F CFA, s'il est financé contribuerait à :

- consolider et renforcer les acquis en matière de gestion des déchets biomédicaux à Ouagadougou et Bobo Dioulasso dans une dynamique d'extension aux autres régions ;
- renforcer le partenariat public privé et privé-privé en santé ;
- offrir des services et des soins de qualité dans les formations sanitaires publiques et privées aux populations ;
- protéger l'environnement et les populations eu égard la dangerosité des déchets biomédicaux produits dans les formations sanitaires publiques et privées.

A cet effet, la FASPB prévoit :

- l'acquisition d'un site de quarante (40) hectares entre Ouagadougou et Kombissiri ;
- l'acquisition de trois incinérateurs de marque FA 900 de grande capacité et haute performance dont deux (02) à Ouagadougou et un (01) à Bobo Dioulasso ;
- l'acquisition de véhicules adaptés au transport des déchets biomédicaux pour Ouagadougou et Bobo Dioulasso ;
- la construction d'infrastructures sur les sites de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso ;
- la construction d'un centre de recherche microbiologique sur les cendres d'incinération dans la perspective de leur utilisation par les autres acteurs de développement ;
- la construction d'une unité de retraitement des déchets liquides ;
- la construction d'un institut polytechnique sur la gestion des DBM ;
- l'acquisition de sacs poubelles ;
- l'analyse et l'audit de l'hygiène hospitalière, de la qualité et de la sécurité des soins, des services dans les formations sanitaires privées.

2.1.3 Textes législatifs et règlementaires

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 élaborés. 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, traduit l'engagement des autorités au plus haut niveau.

Toutefois, force est de constater que ces textes législatifs et réglementaires ne sont pas très bien connus par les acteurs.

2.2- OS-2 : Amélioration des prestations de services en matière gestion des DBM

L'amélioration de la qualité des soins et la sécurité du patient passe nécessairement par une bonne observance des règles d'hygiène hospitalière en générale et la gestion des DBM en particulier.

Selon le principe du « pollueur-payeur », en matière de gestion des DBM, la mise en œuvre des différentes filières de la gestion est de la responsabilité de la structure sanitaire y compris le transport et traitement ex-situ des DBM.

Pour ce qui est du respect des normes et principe de gestion des DBM, on note quelques efforts d'amélioration dans la mise en œuvre des étapes de gestion des DBM.

En matière de quantification des DBM produits, quelques estimations ponctuelles ont été faites dans certaines formations sanitaires pour des besoins de planification.

Selon l'OMS, la production de DBM par lit est résumée dans le tableau n°1.

Tableau n°1: Production des DBM par lit (OMS)

Structures	Quantités (Kg/lit/jour)
Hôpitaux spécialisés (CHU)	1.75
Hôpitaux généraux (CHR)	1.33
Hôpitaux de district (CMA)	0.74
CSPS	0.41

Source: OMS (2004) Préparation des plans nationaux de gestion des déchets de soins médicaux en Afrique Subsaharienne, manuel d'aide à la décision

Par extrapolation, la quantité des DBM produits dans les structures publiques de santé au Burkina Faso est présentée dans le tableau n°2.

Tableau n°2: Quantité de DBM produite dans les structures sanitaires

Structures	Nombre de lit	Quantités (Kg/lit/jour)	Quantité totale (Kg/jour)
Hôpitaux spécialisés (CHU)	1785	1.75	3123.75
Hôpitaux généraux (CHR)	1412	1.33	1877.96
Hôpitaux de district (CMA)	2403	0.74	1778.22
CM/CSPS	14 434	0.41	5917.94
Total			12 697.87

Selon la FASPB, la quantité de DBM produite par jour dans les polycliniques et cliniques est estimée à 1,10 tonne en moyenne.

La production journalière moyenne de DBM au Burkina Faso est estimée environ à 13 tonnes.

Dans le domaine du tri et conditionnement, des efforts sont faits. Le tri à la base des piquants et tranchants est respecté dans la majorité des structures sanitaires. On note une prise de conscience de l'importance du tri des déchets de façon générale.

Le matériel de collecte (poubelles, sachets en couleur pour le tri, boîtes de sécurité, etc.) est disponible dans certaines formations sanitaires. Ce matériel répond plus ou moins aux normes.

En matière de stockage des DBM, d'une manière générale, les formations sanitaires disposent en leur sein de lieux réservés au stockage des DBM.

Pour le transport des déchets, certaines structures publiques/privées disposent de matériel et équipement adaptés.

Le traitement des DBM est caractérisé par une disparité de méthodes (brûlage à l'air libre ou dans les fosses, utilisation d'incinérateurs ...) qui ne répondent pas souvent aux normes.

Malgré ces constats d'amélioration de la gestion des DBM, des insuffisances demeurent en termes de :

- disponibilités de certains documents de référence ;
- respect des principes et bonnes pratiques de gestion des DBM ;
- compétence des acteurs dans les domaines spécifiques de la gestion ;
- disponibilité de matériel et équipement répondant aux normes ;
- comportements et pratiques des acteurs;
- de partenariat public-privés ;
- disponibilité de technologies locales de gestion des déchets spéciaux.
- contractualisation du transport et du traitement des DBM avec des prestataires privés ;
- suivi par les structures de santé pour s'assurer que le traitement et l'élimination se font selon les normes.

2.3- OS-3 : Développement des ressources humaines

Dans le souci de l'amélioration de qualité des prestations en matière de gestion des DBM, le renforcement des compétences des acteurs occupe une place de choix dans le dispositif. Dans cette optique, des responsables de la promotion de la santé, certains membres des équipes cadres de district et personnels des hôpitaux, des CMA et des structures privées de soins ont été formés en gestion des DBM. En dépit de ces efforts, le nombre d'agents formés reste insuffisant.

La même insuffisance est constatée au niveau des prestataires chargés de l'enlèvement et du transport des DBM. La plupart de ces prestataires n'ont reçu aucune formation dans ce domaine.

2.4- OS-4 : Promotion de la santé et lutte contre la maladie

Pour susciter des comportements favorables à la gestion des DBM de la part du personnel soignant, des malades, de leurs familles ainsi que des autres usagers des structures de santé, un plan de communication en appui à la mise en œuvre de la stratégie DBM avait été élaboré en 2009 par le Ministère de la santé.

Ce plan avait décliné les principales actions de communication à mener en fonction des cibles et des niveaux.

Au titre de ce plan, des activités de communication de masse ont été menées comme la diffusion de spots radiophoniques et télévisuels. En outre, des supports imprimés à type d'affiches sur le tri ont été produits et mis à la disposition des structures de soins mais leur quantité reste insuffisante.

Très peu d'activités de communication de proximité ont été menées dans le cadre de la gestion des DBM.

2.5- OS-5 : Développement des infrastructures, des équipements et produits de santé

En matière d'infrastructures pour la gestion des DBM, en générale les formations sanitaires disposent en leur sein des endroits réservés au stockage des DBM.

Dans le domaine des équipements et de la maintenance, des efforts sont faits pour la dotation des structures en équipements de gestion des DBM. En effet, le Ministère de la santé avec l'appui de ses partenaires avait doté les formations sanitaires (CHU, CHR, CMA/CM et CSPS) ainsi que des structures privées de soins en incinérateurs. Aussi la faïtière des structures privées de santé a bénéficié d'incinérateurs semi-électriques et des tricycles pour une gestion mutualisée de leurs déchets. Des initiatives locales ont été développées pour la maintenance curative des incinérateurs.

Dans le domaine du tri et du conditionnement, on note une relative disponibilité de poubelles de tri, de sacs poubelles de couleurs rouge, jaune et noire, de boîte de sécurité, de chariots de soins équipés de poubelle dans certaines structures de santé. De même, des initiatives isolées ont été développées dans des formations sanitaires pour pallier les ruptures en boîtes de sécurité pour objets tranchants et piquants. Il s'agit de l'utilisation des bidons, des bouteilles d'eau vides et de cartons.

Le matériel disponible pour le tri et le conditionnement répond plus ou moins aux normes dans la plupart des formations sanitaires mais reste insuffisant.

Pour le transport des déchets, certaines structures disposent de matériel et équipements adaptés.

En dépit de ces efforts d'amélioration de la gestion des DBM, les insuffisances suivantes peuvent être relevées :

- les infrastructures de stockage sont pour la plupart inadaptées;
- le stockage des DBM est souvent fait à l'air libre avec des risques de dispersion dans la nature;
- les régions sont faiblement couvertes en déchèteries aménagées pouvant recevoir les résidus des DBM;
- la maintenance préventive et curative des équipements est faiblement assurée ;
- les équipements sont faiblement disponibles et souvent inadaptés à toutes les étapes de la gestion des DBM.

2.6- OS-6 : Amélioration de la gestion de l'information sanitaire

Dans le cadre de l'organisation du SNIS, il existe dans tous les hôpitaux universitaires et régionaux un service en charge de l'information hospitalière. Au niveau des régions sanitaires et des districts sanitaires, il existe des services de l'information sanitaire et de surveillance épidémiologique qui a en charge la gestion de l'information sanitaire. L'information sanitaire produite est centrée sur la maladie et ne prend pas suffisamment en compte certains facteurs à risques pathogènes tels que les déchets biomédicaux.

Sur le plan de l'organisation de la collecte des données relatives à la gestion des DBM, il est important de relever les insuffisances en termes de :

- inexistence d'indicateurs clés sur la gestion des DBM y compris le niveau communautaire ;
- non-prise en compte de la gestion des DBM dans les supports de collecte des données de routine ;
- absence des données de gestion DBM dans la plateforme ENDOS ;
- absence d'un mécanisme fonctionnel de collecte de données sur la gestion des DBM à tous les niveaux.

2.7- OS-7 : Promotion de la recherche pour la santé

L'élaboration du plan de développement de la recherche pour la santé 2011-2020 permet au Ministère de répondre à des priorités en matière de recherche en santé. Les thématiques spécifiques comme celles liées à la gestion des DBM ne sont expressément mentionnées même si leur apport constituerait une avancée dans l'amélioration des prestations de soins. D'une manière globale, très peu d'évidences scientifiques sur les DBM sont établies au niveau national traduisant ainsi des insuffisances dans les volets suivants :

- capitalisation des résultats et des initiatives personnelles de recherches à des fins académiques ;
- accompagnement des ingénieurs sanitaires pour la recherche en lien avec l'amélioration de la gestion des DBM ;
- promotion de l'innovation technologique en matière de gestion des DBM ;
- partenariat avec les universités, instituts et centres de recherche.

2.8- OS-8 : Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé

Le financement des activités de gestion des DBM est accordé par certains partenaires conformément au principe du pollueur-payeur. Ainsi, les projets financés par la Banque mondiale dans le domaine de la santé et susceptibles de produire des déchets, sont assortis de volets « Gestion des DBM ».

Dans le cadre des campagnes de vaccination avec production massive de DBM, "Global alliance for vaccines and immunization" (GAVI) prévoit des ressources pour l'élimination des déchets de ces campagnes. Toutefois, la gestion des DBM issus du fonctionnement quotidien du système de soins connaît d'énormes difficultés de financement liées à :

- la faible allocation des ressources propres et celles du BE ;
- l'insuffisance de prise en compte du financement des activités de gestion des DBM dans les projets et programmes ;
- la faible implication des collectivités territoriale pour la mobilisation de ressources au niveau local ;
- l'insuffisance de mutualisation des ressources entre les secteurs publics et privés.

2.9- Récapitulatif des constats

Les principaux constats négatifs issus de l'analyse situationnelle de la gestion des DBM, peuvent être regroupés comme suit :

- dysfonctionnement des comités chargés des questions de gestion des DBM dans les structures de santé ;
- absence de plans d'action de gestion des DBM dans la majorité des structures de santé ;
- insuffisance de mise en œuvre des recommandations issues du suivi des activités de gestion des DBM ;
- absence de textes instituant les comités d'hygiène hospitalière dans les CMA ;
- absence de concertation entre les directions en charge des questions des DBM, les organisations des structures privées de santé, les autres secteurs ministériels, les municipalités, les organisations communautaires et les partenaires techniques et financiers ;
- faible perception des professionnels de la santé, de leurs rôles respectifs en matière de gestion des DBM ;
- insuffisance d'effectif des agents dans les services d'hygiène ;
- persistance des conflits de compétences entre les techniciens ;

- méconnaissance des textes règlementaires par les acteurs ;
- faible application des textes règlementaires par les acteurs ;
- faible disponibilité de certains documents de référence ;
- insuffisances du respect des principes et des bonnes pratiques de GDBM ;
- faible compétence des acteurs dans les domaines spécifiques de la gestion ;
- faible disponibilité de matériel et équipement répondant aux normes ;
- comportements et pratiques des acteurs non favorables à la bonne gestion des DBM ;
- insuffisance de partenariat public-privé ;
- faible disponibilité de technologies locales de gestion des déchets spéciaux ;
- contractualisation du transport et du traitement des DBM avec des prestataires privés non agréés ;
- absence de suivi des prestataires privés pour s'assurer que le traitement et l'élimination se font selon les normes ;
- nombre insuffisant d'agents formés/recyclés sur la gestion des DBM ;
- nombre insuffisant de prestataires chargés de l'enlèvement et du transport des DBM n'ayant reçu aucune formation ;
- insuffisance d'activités de communication de proximité ont été menées dans le cadre de la gestion des DBM ;
- faible adaptation des infrastructures de stockage;
- stockage à l'air libre des DBM avec des risques de dispersion dans la nature;
- faible couverture des régions en déchèteries aménagées pouvant recevoir les résidus des DBM;
- insuffisance de la maintenance préventive et curative des équipements ;
- faible disponibilité des équipements à toutes les étapes de la gestion des DBM ;
- inexistence d'indicateurs clés sur la gestion des DBM y compris le niveau communautaire ;
- non-prise en compte de la gestion des DBM dans les supports de collecte des données de routine ;
- absence des données de gestion DBM dans la plateforme ENDOS ;
- absence d'un mécanisme fonctionnel de partage d'information entre le privé et le public ;

- faible capitalisation des résultats des initiatives personnelles de recherches à des fins académiques ;
- faible accompagnement des ingénieurs sanitaires pour la recherche en lien avec l'amélioration de la gestion des DBM ;
- insuffisance de promotion de l'innovation technologique en matière de gestion des DBM ;
- insuffisance de partenariat avec les universités, instituts et centres de recherche ;
- faible allocation des ressources propres et celles du BE ;
- insuffisance de prise en compte du financement des activités de gestion des DBM dans les projets et programmes ;
- faible implication des collectivités territoriale pour la mobilisation de ressources au niveau local ;
- insuffisance de mutualisation des ressources entre les secteurs publics et privés.

2.10- Problèmes identifiés

La coordination et la collaboration intra et intersectorielles sont insuffisantes dans le domaine de la gestion des DBM du fait de la faible disponibilité de certains documents de référence, des dysfonctionnements des comités chargés des questions de gestion des DBM, de l'absence de concertation entre les acteurs impliqués dans la gestion des DBM et de l'insuffisance de suivi des prestataires privés. Ce qui a pour conséquences, une insuffisance de partenariat public-privé, une faible implication des collectivités territoriale pour la mobilisation de ressources au niveau local, le non-respect du principe "pollueur-payeur" et une faible prise en compte des activités de gestion des DBM dans les priorités des FS.

Les capacités opérationnelles des structures pour la gestion des DBM sont faibles à cause de la faible allocation des ressources propres et celles du BE, de l'insuffisance de prise en compte du financement des activités de gestion des DBM dans les projets et programmes, de l'insuffisance de mutualisation des ressources entre les secteurs publics et privés, du nombre insuffisant d'acteurs formés ou recyclés sur la gestion des DBM.

A cela s'ajoutent la faible adaptation des infrastructures de stockage, la faible couverture des régions en déchèteries aménagées pouvant recevoir les résidus des DBM, l'insuffisance de la maintenance préventive et curative des équipements et la faible disponibilité des équipements à toutes les étapes de la gestion des DBM. Il en résulte de cette situation, le stockage à l'air libre des DBM avec des risques de dispersion dans la nature, la contractualisation du transport et du traitement des DBM avec des prestataires privés non agréés, le risque d'accidents et d'exposition, l'augmentation du volume des déchets à gérer, l'augmentation de la charge de travail, le traitement inadéquat des déchets, l'accroissement des charges de fonctionnement, l'insuffisance dans la planification. En plus, on note la pollution de l'environnement, la détérioration de l'image de marque de la structure, la baisse de la fréquentation, la prolifération de germes et vecteurs de maladies et la contamination de la chaîne alimentaire.

Les comportements des acteurs ne favorisent pas une gestion adéquate des DBM. Cela est dû à la faible perception des professionnels de la santé, de leurs rôles respectifs en matière de gestion des DBM, à l'insuffisance d'activités de communication de proximité dans le cadre de la gestion des DBM, à la méconnaissance des textes réglementaires par les acteurs et à la faible application des textes réglementaires par les acteurs. Ce qui entraîne la persistance des conflits de compétences entre les techniciens, l'insuffisance du respect des principes et bonnes pratiques de gestion des DBM et la détérioration de l'image de marque de la structure.

Les informations et la recherche sur la gestion des DBM sont insuffisantes. Cette situation est liée à la faible capitalisation des résultats des initiatives personnelles de recherches à des fins académiques, au faible accompagnement des étudiants pour la recherche en lien avec l'amélioration de la gestion des DBM, à l'insuffisance de promotion de l'innovation technologique en matière de gestion des DBM, à l'insuffisance de partenariat avec les universités, instituts et centres de recherche, à l'inexistence d'indicateurs clés sur la gestion des DBM y compris le niveau communautaire, à la non-prise en compte de la gestion des DBM dans les supports de collecte des données de routine et à l'absence d'un mécanisme fonctionnel de collecte de données sur la gestion des DBM à tous les niveaux.

Ce qui entraîne la faible disponibilité de technologies innovantes locales de gestion des déchets spéciaux, l'absence des données de gestion DBM dans la plateforme ENDOS et l'insuffisance dans la planification des activités de gestion des DBM.

2.11- Analyse des problèmes identifiés

L'analyse des problèmes identifiés est résumée dans le tableau n°8 (voir annexe)

2.12- Actions proposées et résultats attendus en fonction des problèmes

Les actions et les résultats attendus en fonction des problèmes sont répertoriés dans le tableau n°9 (voir annexe)

III- ACTIONS PRIORITAIRES TRIENNALES DE GESTION DES DBM

3.1- Résultats par actions prioritaires et par orientation du PNDS

Tableau n°3: Identification des actions et des résultats en fonction des problèmes

OS- PNDS 2011-2020	Actions prioritaires	Produits	Effets
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	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontres des comités chargés des questions d'hygiène régulièrement tenues ; - Rôles et responsabilités des acteurs définis ; - Documents et textes de références disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comités chargés des questions d'hygiène fonctionnels ; - Services d'hygiène hospitalière fonctionnels ; - Contenus des documents et des textes de références effectivement appliqués; - Plans d'actions de GDBM mis en œuvre.
	Amélioration de la collaboration intra et intersectorielles	<ul style="list-style-type: none"> - Cadres de concertation des acteurs de la GDBM animés ; - Acteurs visés, touchés par le plaidoyer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion des DBM appropriée par tous les acteurs.
OS 2 ; Amélioration des prestations de services de santé	Mobilisation des ressources financières pour la gestion des DBM	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources financières allouées pour la gestion des DBM ; - Responsables de projets et programmes sensibilisés sur le principe du «pollueur-payeur» ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des activités en gestion des DBM sur financement FP et BE ; - Financement d'un volet en gestion des DBM prévu dans les projets et programmes.
	Renforcement des compétences des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Acteurs formés/recyclés selon leur profil, sur la gestion des DBM 	<ul style="list-style-type: none"> - Principes et bonnes pratiques en gestion des DBM respectés
	Renforcement des infrastructures et équipement de gestion des DBM	<ul style="list-style-type: none"> - Conventions de mutualisation des ressources signées ; - Infrastructures adaptées au stockage et à l'élimination des DBM disponibles ; - Equipements adaptés en gestion des DBM disponibles à tous les niveaux ; - Equipements en GDBM fonctionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conventions de mutualisation des ressources mises en œuvre ; - DBM stockés et éliminés selon les normes.

<p>OS 4 : Promotion de la santé et lutte contre la maladie</p>	<p>Communication pour le changement de comportement (CCC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Supports de communication disponibles ; - Professionnels de la santé informés sur leurs rôles et responsabilités dans la gestion des DBM ; - Usagers sensibilisés sur leurs rôles dans la gestion des DBM ; - Populations sensibilisées sur les risques liés au DBM ; - Prestataires privés sensibilisés sur les risques liés à la mauvaise manipulation des DBM ; - Textes réglementaires diffusés auprès des acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de la santé à tous les niveaux, s'impliquent dans la gestion des DBM ; - Consignes de gestion des DBM respectées par les usagers ; - Bonnes pratiques en gestion des DBM respectées par les Prestataires privés ; - Textes réglementaires appliqués par les acteurs.
<p>OS 6 : Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire</p>	<p>Renforcement de la gestion de l'information sur la gestion des DBM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Outils de collecte des données sur la GDBM disponibles à tous les niveaux ; - Acteurs formés sur l'utilisation des outils de collecte ; - Mécanisme de collecte des données mis en place ; - Acteurs de gestion des DBM supervisés et leurs activités suivies. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planification faite à tous les niveaux, sur la base des données factuelles ; - Données de gestion DBM disponibles dans la plateforme ENDOS ; - Données de qualités sur le DBM collectées et acheminées par les acteurs de terrain.
<p>OS 7 : Développement de la recherche en santé</p>	<p>Renforcement de la recherche en matière de gestion des DBM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats des initiatives personnelles de recherches à des fins académiques disponibles ; - Universités, instituts et centres de recherche briefés sur la nécessité de développer des thèmes de recherche sur la GDBM ; - Ressources mises à la disposition des étudiants pour la recherche sur la GDBM ; - Prototypes d'innovation technologiques sur les DBM vulgarisés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Universités, instituts et centres de recherche développent des thèmes de recherche sur la GDBM ; - Recherches sur la GDBM conduites par des étudiants sur financement du Ministère de la santé.

3.2- Indicateurs et cibles en fonction des résultats

Tableau n°4: Identification des actions et des résultats en fonction des problèmes

Résultats globaux	Indicateurs	Cible en 2020
1. La coordination et de l'organisation des services de la gestion des DBM à tous les niveaux sont renforcées	Proportion des rencontres de comités chargés des questions d'hygiène tenues ;	492 rencontres de comités tenues
	Proportion de structures disposant d'un document définissant les rôles et responsabilités des acteurs en matière de gestion des DBM;	82 structures disposent de document définissant les rôles et responsabilités des acteurs en matière de gestion des DBM
	Nombre par type de documents et textes de références élaborés	<ul style="list-style-type: none"> - 1 canevas-type d'élaboration des PA de gestion des DBM révisé selon la GAR est élaborés ; - 82 plans d'action triennaux de gestion des DBM sont élaborés par les structures ; - 1 référentiel de quantification des DBM est élaboré ; - 1 cahier de charge type pour la contractualisation du transport, traitement et élimination hors site des DBM est élaboré ; - 1 texte instituant la mise en place des comités d'hygiène hospitalière dans les CMA est disponible.
	Proportion des structures ciblées disposant des documents de référence sur la gestion des DBM	82 structures disposent d'au moins un (1) document de référence sur la gestion des DBM
	Proportion des comités chargés des questions d'hygiène fonctionnels ;	82 comités fonctionnels
	Proportion de services d'hygiène hospitalière fonctionnels ;	82 services d'hygiène hospitalière fonctionnels
	Proportion des plans d'actions de gestion des DBM mis en œuvre;	82 plans d'actions de gestion de DBM mis en œuvre
		Nombre de rencontres de concertations

2. La collaboration intra et intersectorielle est améliorée	des acteurs de la GDBM tenues	
	Nombre de conventions de mutualisation des ressources publics- privés signées	30 conventions de mutualisation de ressources publiques- privés signées
	Proportion des conventions signées mises en œuvre	30 conventions signées mises en œuvre
	Nombre d'acteurs touchés par le plaidoyer en faveur de la GDBM	95 décideurs touchés
	Proportion des décideurs touchés par le plaidoyer et engagés dans la gestion des DBM	70 décideurs engagés
3. Les ressources financières pour la gestion des DBM sont disponibles	Taux de mobilisation des ressources pour la gestion des DBM	
	Existence d'un mécanisme de financement innovant pour la gestion des DBM	Un arrêté de taxation spécifique des fournisseurs de produits et médicaments de santé est adopté pour la gestion des DBM
	Taux d'allocation des ressources financières pour la gestion des DBM	
	Proportion de responsables de projets et programmes sensibilisés sur le principe du «pollueur-payeur» ;	20 responsables de projets et programmes sensibilisés sur le principe du «pollueur-payeur» ;
	Proportion des allocations sur FP et sur BE pour la gestion des DBM	- 20% du budget consacré à la GDBM est sur financement fonds propre; - 30% du budget consacré à la GDBM est sur financement BE.
	Nombre de projets et programmes ayant prévus un volet financement de la gestion des DBM	5 projets et programmes ont prévu un volet financement de la gestion des DBM
4. Les compétences des acteurs impliquées dans	Proportion des acteurs formés/recyclés selon leur profil, sur la gestion des déchets biomédicaux	- 3 690 agents de santé des CHU, CHR, CMA publics sont formés/recyclés sur la GDBM selon leur profil ; - 630 agents de santé des polycliniques, cliniques sont formés/recyclés sur la GDBM selon leur profil ;

la gestion des DBM sont renforcées		- 300 agents des entreprises privés en charge de la GDBM sont formés dans leur domaine d'intervention
	Proportion des acteurs formés/recyclés respectant les principes et bonnes pratiques de gestion des DBM	- 70% des acteurs formés/recyclés respectent les principes et bonnes pratiques de gestion des DBM
	Proportion des acteurs formés sur la quantification des DBM	- 95 acteurs des structures publiques et 5 de la FASPB sont formés sur la quantification des DBM.
5. Les infrastructures et équipements de gestion des DBM sont renforcés	Proportion des structures disposant d'infrastructures adaptées au stockage des DBM	150 structures (hôpitaux et CMA publics et privés) de santé disposent d'infrastructures de stockage adapté.
	Proportion des structures disposant d'infrastructures adaptées à l'élimination des DBM	300 structures (hôpitaux, CMA et CSPS publics et privés) disposent d'infrastructures d'éliminations adaptées
	Proportion des structures disposant des équipements adaptés pour la gestion des DBM à toutes les étapes	500 structures (hôpitaux, CMA et CSPS publics et privés) disposent des équipements adaptés pour la gestion des DBM à toutes les étapes.
	Proportion des infrastructures de traitements fonctionnels pour la GDBM	- 82 incinérateurs sont fonctionnels dans les CHU, CHR, CMA ; - 2 Centres de destructions de DBM fonctionnels à Ouaga et Bobo.
	Proportion de personnel chargé de la collecte utilisant les équipements de protection individuelle	80% des acteurs observés utilisent les EPI
	Proportion de DBM éliminée selon les normes	80% des DBM éliminées selon les normes
	Proportion de maternités de CSPS centrés sur une commune rurale, ayant de vidoir pour les déchets liquides	351 maternités des CSPS des chefs-lieux de communes disposent de vidoir pour les déchets liquides.
	Nombre de supports de communication disponibles sur la GDBM	- 1 film de capitalisation des bonnes pratiques en matière de GDBM ; - 1 spot TV et radio sur les risques liés à la mauvaise gestion des DBM ; - 1 affiche sur les rôles et responsabilités des professionnels de la santé

6. La communication pour le changement de comportement (CCC) en faveur de la gestion des DBM est renforcée		<p>dans la gestion des DBM est conçue ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3000 exemplaires de l'affiche sur les rôles et responsabilités des usagers dans la gestion des DBM sont reproduits.
	Proportion des professionnels de la santé enquêtés déclarant percevoir leurs rôles et responsabilités dans la gestion des DBM	4000 exemplaires de l'affiche sur les rôles et responsabilités des professionnels de la santé dans la gestion des DBM sont reproduits.
	Nombre d'usagers sensibilisés sur leurs rôles dans la gestion des déchets dans les structures de soins	100 diffusions du spot TV et 200 diffusions de la version radio sur les rôles et responsabilités des usagers dans la gestion des déchets dans les structures de soins sont réalisées.
	Nombre de populations sensibilisées sur les risques liés aux DBM	100 diffusions du spot TV et 200 diffusions de la version radio sur les risques liés aux DBM sont réalisées.
	Proportion des prestataires privés sensibilisés sur les risques liés à la mauvaise manipulation des DBM	80% des prestataires privés formés sont sensibilisés sur les risques liés à la mauvaise manipulation des DBM.
	Proportion de prestataires privés respectant les bonnes pratiques de gestion des DBM	60% des prestataires privés formés respectent les bonnes pratiques de gestion des DBM.
7. L'information sur la gestion des DBM est disponible	Proportion de structures disposant des outils de collecte de données sur la GDBM	100% des structures de santé publiques et privées
	Nombre d'acteurs formés sur l'utilisation des outils de collecte	220 acteurs formés sur l'utilisation des outils de collecte
	Nombre d'acteurs de gestion des DBM supervisés et leurs activités suivies	220 acteurs de gestion des DBM supervisés et leurs activités suivies
	Proportion de plan d'actions élaborées sur la base des données factuelles	<ul style="list-style-type: none"> - 95 plans d'action au niveau du public (CHU, CHR, CMA, DRS) élaborés sur la base des données factuelles ; - 30 plans d'action au niveau des privés (polycliniques et cliniques) élaborés sur la base des données factuelles
	Existence des données renseignées de gestion DBM dans la plateforme ENDOS	Les indicateurs clés de gestion des DBM sont disponibles dans la plateforme ENDOS.

8. La recherche en matière de gestion des DBM est développée	Nombre de résultats des initiatives personnelles de recherches à des fins académiques disponibles	12 rapports de recherches de recherches à des fins académiques sont disponibles.
	Nombre d'Universités, instituts et centres de recherche briefés sur la nécessité de développer des thèmes de recherche sur la GDBM	15 Universités, instituts et centres de recherche briefés sur la nécessité de développer des thèmes de recherche sur la GDBM.
	Nombre d'étudiants ayant reçu des ressources pour la recherche sur la GDBM	6 étudiants ont reçu des ressources pour la recherche sur la GDBM.
	Nombre de prototypes d'innovation technologiques sur les DBM vulgarisés	
	Proportion d'Universités, instituts et centres de recherche développent des thèmes de recherche sur la GDBM	5 Universités, instituts et centres de recherche développent des thèmes de recherche sur la GDBM.
	Proportion des recherches sur la GDBM conduites par des étudiants sur financement du Ministère de la santé	6 recherches sur la GDBM conduites par des étudiants sur financement du Ministère de la santé.

3.3- Modèle logique des interventions de gestion des DBM

Tableau n°5: Modèle logique des interventions de gestion des DBM

INTRANTS	ACTIVITES	EXTRANTS	EFFETS	IMPACT
<ul style="list-style-type: none"> - Ressources financières existantes et à mobiliser - Ressources 	<ul style="list-style-type: none"> - Former les professionnels de la santé et les prestataires privés ; - Sensibiliser les usagers des formations sanitaires et les populations ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Acteurs formés et supervisés ; - Usagers des formations sanitaires et les Populations sensibilisés ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Services et comités d'hygiène fonctionnels ; - Tri effectif à la base ; - Quantification de DBM au niveau des structures ; - Absence de décharges sauvages des 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du confort des populations - Diminution de la pollution de

<p>humaines</p> <p>- Ressources matérielles existantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer les documents de référence sur la gestion des DBM ; - Acquérir du matériel et consommables de gestion des DBM ; - Construire/réhabiliter les infrastructures de stockage et d'élimination des DBM ; - Renforcer les cadres de concertation entre les acteurs de gestion des DBM ; - Suivre/superviser les acteurs ; - Collecter, traiter et analyser les données sur la gestion des DBM ; - Evaluer périodiquement le plan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Documents de références de la gestion élaborés ; - Acteurs compétents ; - Consommables, matériels et équipements acquis ; - Incinérateurs adaptés fonctionnels ; - Conventions de partenariat public-privé signées ; - Les secteurs concernés par la gestion des DBM impliqués dans la concertation ; - Outils de collectes des données disponibles ; - Base de données sur la gestion des DBM existante. 	<ul style="list-style-type: none"> - DBM ; - Collecte des DBM selon les normes ; - Dispositif de traçabilité des DBM effectif et fonctionnel ; - Durée moyenne de vie des équipements prolongée ; - Bonnes pratiques de gestion des DBM respectées par les Prestataires privés ; - Décideurs engagés pour la cause de la gestion des DBM ; - Données de qualités sur le DBM collectées et acheminées par les acteurs de terrain ; - Données de gestion des DBM disponibles sur ENDOS ; - DBM stockés, traités et éliminés selon les normes ; - Mise en œuvre des activités de gestion des DBM sur financement FP et BE ; - Financement d'un volet de gestion des DBM prévu dans les projets et programmes. 	<p>l'environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduction de la prévalence des maladies nosocomiales
<p>INDICATEURS D'INTRANTS</p>	<p>INDICATEURS DE PROCESSUS</p>	<p>INDICATEURS DE PRODUITS</p>	<p>INDICATEURS D'EFFETS</p>	<p>INDICATEURS DE CONTRIBUTION A L'IMPACT</p>
<p>SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE</p>			<p>ÉVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE</p>	

IV- CADRE DE PERFORMANCE

Tableau n°6: Synthèse du cadre de performance

Indicateurs	Base line	Cible visée			Sources	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
		2018	2019	2020				
EFFET								
1. Proportion des comités/services chargés des questions d'hygiène hospitalière, fonctionnels dans les CHU/CHR	38%	60%	80%	100%	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA
2. Proportion des unités de soins respectant le tri des DBM à la base.	ND	50%	-	100%	Rapport d'enquête	Enquête	Biennale	DPS
3. Proportion de structures disposant d'un mécanisme fonctionnel de suivi de la traçabilité des DBM	0%	30%	-	70%	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA
4. Proportion de prestataires privés respectant les bonnes pratiques de gestion des DBM	0%	20%	-	100%	Rapport d'enquête	Enquête	Biennale	DPS
5. Existence de données sur les DBM à jour dans la plateforme ENDOS	ND	-	100%	-	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	A la 2e année de MEO	DPS
6. Quantité de DBM produit par types de structures sanitaires	ND	-	-	-	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA
7. Proportion de DBM éliminés selon les normes	0%	20%	50%	80%	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA
8. Proportion des Financements innovants de la gestion des DBM	ND	10%	30%	50%	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Annuelle	DPS

EXTRANTS								
9. Proportion des structures disposant des documents de référence élaborés	0%	100%	100%	100%	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Semestrielle	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA
10. Taux de disponibilité du matériel de gestion des DBM dans les structures de santé	ND	60%	70%	80%	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA
11. Proportion des acteurs formés sur la gestion des DBM selon le profil	5%	60%	100%	100%	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Semestrielle	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA
12. Proportion des acteurs formés ayant bénéficié d'au moins une supervision	ND	100%	100%	100%	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA
13. Proportion des agents des autres secteurs impliqués lors des rencontres de concertations sur la gestion des DBM	ND	30%	40%	40%	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA
14. Nombre de conventions de mutualisation des ressources publics- privés signées	ND	2	2	1	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	Chefs SPD-DRS
15. Nombre de décideurs touchés par le plaidoyer en faveur de la GDBM	20%	95	-	-	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Annuelle	DPS
16. Proportion des incinérateurs adaptés et fonctionnels	5%	20%	50%	60%	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Annuelle	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA
17. Proportion de structures disposant des outils de collecte de données sur la GDBM	0%	100%	100%	100%	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	A la 1ere année de MEO	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA
18. Existence d'une base de données à jour sur la gestion des DBM	0%	-	-	100%	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	A la 1ere année de MEO	DPS
PROCESSUS								
19. Nombre de rencontres de concertations des acteurs de la GDBM tenues	1%	164	164	164	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA
20. Nombre de sessions de formations des acteurs sur la gestion des DBM, organisées	92	93	93	93	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA

21. Nombre de rencontres de plaidoyer auprès des décideurs sur la gestion des DBM tenues	1	5	-	-	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	DPS
22. Nombre de sorties de supervisions des acteurs dur la GDBM réalisées	ND	54	54	54	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	Chefs SPS-DRS
23. Nombre de supports de communication reproduits par type (affiches et DVD film)	2000 Affiches	3000 - 100	3000 - 100	1000 - 50	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	DPS
24. Nombre de diffusion télé et radio réalisées	ND	100 TV ; 200 Radios	50 TV ; 100 Radios	50 TV ; 100 Radios	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	Chefs SPS-DRS
25. Nombre de recherches menées sur les thématiques de gestion des DBM	0	3	4	4	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Trimestrielle	DPS
26. Nombre d'édition de Prix récompensant les lauréats d'innovation technologique en matière de gestion des DBM	1	1	1	1	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Annuelle	DPS
INTRANTS								
27. Taux de mobilisation des ressources pour la gestion des DBM	ND	-	-	-	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Annuelle	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA
28. Taux d'allocation des ressources financières pour la gestion des DBM	ND	-	-	-	Rapport de MEO du Plan DBM 2018-2020	Routine	Annuelle	Chef de Service d'hygiène des CHU-CHR-CMA

V- PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE DES ACTIVITÉS

Tableau n°7: Planification des activités par action prioritaire et par résultats

Orientation stratégique N°1 : Développement du leadership et de la gouvernance en matière de gestion des DBM								
Résultat 1: La coordination et de l'organisation des services de la gestion des DBM à tous les niveaux sont renforcées								
Indicateurs de résultats: (i) 492 rencontres de comités tenues ; (ii) 82 structures disposent de document définissant les rôles et responsabilités des acteurs en matière de gestion des DBM ; (iii) 1 canevas-type d'élaboration des PA de gestion des DBM révisé selon la GAR est élaboré ; (iv) 82 plans d'action triennaux de gestion des DBM sont élaborés par les structures ; (v) 1 référentiel de quantification des DBM est élaboré ; (vi) 1 cahier de charge type pour la contractualisation du transport, traitement et élimination hors site des DBM est élaboré ; (vii) ; (viii) 82 structures disposent d'au moins un (1) document de référence sur la gestion des DBM ; (ix) 82 comités fonctionnels ; (x) 82 services d'hygiène hospitalière fonctionnels ; (xi) 82 plans d'actions de gestion de DBM mis en œuvre.								
N°	Activités	Années			Responsable	Autres concernés	Coût	Source de financement
		An1	An2	An3				
1.	Tenir trimestriellement une rencontre du CTHSCT au niveau des CHR/CHU et CMA	x	x	x	CHU/CHR/CMA	DRS, DS, PTF	PM	Fonds propres
2.	Elaborer un texte instituant la mise en place des comités d'hygiène hospitalière dans les CMA public et les structures privées	x			DPS	DGS, DES, CHR, CHU, DRS, DS, FASPB, PTF	3 836 720	BM
3.	Réviser les modules de formation DBM	x			DPS	DGS, DES, CHR, CHU, DRS, DS, FASPB, PTF	4 572 720	BM
4.	Réviser le canevas-type d'élaboration des PA de gestion des DBM suivant la GAR	x			DPS	DGS, DES, CHR, CHU, DRS, DS, FASPB, PTF	4 572 720	Expertise France
5.	Elaborer dans chaque CHU, CHR et CMA, un plan d'action triennal de gestion des DBM	x			CHU/CHR/CMA	DRS, DS, PTF	PM	FP/BE
6.	Elaborer un cahier de charge type pour la contractualisation du transport, traitement et élimination hors site des DBM	x			DPS	DGS, DES, CHR, CHU, DRS, DS, FASPB, PTF	15 657 025	BM
7.	Reproduire en 2000 exemplaires, le cahier de	x			DPS	PADS, DMP	1 650 000	BM

	charge type pour la contractualisation du transport, traitement et élimination hors site des DBM							
8.	Elaborer les normes en infrastructures, équipements et RH pour la gestion des DBM par niveau				DPS	DGS, DES, CHR, CHU, DRS, DS, FASPB, PTF	17 376 000	Expertise France
9.	Reproduire en 2000 le document de normes en infrastructures, équipements et RH pour la gestion des DBM par niveau	x			DPS	Expertise France	1 650 000	Expertise France
10.	Organiser une rencontre nationale de diffusion des documents de référence sur la gestion des DBM dans les structures de santé	x			DPS	DGS, DES, CHR, CHU, DRS, DS, FASPB, PTF	3 185 860	BM
11.	Réaliser un audit organisationnel de la gestion des DBM au plan national	x			DPS	DGS, DES, CHR, CHU, DRS, DS, FASPB, PTF	19 203 300	Expertise France
12.	Organiser une rencontre de plaidoyer sur la gestion des DBM à l'endroit de la commission Affaire sociale de l'AN				DPS	DGS, FASPB, DES	825 000	BM
Total OS 1 R1 = 72 529 405 FCFA								
Résultat 2 : La collaboration intra et inter sectorielle, le partenariat et les cadres de concertation sont renforcés								
Indicateurs de résultat : (i) 82 rencontres de concertations des auteurs de la GDBM tenues ; (ii) 30 conventions de mutualisation de ressources publiques-privés signées ; (iii) 30 conventions signées mises en œuvre ; (iv) 409 décideurs engagés pour la cause de la GDBM								
N°	Activités	Années			Responsable	Autres concernés	Coût FCFA	Source de financement
		An1	An2	An3				
13.	Organiser une rencontre de concertation sur le partenariat Public-Privé sur la gestion des DBM		x		DPS	SG, DGS, DES, FASPB	635 000	BE
14.	Organiser une rencontre de plaidoyer au niveau central avec l'ensemble des présidents des		x		DPS	DGS	2 323 360	BM

	conseils régionaux et Gouverneurs sur la gestion des DBM							
15.	Faire un plaidoyer auprès des Maires lors d'une session de l'AMBF pour la gestion des DBM		x		DPS	DGS,	250 000	BE
16.	Organiser une rencontre de plaidoyer au niveau central avec l'ensemble des DRS, des DG de CHR/CHU sur la gestion des DBM	x			DPS	DGS, DRS, CHR/CHU FASPB, PADS, BM, Expertise France , DES.	5 416 450	BM
17.	Tenir des rencontres de concertations des acteurs de la GDBM dans les structures de santé	x	x	x	CHU/CHR/CMA	DRS,DES, DGESS, DGS,FASPB MEEVCC,PTF	15 292 830	BM
Total OS1 R2= 23 917 640 FCFA								
TOTAL OS1= 96 447 045 FCFA								
Orientation stratégique N°2 : Amélioration des prestations de services de gestion des DBM								
Résultat 3 : Les ressources financières pour la gestion des DBM sont disponibles								
Indicateurs de résultats: (i) 20 responsables de projets et programmes sensibilisés sur le principe du «pollueur-payeur» ; (ii) 20% du budget consacré à la GDBM est sur financement fonds propre; (iii) 30% du budget consacré à la GDBM est sur financement BE								
N°	Activités	Années			Responsable	Autres concernés	Coût	Source de financement
		An1	An2	An3				
18.	Faire un plaidoyer pour l'application du pollueur-payeur par la mise en place d'un système de taxation des fournisseurs pour l'élimination des déchets générés par leurs produits.		x		DPS	SG, DGS, DGPML DAF, MINEFID, MEEVCC	320 000	BE
19.	Faire un plaidoyer pour l'inscription d'une ligne budgétaire pour la GDBM dans les budgets du MS, des DRS, DS, CHU et CHR.	x			DPS	SG, DAF, DGS DES PTF MENEFID	235 000	BE

20.	Organiser une rencontre annuelle de plaidoyer à l'endroit des PTF pour une prise en compte du principe du « pollueur-payeur » dans leurs projets et programmes d'intervention	x			DPS	PTF, DES, FASPB, MEEVCC	310 500	BE
Total OS2 R3= 865 500 FCA								
Résultat 4: Les compétences des acteurs impliquées dans la gestion des DBM sont renforcées								
Indicateurs de résultats: (i) 3 690 agents de santé des CHU, CHR, CMA publics sont formés/recyclés sur la GDBM selon leur profil ; (ii) 630 agents de santé des polycliniques, cliniques sont formés/recyclés sur la GDBM selon leur profil ; (iii) 300 agents des entreprises privés en charge de la GDBM sont formés dans leur domaine d'intervention, (iv) 95 acteurs des structures publiques et 5 de la FASPB sont formés sur la quantification des DBM								
N°	Activités	Années			Responsable	Autres concernés	Coût	Source de financement
		An1	An2	An3				
21.	Organiser chaque année, une session de formation de 3 jours pour 15 acteurs par CHR.CHU/CMA publics sur la gestion des DBM selon leur profil	x	x	x	DRS, DS	DPS, structures de santé	206 867 970	Expertise France
22.	Organiser des sessions de 3 jours pour la pour la formation par an de 210 agents de santé des polycliniques, cliniques sur la GDBM selon leur profil ;	x	x	x	DRS, DS	DPS, structures de santé	57 470 805	BM
23.	Organiser 2 sessions de 3 jours chacune (Ouaga 35 personnes et BOBO 30 personnes) par /session/an des agents des entreprises privées en charge de la GDBM	x	x	x	DRS, DS	DPS, structures de santé	10 723 800	BM
24.	Former en 2 sessions, 95 acteurs des structures publiques et 5 de la FASPB sur la quantification des DBM	x	x		DPS	DRS, DS, structures de santé	14 020 800	Expertise France
25.	Réaliser un voyage d'études de 4 personnes au Maroc en matière de GDBM	x			DPS	DGS, DRS, DES, structures de santé	6 150 000	BM

26.	Former chaque année, 20 techniciens des CHU/CHR/CMA en DU Hygiène hospitalière	x	x	x	DPS	PADS, Structure de formation	78 000 000	BM
27.	Organiser des voyages d'études et de partages d'expériences au Sénégal et au Rwanda sur la gestion des DBM		x	x	DPS	CT/MS, DGS, PADS	10 700 000	BM

Total OS2 R4= 383 933 375 FCFA

Résultat 5: Les infrastructures et équipements de gestion des DBM sont renforcés

Indicateurs de résultats: (i) 150 structures (hôpitaux et CMA publics et privés) de santé disposent d'infrastructures de stockage adaptés, (ii) 300 structures (hôpitaux, CMA et CSPS publics et privés) disposent d'infrastructures d'éliminations adaptées, (iii) 500 structures (hôpitaux, CMA et CSPS publics et privés) disposent des équipements adaptés pour la gestion des DBM à toutes les étapes, (iv) 82 incinérateurs sont fonctionnels dans les CHU, CHR, CMA, (v) 2 Centres de destructions de DBM fonctionnels à Ouaga et Bobo, (vi) 80% des DBM éliminées selon les normes, (vii) 351 maternités des CSPS des chefs-lieux de communes disposent de vidoir pour les déchets liquides

N°	Activités	Années			Responsable	Autres concernés	Coût	Source de financement
		An1	An2	An3				
28.	Equiper les structures de soins (CHU, CHR, CMA, CSPS), en balances/basculles pour la quantification des DBM 10 balances par CHU, 5 par CHR, 3 par CMA, 1 par CSPS)	x	x		PADS	DGS, DAF, DRS ; DS DPS	99 400 00	Expertise France
29.	Equiper en matériel (sachet, poubelles, boîte de sécurité) répondant aux normes pour le tri à la base des DBM dans à tous les niveaux	x	x		Structures de santé	Partenaires des structures	74 500 000	Expertise France
30.	Equiper les structures de soins (CHU/CHR/CMA) en chariots de 200 litres pour le transport interne des DBM	x	x		Collectivités territoriales /Etat	DPS, DRS ; Structures privées, Expertise France	126 840 000	Expertise France
31.	Equiper les structures des soins (CHU/CHR, CMA) en bacs à roulettes de 6000 litres pour le stockage des DBM assimilables aux ordures ménagères	x	x		PADS	DGS, DPS, DAF ; Expertise France	105 600 000	Expertise France
32.	Construire/réhabiliter selon les normes et	x	x		PADS	DGS, DPS, DAF,	539 500 000	Expertise France

	standards, un local de stockage des DBM par CHU-CHR-CMA et par CSPS (1000)					Expertise France			
33.	Acquérir en stock tampon, 1 000 000 de boîtes de sécurités, 2 000 000 de sacs poubelles étiquetés, 250 000 réceptacles, 15 000 collecteurs, au profit des CHU-CHR-CMA-CSPS	x	x			PADS	DGS, DPS, DAF, Expertise France	4 375 000 000	Expertise France
34.	Construire et équiper 2 centres de traitement des DBM équipés pour Ouaga et Bobo	x	x			FASPB	DGS, DGS, PADS, SP-CNLS, Expertise France, les collectivités	3000 000 000	Partenaires de FASPB
35.	Equiper en incinérateurs de grande capacité les CHU/CHR, en incinérateurs de moyenne capacité pour les CMA/HD et en incinérateurs types CSPS dans les chefs-lieux de communes.	x	x			DPS	DGS, PADS, DAF, CT	6 132 656 000	BM/Expertise France
36.	Equiper 351 maternités de CSPS des chefs-lieux de communes en vidoirs pour l'élimination des déchets liquides	x	x	x		PADS	DGS, DPS, DAF	351 000 000	BM
37.	Equiper en kits de protection individuelle (tenues thermo-isolantes, gants, chaussures de sécurité), les CHU-CHR-CMA-CSPS pour la gestion des DBM (5000)	x	x	x		PADS	DGS, DPS, DAF, Expertise France	100 000 000	Expertise France
38.	Acquérir des équipements de traitements des déchets spécifiques (radioactifs, métaux lourds, produits chimiques etc.).	x	x	x		CMA/CHR/CHU	DAF, DS, DRS	88 150 000	BM/Expertise France/BE
39.	Assurer la maintenance préventive et curative des incinérateurs.	x	x	x		CSPS/CMA/CHR/CHU	PADS, DAF, Expertise France, DS, DRS, DPS	114 800 000	BM/Expertise France/BE
40.	Former 95 personnes des services de maintenance des structures publiques sur la maintenance préventive et curative des incinérateurs	x	x			DRS	CMA/CHR/CHU PADS, DPS, DS, Expertise France	24 379 190	BM/Expertise France/BE

41.	Former 82 opérateurs d'incinération des CHU, CHR, et CMA publics sur la gestion des incinérateurs.	x		x	DRS	CMA/CHR/CHU PADS, DPS, DS, Expertise France	23 452 790	BM/Expertise France/BE
42.	Réaliser une étude de faisabilité pour la mise en place de station d'épuration au profit de 5 CHU.		x		DPS	PADS, DMP, Expertise France	35 138 000	BM/Expertise France/BE
43.	Appuyer la gestion des déchets biomédicaux issus des campagnes de vaccination	x	x	x	DPV	DGS, DPS, DRS, DS, PTF	PM	PTF DPV
Total OS2 R5= 15 190415 980 FCFA								
Total OS2= 15 575 214 855 FCA								
Orientation stratégique N°4: Promotion de la santé et lutte contre la maladie								
Résultat 6: La communication pour le changement de comportement (CCC) en faveur de la gestion des DBM est renforcée								
<p>Indicateurs de résultats: (i) un film sur la gestion des DBM au Burkina Faso est réalisé ; (ii)- 1 spots TV et radio sur les risques liés à la mauvaise gestion des DBM ; (iii) 1 spots TV et radios sur les rôles et responsabilités des professionnels de la santé dans la gestion des DBM ; (iv) 1 affiche sur les consignes de gestion des déchets par les usagers des structures de santé est élaborée ; (v) le spot TV et radios sur les rôles et responsabilités des professionnels de santé dans la gestion des DBM, est diffusé 300 fois ; (vi) le spot TV et radios sur les rôles et responsabilités des usagers dans la gestion des déchets dans les structures de soins, est diffusé 300 fois ; (vii) 300 diffusions du spot TV et radios sur les risques liés aux DBM ; (viii) 50 prestataires privés sensibilisés sur les risques liés à la mauvaise manipulation des DBM ; (ix) 9 rencontres de diffusion des textes réglementaires en matière de gestion des DBM ; (x) 80% des professionnels touchés par les sensibilisations; (xi) une rencontre de plaidoyer auprès du Ministère en charge des finances pour l'octroi de facilités d'acquisition du matériel de transport adéquats de gestion des DBM, est réalisée ; (xii) 80% des prestataires touchés par les sensibilisations ; (xiii) un plan de communication pour la gestion des DBM.</p>								
N°	Activités	Années			Responsable	Autres concernés	Coût	Source de financement
		An1	An2	An3				
44.	Organiser une rencontre annuelle avec les prestataires privés de gestion des DBM pour une professionnalisation de la filière.	x	x		DPS	DGS, DES, FASPB, prestataires privés	3 525 000	BM
45.	Tenir une rencontre de plaidoyer à l'endroit du Ministère en charge des finances pour l'octroi de facilités d'acquisition du matériel de transport adéquats de gestion des DBM	x			MS	DAF, DGS, DGESS DPS MINEFID	235 000	BE

46.	Diffuser le spot TV et radio sur les risques liés à la mauvaise gestion des DBM	x	x	x	DPS	Agence de communication, PADS, Télévisions et radios	6 400 000	BM
47.	Réaliser un film documentaire sur la gestion des DBM au Burkina Faso avec des spots de sensibilisation		x		DPS	Agence de communication, Expertise France	4 819 600	BM/Expertise France
48.	Diffuser le film documentaire sur la gestion des DBM au Burkina Faso		x	x	DPS	Agence de communication, Expertise France	7 250 000	BM/Expertise France
49.	Diffuser le spot TV et radio sur les rôles et responsabilités des patients et des accompagnants dans la gestion des déchets dans les structures de santé	x	x	x	DPS	Agence de communication	20 000 000	BM/Expertise France
50.	Réaliser une affiche sur les consignes de gestion des déchets par les usagers des structures sanitaires	x			DPS	Agence de communication	650 000	BM/Expertise France
51.	reproduire en 20 000 exemplaires, l'affiche sur les consignes de gestion des déchets par les usagers des structures sanitaires	x			DPS	Structure d'impression	4 800 000	BM/Expertise France
52.	Reproduire l'affiche sur le tri des DBM en 20 000 exemplaires	x			DPS	PADS Structure d'impression, Expertise France	4 800 000	Expertise France
53.	Organiser des rencontres d'information des acteurs sur le référentiel national de collecte de données, de quantification des DBM et d'évaluation des performances des structures de soins en matière de gestion des DBM	x			DPS	DGS, DES	12 468 255	BM
Total OS4 R6= 68 147 855FCA								
Total OS4= 68 147 855 FCA								

Orientation stratégique N°6 : Amélioration de la gestion du système d'information sur la gestion des DBM

Résultat 7 : L'information sur la gestion des DBM est disponible

Indicateurs de résultats: (i) 100% des structures de santé publiques et privées disposent des outils de collecte des données DBM ; (ii) 220 acteurs formés sur l'utilisation des outils de collecte ; (iii) 220 acteurs de gestion des DBM supervisés et leurs activités suivies ; (iv) 3 types de données de gestion DBM (quantité produite, quantité détruite, fonctionnalité des incinérateurs) disponibles dans la plateforme ENDOS.

N°	Activités	Années			Responsable	Autres concernés	Coût	Source de financement
		An1	An2	An3				
54.	Former les acteurs sur le référentiel national de collecte et d'acheminement des données sur la gestion des DBM	x	x		DPS	DSS, DRS, DS, CHR, CHU, Structures privées, DGS, DES, Expertise France	19 119 390	Expertise France
55.	Organiser un atelier d'élaboration des indicateurs et des outils de collecte des données sur la gestion des DBM à Koudougou	x			DPS	DSS, DRS, DS, CHR, CHU, Structures privées, DGS, DES, PTF, Expertise France	6 077 080	Expertise France
56.	Acquérir 15 ordinateurs portables pour la gestion de l'information sur la gestion des DBM dans les régions et à la DPS (13 +02)	x			DAF	DPS, DRS	PM	BE
57.	Elaborer une base de données sur la gestion des DBM prenant en compte les autres aspects de l'hygiène hospitalière.	x			DPS	DGS, DSS, DRS, FASPB, DES, Expertise France	3 567 200	Expertise France
58.	Organiser une rencontre annuelle de validation des données sur la gestion des DBM	x	x	x	DPS	DGS, DSS, DRS, FASPB, DES, Expertise France	3 230 400	Expertise France
59.	Organiser des missions semestrielles de suivi des acteurs de gestion des DBM Dans les 13 régions en six (6) Axes	x	x	x	DPS	DSS, DRS, DS, CHR, CHU, Structures privées	25 143 375	BM
60.	Organiser des missions semestrielles de	x	x	x	DRS	DS Structures	PM	

	supervision intégrée des acteurs de gestion des DBM dans les DS par les DRS					privées		
61.	Elaborer un bulletin semestriel de rétro-information sur la gestion des DBM		x	x	DPS	DGS, DES, Expertise France	3 900 000	Expertise France
62.	Organiser une rencontre bilan à mi-parcours et final du plan triennal		x	x	DPS	MS, SG, DGS, DGESS, PADS, BM, Expertise France, DAF, OOAS, FASPB, DRS, DS, CHR, CHU	7 872 020	BM
Total OS6 R7= 88 407 465								
Total OS6 R7= 168 103 085								
OS 7 : Développement de la recherche en santé								
Résultat 8 : La recherche en matière de gestion des DBM est développée								
Indicateurs de résultats: (i) 3 résultats des initiatives personnelles de recherches à des fins académiques disponibles ; (ii) 15 Universités, instituts et centres de recherche briefés sur la nécessité de développer des thèmes de recherche sur la GDBM ; (iii) 6 étudiants ont reçu des ressources pour la recherche sur la GDBM ; (iv) 2 modèles d'incinérateurs locaux conçus et vulgarisés ; (v) recherches sur la GDBM conduites par des étudiants sur financement du Ministère de la santé, (vi) Une évaluation finale du plan est réalisée								
N°	Activités	Années			Responsable	Autres concernés	Coût	Source de financement
		An1	An2	An3				
63.	Organiser une rencontre de plaidoyer avec les Universités, les instituts et centres de recherche sur la nécessité de développer des thèmes de recherche sur la gestion des DBM.	x			DPS	DGS, DES, Universités, les instituts et centres de recherche	1 332 250	BM
64.	Organiser une rencontre d'échange avec les écoles de formation en santé sur la nécessité d'intégrer des modules sur la gestion des DBM	x			DPS	DGS, DES, Universités, les instituts de formation en santé	3 275 000	BM
65.	Organiser 2 ateliers de capitalisation des prototypes d'innovation technologiques pour la gestion des DBM.		x	x	DPS	DGS DES DRS DS FASPB SOGEMAB	13 893 580	BM

66.	Inscrire un prix au FRSIT pour récompenser les meilleures technologies innovantes dans le domaine de la gestion des DBM	x	x	x	MS	DGS, DGESS, DPS	2 250 000	BE
67.	Tenir une rencontre annuelle d'échanges de 3 jours sur l'utilisation des incinérateurs retenus par le MS.	x	x	x	DPS	DGS, DGESS, DRS , DS, CHR	4 715 280	BM
68.	Expérimenter sur 10 sites, les incinérateurs retenus pour la gestion des DBM solides		x		DPS	DGS, DGESS	56 964 825	BM
Total S7 R8= 82 430 915 F CFA								
Total S7= 82 430 915 F CFA								
TOTAL GENERAL= 15 910 648 135 F CFA								

VI- MÉCANISME DE SUIVI ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation permettent d'apprécier la mise en œuvre effective du plan et l'atteinte des résultats.

7.1- Suivi

Le suivi de la mise en œuvre des activités du plan relève de la responsabilité de toutes les parties prenantes, quel que soit le niveau d'intervention.

Au niveau national : il se fera à travers les cadres de concertation du PNDS sur la base des rapports semestriels et annuels de mise en œuvre du Plan.

Au niveau central : le suivi du plan sera assuré par la direction de la promotion de la santé (DPS) en collaboration avec les autres directions techniques concernées, la fédération des associations professionnelles de la santé privée du Burkina (FASPB), et les prestataires privés de gestion des DBM à travers les missions de terrain et les rencontres de concertations. Dans cette optique des rapports semestriels et annuels de suivi de la mise en œuvre du plan seront élaborés par la DPS et transmis à la hiérarchie et à la commission promotion de la santé du PNDS.

Au niveau intermédiaire : le suivi sera assuré par les équipes des directions régionales de la santé (DRS), en collaboration avec les équipes cadres de district, les hôpitaux et les structures privées de soins. Des rapports seront élaborés par la DRS et présentés lors des rencontres du comité régional de suivi du PNDS. Ces rapports de suivi seront par la suite transmis à la DPS.

Au niveau périphérique : les équipes cadres de district assureront le suivi trimestriel des activités du plan en collaboration avec les équipes des CSPS, les COGES les structures privées de soins et les municipalités. Des rapports seront élaborés par les districts (DS) et présentés lors des CSD. Ces rapports de suivi seront transmis aux DRS.

Les instruments de suivi/supervision sont élaborés par la DPS en collaboration avec les autres structures concernées. Ces outils serviront de guides/supports pour les différentes équipes de suivi/supervision.

7.2- Évaluation

L'évaluation permettra d'apprécier les résultats et les activités. Elle se fera en fonction des résultats attendus et des indicateurs définis dans le plan.

Il sera procédé à une évaluation à mi-parcours du plan. Cette évaluation permettra d'apprécier la cohérence du processus de mise en œuvre des activités et le niveau d'atteinte des résultats. Les opinions des acteurs sur la mise en œuvre du plan seront également recueillies. Il sera procédé à une évaluation finale à la fin du plan. Cette évaluation permettra d'apprécier qualitativement et quantitativement le niveau d'atteinte des résultats.

La coordination de la mise en œuvre du plan sera assurée par la DPS avec l'appui des autres secteurs concernés.

VII- FINANCEMENT

➤ Modalités de financement

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan de gestion des DBM, le financement sera assuré par le budget de l'Etat avec l'appui des partenaires bilatéraux et multilatéraux. Les COGES, les ONGs et les collectivités territoriales seront également mises à contribution pour couvrir les dépenses liées à la mise en œuvre du plan.

Les financements se feront en espèces et dans certains cas en nature pour ce qui concerne certaines acquisitions nécessaires à l'amélioration de la gestion des DBM.

➤ Stratégies de mobilisation des ressources

Au stade actuel, les ressources financières pour la mise en œuvre du plan ne sont pas encore disponibles.

La création d'une ligne budgétaire au niveau de la Direction de l'administration et des finances devra être une priorité pour le financement de ce plan.

Afin de disposer des ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan, il sera entrepris des actions de plaidoyer à tous les niveaux (central, régional et communal). De plus, le plan sera mis en ligne dans la perspective de sa diffusion et d'attirer d'éventuels partenaires.

Une table ronde devrait être organisée et réunira l'ensemble des partenaires techniques et financiers et les départements ministériels concernés.

➤ **Budget prévisionnel**

Le budget prévisionnel du plan s'élève à quinze milliards neuf cent quarante vingt dix millions trois cent quarante-trois mille sept cent cinquante-cinq (15 990 343 755 F CFA) francs CFA dont 59,53% sur financement de la Banque mondiale, 20,67% sur financement Expertise France, 18,86% sur financement de la FASPB et 0,94% sur le budget de l'Etat.

ANNEXE

Tableau n°8: Analyse des problèmes en causes et conséquences

Problèmes	Causes	Conséquences
<p>La coordination et la collaboration intra et intersectorielles sont insuffisantes dans le domaine de la gestion des DBM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dysfonctionnements des comités chargés des questions de gestion des DBM dans les structures de santé ; - Absence de plans d'action de gestion des DBM dans la majorité des structures de santé ; - Absence de concertation entre les directions en charge des questions des DBM, les organisations des structures privées de santé, les autres secteurs ministériels, les municipalités, les organisations communautaires et les partenaires techniques et financiers. - Faible disponibilité de certains documents de référence ; - Absence de suivi des prestataires privés pour s'assurer que le traitement et l'élimination se font selon les normes. 	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance de mise en œuvre des recommandations issues du suivi des activités de gestion ; - insuffisance de partenariat public-privé des DBM ; - faible implication des collectivités territoriale pour la mobilisation de ressources au niveau local ; - non-respect du principe "pollueur –payeur" ; - faible prise en compte des activités en matière de gestion des DBM comme priorité dans les FS ; - faible niveau de MEO des activités de gestion des DBM
<p>Les capacités opérationnelles des structures pour la gestion des DBM sont faibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faible allocation des ressources propres et celles du BE ; - Insuffisance de prise en compte du financement des activités de gestion des DBM dans les projets et programmes ; - Insuffisance de mutualisation des ressources entre les secteurs publics et privés ; - Nombre insuffisant d'agents formés/recyclés sur la gestion des DBM ; - Nombre insuffisant de prestataires chargés de l'enlèvement et du transport des DBM ayant reçu une formation ; 	<ul style="list-style-type: none"> - stockage à l'air libre des DBM avec des risques de dispersion dans la nature; - contractualisation du transport et du traitement des DBM avec des prestataires privés non agréés ; - risque d'accidents et d'exposition ; - impact négatif sur les équipements (panne, détérioration, mauvais fonctionnement) ; - augmentation du volume des déchets à gérer ; - augmentation de la charge de travail ; - traitement inadéquat des déchets ; - accroissement des charges de fonctionnement ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Faible adaptation des infrastructures de stockage; - Faible couverture des régions en déchèteries aménagées pouvant recevoir les résidus des DBM; - Insuffisance de la maintenance préventive et curative des équipements ; - Faible disponibilité des équipements à toutes les étapes de la gestion des DBM ; - Faible compétence des acteurs dans les domaines spécifiques de la gestion ; - Faible disponibilité de matériel et équipement répondant aux normes ; - Insuffisance d'effectif des agents dans les services d'hygiène. 	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance dans la planification ; - pollution de l'environnement ; - détérioration de l'image de marque de la structure ; - baisse de la fréquentation ; - prolifération de germes et vecteurs de maladies ; - contamination de la chaîne alimentaire.
<p>Les comportements des acteurs ne favorisent pas une gestion adéquate des DBM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faible perception des professionnels de la santé, de leurs rôles respectifs en matière de gestion des DBM ; - faible perception des usagers, de leurs rôles en matière de gestion des DBM ; - insuffisance de connaissance des populations sur les risques liés aux DBM ; - faible connaissance des prestataires privés sur les risques liés à la mauvaise manipulation des DBM ; - insuffisance d'activités de communication de proximité sur la gestion des DBM ; - méconnaissance des textes réglementaires par les acteurs ; - faible application des textes réglementaires par les acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - persistance des conflits de compétences entre les techniciens ; - insuffisances du respect des principes et des bonnes pratiques de gestion des DBM ; - pollution de l'environnement ; - détérioration de l'image de marque de la structure ; - baisse de la fréquentation ; - prolifération de germes et vecteurs de maladies ; - risques d'accidents et d'exposition.

<p>Les informations et la recherche sur la gestion des DBM sont insuffisantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - faible capitalisation des résultats des initiatives personnelles de recherches à des fins académiques ; - faible accompagnement des étudiants pour la recherche en lien avec l'amélioration de la gestion des DBM ; - insuffisance de promotion de l'innovation technologique en matière de gestion des DBM ; - insuffisance de partenariat avec les universités, instituts et centres de recherche ; - inexistence d'indicateurs clés sur la gestion des DBM y compris le niveau communautaire ; - non-prise en compte de la gestion des DBM dans les supports de collecte des données de routine ; - absence d'un mécanisme fonctionnel de collecte de données sur la gestion des DBM à tous les niveaux. 	<ul style="list-style-type: none"> - faible disponibilité de technologies innovantes locales de gestion des déchets spéciaux ; - absence des données de gestion DBM dans la plateforme ENDOS ; - insuffisance dans la planification des activités de gestion des DBM.
------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tableau n°9: Identification des actions et des résultats en fonction des problèmes

Problèmes	Causes	Actions	Produits	Effets	Impacts
La coordination et la collaboration intra et intersectorielles sont insuffisantes dans le domaine de la gestion des DBM	<ul style="list-style-type: none"> - Dysfonctionnement des comités chargés des questions de gestion des DBM dans les structures de santé ; - Absence de plans d'action de gestion des DBM dans la majorité des structures de santé ; - Faible disponibilité de certains documents de référence ; - Absence de concertation entre les acteurs en charge des questions des DBM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Redynamisation des comités chargés des questions d'hygiène ; - Organisation des services ; - Elaboration des documents de références ; - Renforcement des cadres de concertation entre les acteurs impliqués dans la gestion des DBM ; - Renforcement du plaidoyer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontres des comités chargés des questions d'hygiène régulièrement tenues ; - Rôles et responsabilités des acteurs définis ; - Documents et textes de références disponibles ; - Cadres de concertation des acteurs de la GDBM animés ; - Acteurs visés touchés par le plaidoyer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comités chargés des questions d'hygiène fonctionnels ; - Services d'hygiène hospitalière fonctionnels ; - Contenus des documents et des textes de références effectivement appliqués ; - Plans d'actions de GDBM mis en œuvre ; - Gestion des DBM appropriée par tous les acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la santé et du confort des populations ; - Diminution de la pollution de l'environnement.
Les capacités opérationnelles des structures pour la gestion des DBM sont faibles	<ul style="list-style-type: none"> - Faible allocation des ressources propres et celles du BE ; - Insuffisance de prise en compte du financement des activités de gestion des DBM dans les projets et programmes ; - Insuffisance de mutualisation des ressources entre les secteurs publics et privés ; - Faible compétence des acteurs dans les domaines spécifiques de la gestion ; - Faible adaptation des infrastructures de stockage ; - Faible couverture des régions en déchèteries aménagées pouvant recevoir les résidus des DBM ; - Faible disponibilité des équipements à toutes les étapes de la gestion des DBM ; - Insuffisance de la maintenance préventive et curative des équipements ; - Insuffisance d'effectif des agents dans les services d'hygiène. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation des ressources financières pour la gestion des DBM ; - Renforcement du plaidoyer auprès de projets et programmes ; - Renforcement du partenariat pour la mutualisation des ressources ; - Renforcement des compétences des acteurs ; - Construction/Réhabilitation des infrastructures adaptées au stockage et à l'élimination des DBM ; - Renforcement des équipements de GDBM à tous les niveaux ; - Renforcement de la maintenance des équipements de GDBM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources financières allouées pour la gestion des DBM ; - Responsables de projets et programmes sensibilisés sur le principe du «pollueur-payeur» ; - Conventions de mutualisation des ressources signées ; - Acteurs formés/recyclés selon leur profil, sur la gestion des DBM - Infrastructures adaptées au stockage et à l'élimination des DBM disponibles - Equipements adaptés de gestion des DBM disponibles à tous les niveaux - Equipements de GDBM fonctionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des activités de gestion des DBM sur financement FP et BE ; - Financement d'un volet de gestion des DBM prévu dans les projets et programmes ; - Conventions de mutualisation des ressources mises en œuvre ; - Principes et bonnes pratiques de gestion des DBM respectés ; - DBM stockés et éliminés selon les normes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la santé et du confort des populations ; - Diminution de la pollution de l'environnement.

Problèmes	Causes	Actions	Produits	Effets	Impacts
Les comportements des acteurs ne favorisent pas une gestion adéquate des DBM	<ul style="list-style-type: none"> - Faible perception des professionnels de la santé, de leurs rôles respectifs en matière de gestion des DBM ; - Faible perception des usagers, de leurs rôles en matière de gestion des DBM ; - Insuffisance de connaissance des populations sur les risques liés aux DBM ; - Faible connaissance des prestataires privés sur les risques liés à la mauvaise manipulation des DBM ; - Insuffisance d'activités de communication de proximité sur la gestion des DBM ; - Méconnaissance des textes réglementaires par les acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Production de supports ; - Communication pour le changement de comportement (CCC) ; - Plaidoyer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Supports de communication disponibles ; - Professionnels de la santé informés sur leurs rôles et responsabilités dans la gestion des DBM ; - Usagers sensibilisés sur leurs rôles dans la gestion des DBM ; - Populations sensibilisées sur les risques liés au DBM ; - Prestataires privés sensibilisés sur les risques liés à la mauvaise manipulation des DBM ; - Textes réglementaires diffusés auprès des acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de la santé à tous les niveaux, s'impliquent dans la gestion des DBM ; - Consignes de gestion des DBM respectées par les usagers ; - Bonnes pratiques de gestion des DBM respectées par les Prestataires privés ; - Textes règlementaires appliqués par les acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la santé et du confort des populations ; - Diminution de la pollution de l'environnement.
Les informations et la recherche sur la gestion des DBM sont insuffisantes	<ul style="list-style-type: none"> - Faible capitalisation des résultats des initiatives personnelles de recherches à des fins académiques ; - Faible accompagnement des étudiants pour la recherche en lien avec l'amélioration de la gestion des DBM ; - Insuffisance de promotion de l'innovation technologique en matière de gestion des DBM ; - Insuffisance de partenariat avec les universités, instituts et centres de recherche ; - Inexistence d'indicateurs clés sur la gestion des DBM y compris le niveau communautaire ; - Non-prise en compte de la gestion des DBM dans les supports de collecte des données de routine. 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du partenariat avec les universités, instituts et centres de recherche ; - Développement d'un mécanisme d'accompagnement des étudiants pour la recherche sur la GDBM ; - Institution de primes d'innovations technologiques pour la gestion des DBM ; - Identification des indicateurs à collecter ; - Mise en place d'un mécanisme de collecte des données ; - Elaboration des outils de collecte ; - Formation des acteurs sur les outils de collecte ; - Renforcement du suivi-supervision. 	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats des initiatives personnelles de recherches à des fins académiques disponibles ; - Universités, instituts et centres de recherche briefés sur la nécessité de développer des thèmes de recherche sur la GDBM ; - Ressources mises à la disposition des étudiants pour la recherche sur la GDBM ; - Prototypes d'innovation technologiques sur les DBM vulgarisés ; - Outils de collecte des données sur la GDBM disponibles à tous les niveaux ; - Acteurs formés sur l'utilisation des outils de collecte ; - Mécanisme de collecte des données mis en place ; - Acteurs de gestion des DBM supervisés et leurs activités suivies. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planification faite à tous les niveaux, sur la base des données factuelles ; - Universités, instituts et centres de recherche développent des thèmes de recherche sur la GDBM ; - Recherches sur la GDBM conduites par des étudiants sur financement du Ministère de la santé ; - Données de gestion DBM disponibles dans la plateforme ENDOS ; - Données de qualités sur le DBM collectées et acheminées par les acteurs de terrain. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la santé et du confort des populations ; - Diminution de la pollution de l'environnement.