

Décret n° 2004-538/PRES/PM/MS/MFB/MATD portant adoption du document de politique nationale en matière d'hygiène publique

LE PRESIDENT DU FASO,
PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES,

VU la Constitution ;

VU le décret n° 2002-204 /PRES du 6 juin 2002 portant nomination du Premier Ministre ;

VU le décret n° 2004-003/PRES/PM du 17 janvier 2004 portant remaniement du Gouvernement du Burkina Faso ;

VU le décret n° 2002-255/PRES/PM du 18 juillet 2002 portant attributions des membres du Gouvernement ;

VU le décret n° 2002-464/PRES/PM/MS du 28 octobre 2002 portant organisation du Ministère de la santé ;

VU la loi n° 020/98/AN du 05 mai 1998 portant normes de création, d'organisation et de gestion des structures de l'administration de l'Etat ;

Sur rapport du Ministre de la santé ;

LE Conseil des Ministres entendu en sa séance du 30 juillet 2004 ;

D E C R E T E

Article 1 : Est adopté le document de politique nationale en matière d'hygiène publique joint en annexe au présent décret.

Article 2 : Le Ministre de la santé, le Ministre des finances et du budget et le Ministre de l'administration territoriale et de la décentralisation sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal Officiel du Faso.

Ouagadougou, le 30 novembre 2004

Blaise COMPAORE

Le Premier Ministre
Paramanga Ernest YONLI

Le Ministre des finances et du budget
Jean-Baptiste Marie Pascal COMPAORE

Le Ministre de la santé
Bédouma Alain YODA

Le Ministre de l'administration territoriale et de
la décentralisation
Moumouni FABRE

DOCUMENT DE POLITIQUE NATIONALE

PREFACE

Pays sahélien, avec une population de plus de 11 millions d'habitants, le Burkina Faso est parmi les pays ayant un très faible niveau de développement humain. Selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain publié par le Programme des Nations Unies (PNUD) en 2003, environ 46.4 % de cette population vivait en deçà du seuil absolu de pauvreté en 2001.

Sur le plan sanitaire et ce, malgré les multiples efforts consentis par le Gouvernement à travers les projets et programmes de santé, le taux de la mortalité infantile qui était de 105,3 ‰ en 1999 est passé à 104‰ en 2001. La plupart de ces décès sont imputables à des maladies à manifestation endémique ou épidémique parmi lesquelles figurent le paludisme, la méningite, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques.

La Constitution du Burkina Faso stipule en son article 26 que " le droit à la santé est reconnu. L'Etat œuvre à le promouvoir ". Cet article consacré par la Constitution vise à assurer le bien-être des populations.

S'il est vrai que la science n'a pas encore inventé de vaccins contre toutes les maladies transmissibles, il existe des mesures préventives simples qui, bien appliquées, permettent d'éviter la plupart de ces maladies. Il s'agit de l'assainissement du milieu et l'adoption des comportements hygiéniques.

A la suite des documents de Politique Sanitaire Nationale et du Code de la Santé Publique, l'élaboration du document de Politique Nationale en matière d'Hygiène Publique est le fruit de réflexions concertées avec les acteurs de la santé notamment, l'Etat à travers les départements ministériels, les partenaires au développement et la société civile. Son objectif est de renforcer le cadre institutionnel, législatif et réglementaire, de donner une cohérence à l'ensemble des interventions dans le domaine et vise entre autres à :

- assurer les conditions indispensables à la survie ;
- prévenir les maladies et les intoxications ;
- garantir le confort et la joie de vivre.

Cette vision stratégique fait de la promotion de l'hygiène publique un maillon essentiel des stratégies entreprises par le Gouvernement pour promouvoir la santé des populations. Elle s'inscrit donc dans les priorités de développement définies à travers le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté dans ses aspects relatifs à l'accès des pauvres aux soins de santé, à l'eau potable et à l'amélioration de leur cadre de vie.

La santé est l'affaire de tous. Notre comportement de tous les jours doit aller dans ce sens.

Le Ministre de la Santé
Bédouma Alain YODA

SOMMAIRE

Préface

Sommaire

Sigles et abréviations

I - Données de base

- 1.1 : Situation géographique
- 1.2 : Données climatiques
- 1.3 : Données hydrographiques
- 1.4 : Données démographiques
- 1.5 : Organisation administrative
- 1.6 : Contexte économique
- 1.7 : Problématique de l'hygiène publique

II – Situation de l'hygiène publique

- 2.1 : Le champ de l'hygiène du milieu
- 2.2 : Diagnostic sectoriel
 - 2.2.1 : Situation de la santé publique
 - 2.2.2 : Les établissements sanitaires privés et la promotion de l'hygiène publique
 - 2.2.3 : Diagnostic de la participation communautaire
réglementation
 - 2.2.4 : Législation et
- 2.3 : Mesures essentielles à prendre

III – La Politique Nationale d'Hygiène Publique (PNHP)

- 3.1 : Les objectifs de la PNHP
- 3.2 : Les conditions de succès
 - 3.2.1 : Approches techniques et administratives
 - 3.2.2 : Etablissements de critères, d'indices et de normes pour l'hygiène Publique
 - 3.2.3 : L'information sanitaire et la communication
 - 3.2.4 : La surveillance épidémiologique et de la qualité de l'environnement
 - 3.2.5 : L'évaluation des programmes d'hygiène publique
- 3.3. Les orientations stratégiques de la PNHP
 - 3.3.1 : L'organisation institutionnelle et la promotion de l'hygiène publique
 - 3.3.2 : Les responsabilités des acteurs clefs de l'hygiène publique
 - 3.3.3 : La coordination de la PNHP
 - 3.3.4 : Le développement des capacités en matière d'hygiène publique
 - 3.3.5 : La communication en matière d'hygiène publique
 - 3.3.6 : Le cadre juridique de l'hygiène publique
 - 3.3.7 : Le financement de la PNHP

IV. Les actions prioritaires de la PNHP

- 4.1 : Définition des modalités opérationnelles des structures de gestion de la PNHP
- 4.2 : Développement des compétences en matière d'hygiène publique
- 4.3 : Harmonisation et vulgarisation des instruments juridiques
- 4.4 : Promotion de l'hygiène en milieu rural
- 4.5 : Promotion de l'hygiène en milieu scolaire
- 4.6 : Elaboration des règles et normes d'hygiène dans les établissements hospitaliers
- 4.7 : Appui au renforcement des capacités des services techniques municipaux
- 4.8 : Elaboration d'un plan de communication et d'information en matière d'hygiène publique

SIGLES ET ABREVIATIONS

A E P	:	Approvisionnement en Eau Potable
A.I.S	:	Agent Itinérant de Santé
C.T.O.M.	:	Code de Travail d'Outre MER
CET	:	Centre d'Enfouissement Technique
CHN	:	Centre Hospitalier National
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CM	:	Centre Médical
CMA	:	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CND	:	Commission Nationale de la Décentralisation
CNHP	:	Conseil National de l'Hygiène Publique
COGES	:	Comité de Gestion
CRESA	:	Centre Régional d'Education pour la Santé et l'Assainissement
CSPS	:	Centre de Santé et de Promotion Sociale
ECD	:	Equipe Cadre de District
ENEP	:	Ecole Nationale des Enseignants du Primaire
FODEPI	:	Fonds de Dépollution Industrielle
FONALEP	:	Fonds National de Lutte contre les Epidémies
GTZ	:	Coopération Technique Allemande
IB	:	Infirmier Breveté
ICP	:	Infirmier chef de poste
IDE/IB	:	Infirmier Diplômé d'Etat/Infirmier Breveté
IDH	:	Indicateur de Développement Humain
IEC	:	Information Education Communication
IGESS	:	Inspection Générale des Etablissements et Services de Santé
INSN	:	Institut National de la Statistique et de la Démographie
IRA	:	Infection Respiratoire Aiguë
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
MEBA	:	Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation
MEG	:	Médicaments Essentiels Génériques
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONEA	:	Office National de Eau et de l'Assainissement
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PACVU	:	Projet d'Amélioration des Conditions de Vie Urbaines
PAS	:	Programme d'Ajustement Structurel
PDSN	:	Projet de Développement Santé et Nutrition
PEEN	:	Programme Eau et Environnement dans le nord
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PIHVES	:	Programme Intégré d'Hydraulique Villageoise et d'Education pour la Santé
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PSAB	:	Plan Stratégique d'Assainissement de la ville de Bobo- Dioulasso
PSAO	:	Plan Stratégique d'Assainissement de la ville de Ouagadougou
PSN	:	Politique Sanitaire Nationale
R.A.F.	:	Réorganisation Agraire et Foncière
RMDHD	:	Rapport Mondial sur le Développement Humain Durable
SF/ME	:	Sage Femme d'Etat/Maïeuticien d'Etat
SIDA	:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SPSD	:	Service des Programmes Spécifiques et de la Dévolution
SSP	:	Soins de Santé Primaires

TMM	:	Taux de Mortalité Maternelle
TOD	:	Textes d'Orientation de la Décentralisation
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	Assistance Technique et financière américaine
UNFAP (ex-FNUAP)	:	Fonds des Nations Unies et d'Appui en matière de Population
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. LES DONNEES DE BASE

1.1.Situation géographique

Le Burkina Faso couvre, au sud de la boucle du Niger, une superficie de 274 200 Km² dans la partie centrale de l'Afrique de l'Ouest, entre les méridiens 3° de longitude Est et 6° de longitude Ouest et les parallèles 9° et 16° de latitude Nord.

A vol d'oiseau, la frontière sud se trouve à un peu plus de 600 Km de la côte atlantique, et la capitale, Ouagadougou, à 800 Km en moyenne des villes portuaires du Golfe de Guinée : Abidjan, Accra, Lomé, Cotonou.

Il est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, au sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin, et à l'est par le Niger.

1.2 Données climatiques

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé avec un climat chaud et sec. Les amplitudes thermiques varient entre 10 et 44 degrés. Les précipitations pluviométriques annuelles varient de 300 mm au Nord à 1200 mm au sud. Le climat de type soudano-sahélien est marqué par la chaleur et la sécheresse avec deux saisons inégales rythmées par l'influence alternée des vents sahariens et de mousson. La saison pluvieuse s'étend de mai en septembre et la saison sèche d'octobre en avril. Pendant la saison pluvieuse, il y a une recrudescence du paludisme tandis que pendant la saison sèche se développent des pathologies respiratoires et des épidémies cycliques telles la rougeole, la méningite etc.

Du fait de la pression anthropique et des aléas climatiques, le pays est soumis à un processus de dégradation de son couvert végétal et à des famines chroniques.

1.3. Données hydrographiques

Toute la partie centrale et ouest du Burkina Faso est drainée vers le sud par trois bassins (Mouhoun, Nazinon et Nakambé) et à l'extrême sud-ouest, au sud de Bobo-Dioulasso, par le fleuve Comoé et son affluent la Léraba.

Au nord d'une ligne Ouahigouya-Kaya-Koupèla, le drainage se fait vers le nord et l'est par les affluents de droite du fleuve Niger : Béli, Sirba, Goroubi, Tapoa et Mékrou. Enfin, sur la frontière sud, la région de Pama est drainée vers le sud par la Pendjari.

Le Mouhoun, la Comoé, la Léraba et, dans une moindre mesure, la Pendjari sont pratiquement les seuls cours d'eau permanents.

Le manque d'eau crée une situation difficile pour les populations et entrave les activités de production.

1.4. Données démographiques

La population était de 10 312 609 habitants selon le recensement général de la population et de l'habitat mené en 1996. Avec un taux d'accroissement annuel de 2,4%, cette population est estimée à 12 341 600 habitants en 2002. Les femmes représentent près de 52%. Les enfants et les jeunes de moins de 15 ans constituent 49%. Les taux bruts de mortalité et de natalité en 1996 étaient respectivement de 14,8‰ et de 46‰.

La population urbaine qui était de 1 011 000 en 1985 est passée à 1 601 000 en 1996. Le taux annuel d'urbanisation est de 15,5%. Les principales villes demeurent Ouagadougou, capitale politique avec plus de 709.000 habitants, et Bobo-Dioulasso avec plus de 309.000 habitants (Données du recensement général de la population et de l'habitat de 1996 de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD)).

1.5. Organisation administrative

La Constitution du 2 juin 1991 organise le territoire du Burkina Faso en collectivités territoriales et en circonscriptions administratives. La décentralisation consacre le droit des collectivités territoriales ou collectivités locales à s'administrer librement et à gérer leurs affaires en vue de promouvoir le développement à la base.

Ainsi, la loi n° 42/98/AN précise l'organisation et le fonctionnement des collectivités locales. Au total, quarante neuf (49) communes urbaines ont été créées et les élections municipales de septembre 2000, ont doté ces communes de maires et de conseillers municipaux élus par les populations concernées.

La loi n°041/98/AN du 6 août 1998 organise le territoire en quarante cinq (45) provinces comprenant chacune des départements et des villages. La loi n°013/01/AN du 2 juillet 2001 a créé treize (13) régions administratives.

1.6. Contexte économique

Le Burkina Faso est un pays sahélien. L'enclavement et l'irrégularité de sa pluviométrie constituent de grands obstacles à son décollage économique. L'industrie est très faiblement développée et pourvoit pour très peu à la création d'emplois. Les recettes proviennent essentiellement de l'agriculture qui fournit 40% du PIB, 90% des emplois et 50% des recettes d'exportation (principalement le coton). Le Burkina Faso est classé parmi les pays pauvres très endettés avec son Produit Intérieur Brut qui est de 310 dollars américains par habitant en 2002.

L'une des principales caractéristiques de l'économie du pays est sa dépendance vis-à-vis de l'extérieur. Le financement de son développement est en effet assuré à 80% par de ressources extérieures dont environ 45% de prêts.

La population vivant en dessous du seuil absolu de pauvreté est de 46,4% de la population totale avec un revenu annuel inférieur à 82 672 FCFA. L'Indicateur de Développement Humain publié par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) en 2003 (pour l'année 2001) est de 0,330, ce qui classait le pays au 173ème rang sur 175 pays considérés.

1.7. Problématique de l'hygiène publique

Malgré les efforts consentis par le gouvernement du Burkina Faso pour résoudre les problèmes de santé des populations, les résultats demeurent peu satisfaisants et le manque d'hygiène publique en est, en grande partie, responsable.

En effet, en 2001, parmi les dix principaux motifs de consultation dans les formations sanitaires, trois pathologies liées au manque d'hygiène collective ou individuelle viennent en tête : il s'agit du paludisme, des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques. A elles seules, ces trois maladies représentent plus de 50% des motifs de consultation dans les formations sanitaires du pays.

Le choléra, qui est une maladie liée au manque d'hygiène, sévit sous forme épidémique de façon cyclique. En effet, les années 1984, 1985, 1991, 1995, 1996, 1998 et 2001 ont enregistré des chiffres allant de 300 à plus de 1 500 cas.

Une étude réalisée par le Centre National de Lutte contre le Paludisme (CNLP) en 1994 à Ouagadougou a permis d'établir une relation étroite entre le mauvais assainissement du milieu et la forte prévalence du paludisme grave.

Ces quatre dernières années, on assiste à un développement de la leishmaniose à Ouagadougou, une autre maladie liée à l'insalubrité du cadre de vie.

Ces quelques exemples de problèmes de santé sont liés aux difficultés d'approvisionnement en eau potable, à l'insuffisance d'assainissement et aux comportements non hygiéniques des populations.

La situation de l'approvisionnement en eau potable se caractérise par un taux de couverture insuffisant malgré les efforts d'équipement du pays. En outre, on constate de fortes disparités entre les régions et à l'intérieur d'une même région. En ce qui concerne l'hygiène et l'assainissement, la situation est encore plus préoccupante, surtout en milieu rural, accentuant les risques de mortalité et de morbidité dus aux maladies d'origine hydriques, liées à l'insalubrité de l'eau et de l'habitat.

II. SITUATION DE L'HYGIENE PUBLIQUE

2.1. Le champ de l'hygiène du milieu

L'hygiène du milieu englobe les activités mentionnées ci-après, ou s'y rapporte plus ou moins directement :

a) L'approvisionnement en eau potable (traitement distribution de l'eau potable et surveillance de sa qualité).

Le pays ne manque pas d'eau, mais connaît des problèmes financiers et techniques pour sa mobilisation.

En terme d'Approvisionnement en Eau Potable (AEP), les normes de service restent faibles au plan sanitaire, contraignantes au plan des usages, socialement humiliantes au regard du droit et des avancées technologiques actuelles pour la femme, surtout rurale. Selon l'Enquête Prioritaire III, en 2003, la population ayant accès à un point d'eau potable est de 69,2%.

La maîtrise insuffisante de l'eau, l'anarchie des programmes de création d'ouvrages hydrauliques, sont à la base de la confusion qui règne dans la gestion des eaux, des sols et des infrastructures. C'est aussi la source de nombreux conflits entre agriculteurs et éleveurs.

La question de l'eau est donc au centre :

- i) de la démocratie visant la cohésion sociale ;
- ii) des décisions économiques sur les performances des plans et programmes de développement ;
- iii) de la préservation de l'environnement et du développement durable.

La gestion des ressources en eau fait l'objet de la loi n°002-2001/AN du 8 février 2001 portant orientation relative à la gestion de l'eau qui retient :

- l'approche de gestion par bassin hydrographique,
- le recentrage du rôle de l'Etat pour une gestion équilibrée et une application du principe de subsidiarité,
- la mise en place d'un réseau de surveillance.

L'ensemble des programmes de gestion de l'eau n'attache pas une attention particulière à la surveillance bactériologique.

b) *La collecte, l'évacuation, le traitement des eaux usées et des excréta :*

En matière d'assainissement des eaux usées et des excréta, le taux de latrinsisation des ménages est estimé à 83,8% en milieu urbain alors qu'en milieu rural ce taux est de 20,1%, en 2003 selon les résultats de l'Enquête Prioritaire III (EP3). Cette composante fait l'objet au Burkina Faso d'une approche de planification stratégique pour les deux (2) grandes villes du pays : Bobo-Dioulasso pour le Plan Stratégique d'Assainissement de la ville de Bobo (PSAB) adopté en 2001 et le Plan Stratégique d'Assainissement de la ville de Ouagadougou (PSAO) adopté en 1995 pour la ville de Ouagadougou. Leur mise en œuvre est en cours avec plus ou moins de succès. Dans ce domaine, les perspectives existent pour l'extension dans les villes secondaires du pays, en accompagnement du processus de décentralisation. Pour l'heure, les problèmes d'assainissement des eaux usées et excréta et d'hygiène publique ne sont pas toujours notés comme des préoccupations de toutes les autorités communales et ne font donc pas l'objet de mobilisation de financement. Sans doute, l'absence de capacités humaines et de gestion de ces volets sont les raisons de la négligence constatée dans la lutte contre le péril fécal dans les villes du pays.

L'Office National de l'Eau et de l'Assainissement (ONEA), en charge de ce secteur dans les centres de distribution d'eau potable, expérimente l'approche à Fada, à Koudougou et attend de démarrer à Ouahigouya et à Banfora. L'état d'avancement des activités ne permet pas encore de tirer des enseignements significatifs sur les capacités opérationnelles installées, les ressources humaines formées et l'intérêt des populations pour les propositions technologiques.

c) *La collecte, l'évacuation et le traitement des déchets solides domestiques, industriels et ou dangereux.*

Les études menées dans ce secteur par le Projet d'Amélioration des Conditions de Vie Urbaines (PACVU) révèlent l'importance des déchets solides dans les activités municipales. Un schéma directeur est en cours d'application pour les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso pour résoudre les problèmes liés à l'ensemble de la filière.

La société civile et le mouvement associatif sont très présents dans la pré-collecte et la collecte. La municipalité et le PACVU préparent la privatisation du transfert vers les Centres d'Enfouissement Techniques (CET) en cours d'achèvement à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. La conservation des déchets à domicile constitue un des gros problèmes comportementaux rencontrés dans les centres urbains du pays. Les caniveaux de drainage d'eau de pluies sont le plus souvent les dépotoirs pour les déchets solides et ces encombrements entraînent la prolifération de vecteurs de maladies à travers les eaux usées qui y stagnent.

Pour les déchets industriels, ou dangereux, le schéma prévoit des casiers spéciaux au niveau des centres d'enfouissement technique et leur transfert se fait directement depuis les lieux de production.

d) *Le drainage des eaux pluviales.*

Le drainage des eaux de pluie est considéré par l'autorité municipale, comme la marque de la structuration de la ville. Les ouvrages de drainage délimitent les voiries urbaines, protègent les bandes de circulation et les habitations contre les inondations très fréquentes dans nos villes et quartiers des grands centres urbains. De plus les infrastructures de drainage sont visibles et attestent des efforts des conseils municipaux et des maires pour l'intérêt urbain et communal.

Les schémas directeurs de drainage ont fait l'objet d'élaboration récente pour les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso et les ouvrages classés suivant leur importance et le type de voiries qu'ils drainent en trois (3) niveaux : intérêt national, intérêt urbain et communal. A chacun des niveaux correspond un maître d'ouvrage différent, respectivement l'État, la ville et la commune.

Si l'exécution des travaux, les études d'exécution sont faciles localement, ce sont les modes de financement et les sources de financement envisagés qui posent problèmes.

Il est envisagé que les réseaux tertiaires soient à la charge des ménages propriétaires et des communes, tandis que les voiries primaires et secondaires relèvent des institutions publiques, compte tenu de leur caractère collectif et de l'importance des sommes à mobiliser.

Les dépenses d'entretien sont du ressort de la ville et des communes à travers les budgets municipaux.

e) *L'hygiène des denrées alimentaires*

Les denrées alimentaires, sans lesquelles l'Homme ne peut subsister, peuvent constituer des véhicules des germes ou des substances dangereuses pour la santé. Elles doivent être par conséquent contrôlées. Nous appelons "denrées alimentaires " ou "aliments" tous les produits bruts, travaillés ou préparés, qui entrent dans l'alimentation humaine. L'hygiène des denrées alimentaires nous indique à ce titre les mesures à adopter pour préserver la qualité des aliments, en particulier leur innocuité et leur salubrité.

Dans notre pays et en particulier dans les centres urbains, l'activité de la petite restauration est très florissante au niveau du secteur informel (par les jeunes et les femmes) et tous les chantiers, toutes les écoles sont pris d'assaut, pour la vente de nourriture, d'eau et de jus en sachets, etc.

Ces activités sont souvent menées sans précaution soit pendant la préparation, soit dans l'organisation de la vente (emballage). La propreté des vendeurs(les) qui sont le plus souvent des enfants, l'innocuité et la salubrité des ustensiles et du matériel ne sont pas respectés et peuvent conduire à des intoxications.

Les restaurants, gargotes, bars et buvettes, sont des lieux de très grande fréquentation. Outre la promiscuité, les opérations concernant la bonne qualité des denrées alimentaires ne sont pas toujours respectées. L'approvisionnement en céréales est douteux. La qualité du nettoyage des ustensiles utilisés pour les aliments avant le service n'est pas évidente.

L'organisation du lavage de ces ustensiles ne respecte pas les règles d'hygiène élémentaires.

Ce sont les services d'hygiène municipaux qui sont responsables de la bonne hygiène des denrées. Les inspections sont organisées plus ou moins, quand les moyens le permettent, et le personnel inspecté fait l'objet d'une fiche d'identification.

Les viandes sont très prisées et vendues sous toutes les formes, crues pour les repas à la maison, grillées ou sautées pour être consommées dans les bars ou dans les rues en plein air, dans des conditions parfois peu hygiéniques.

De façon générale les risques de contamination sont partout présents (depuis les locaux jusqu'aux commodités sanitaires, le matériel, le personnel ainsi que les conditions de transport et même d'abattage, etc.).

f) *L'hygiène dans les établissements et lieux publics*

f.1 Les marchés centraux et périphériques

Les marchés sont des pôles d'activités intenses pour les populations. Malgré les efforts de normalisation engagés à partir des foires régionales, et poursuivis par les municipalités, les marchés sont tenus suivant le modèle traditionnel. Ces regroupements sont des moments de contacts humains, dans des conditions hygiéniques très difficiles. On y vend et consomme des aliments sans précautions élémentaires comme le lavage des mains ; autant de conditions favorables à la propagation des maladies dites des mains sales.

L'organisation et la collecte des déchets de ces établissements ne font pas l'objet de prise en charge dans les communes et les tas d'immondices sont constatés autour des marchés. Les tentatives de contractualisation avec des sociétés de nettoyage se heurtent à l'absence d'une maîtrise d'ouvrage fiable et des dispositions financières pérennes, en conformité avec le recouvrement des coûts des taxes des marchés.

Les toilettes publiques dans les marchés sont très sollicitées compte tenu de la durée du séjour et de l'affluence des populations. L'organisation de l'utilisation hygiénique des toilettes, n'est pas effective partout et les initiatives privées commencent à être mises en place pour pallier l'organisation déficiente des associations et syndicats de commerçants.

f.2 Les établissements scolaires

Dans toutes les communautés Burkinabè, l'école occupe une position centrale et préoccupe tous les membres de la société. De plus les enfants sont dans un environnement d'apprentissage et l'école constitue un cadre régulier de rencontre. Les enseignants très écoutés, sont d'un appui sûr pour la promotion de l'hygiène. Cependant, la formation initiale dans les Ecoles Nationales des Enseignants du Primaire (ENEP) ne prend en compte l'hygiène dans les programmes de formation. Par conséquent les Inspecteurs n'en tiennent pas compte dans l'évaluation de la performance des enseignants.

A noter que le rapport coût/efficacité de l'éducation à l'hygiène est très avantageux car l'école constitue un point d'entrée des messages au sein de la communauté. Par ailleurs, l'implication des enfants (les élèves) dans les projets d'hygiène est porteuse car :

- ils sont plus ouverts aux nouvelles idées que les adultes.

- ils transmettent leurs connaissances et leurs expériences aux parents, aux frères et sœurs.

En rappel, la promotion de l'hygiène à l'école vise à entreprendre des actions pour améliorer le cadre scolaire en le dotant d'ouvrages d'eau et d'assainissement (forages modernes, latrines, urinoirs, dispositifs de lavage de mains...) et amener les parents à s'organiser pour sécuriser les ouvrages et assurer leur durabilité. Des partenaires au développement expérimentent en ce moment des programmes d'éducation à l'hygiène en vue d'améliorer l'environnement sanitaire de l'école. Ces programmes prévoient une contribution à l'amélioration des conditions d'hygiène, d'assainissement, d'approvisionnement en eau potable et de la qualité de l'environnement.

f.3. Les centres de santé et les formations hospitalières.

Ce sont des lieux très fréquentés par la population du fait de la prolifération des maladies. La plupart des centres de santé manque de clôture et de ce fait sont facilement accessibles (des chemins traversent tous les lieux) aux passants, animaux et ne permettent pas

l'organisation d'une discipline hospitalière axée sur l'hygiène. Le personnel manque bien souvent de formation dans le domaine de l'hygiène et les agents de santé sont trop débordés pour suivre de telles activités.

Même dans les formations plus spécialisées (Centres Hospitaliers Régionaux, Centre Hospitaliers Nationaux et cliniques privées...) la situation de l'hygiène est préoccupante, le personnel affecté aux activités d'hygiène ne fait pas partie du personnel de santé. La formation à l'hygiène hospitalière n'est pas généralisée et la plupart des comités techniques d'hygiène et de sécurité ne sont pas fonctionnels et même sont inexistants dans la plupart des établissements.

f.4. Les sites d'orpaillage.

En terme d'hygiène, les règles élémentaires ne sont pas respectées à ce niveau et ce sont des foyers de déclenchement des épidémies dans le pays. Dans tout le pays existe la pratique de l'orpaillage très dangereuse du fait du sous-équipement des sites et de l'absence d'organisation de l'habitat. La promiscuité, le manque d'eau potable, la poussière émanant de l'ouverture des galeries de recherche, les conditions de vente des denrées alimentaires constituent autant de préoccupations en matière d'hygiène publique en ces lieux.

L'invasion spontanée des sites, leur accessibilité pas toujours effective aux moyens roulants des services de santé sont des problèmes à examiner avec les Hauts Commissaires ou Gouverneurs de Région pour permettre l'élaboration de programmes idoines de prise en charge de l'hygiène et de l'éducation pour la santé dans ces zones.

C'est le lieu de souligner ici, l'absence au plan des régions d'un diagnostic et une évaluation sanitaire des centres urbains, semi-urbains et ruraux pour mesurer en temps réel :

- les risques sanitaires encourus par les communautés,
- l'impact des activités économiques sur la santé,
- le contrôle des denrées alimentaires.

g) L'hygiène de l'air et la lutte contre les gaz, odeurs et poussières

Ce volet constitue une préoccupation dans les centres urbains du pays. Les services d'hygiène municipaux bien que de bonne volonté, n'ont pas les moyens de faire face à la situation. Seules des initiatives individuelles sont prises (port de masques pour les motocyclistes) sans normes précises ni typologie adéquate. Des mesures édictées par les services de santé sont lancées à l'occasion de suspensions poussiéreuses cycliques dans la période où souffle l'harmattan sur les pays du Sahel.

Les rejets atmosphériques au Burkina Faso sont liés à l'activité humaine et, dans une moindre mesure, au comportement de la nature et sont concentrés autour de trois principales activités :

- le développement industriel qui accroît le nombre de sources fixes ;
- le développement du transport qui caractérise les sources mobiles ;
- la combustion de la biomasse ligneuse.

Les polluants rencontrés dans l'atmosphère, principalement d'origine naturelle et anthropique, comprennent les gaz tels que les oxydes d'azote, le gaz carbonique (CO₂), le monoxyde de carbone (CO), l'oxyde de soufre (SO₂). La concentration de ces polluants a un impact négatif sur la qualité de l'air ambiant et expose, de ce fait, les populations à des risques de maladies.

En effet, les scientifiques ont mis en évidence la recrudescence de divers problèmes respiratoires tels que l'irritation des bronches ou l'asthme en relation avec la pollution atmosphérique. Ainsi :

- les particules en suspension, notamment les plus fines, peuvent avoir un effet direct ou indirect en transportant les composés dans les voies respiratoires ;
- les oxydants à faible concentration dans l'air diminuent le seuil de sensibilité aux infections bactériennes et virales ;
- les oxydants, à des taux plus faibles chez les asthmatiques, peuvent avoir un effet indirect en diminuant le seuil de réactivité aux allergies auxquelles ils sont sensibles.

Certaines interrogations demeurent sur l'impact à long terme, en particulier sur certains sujets sensibles. Cependant, parlant des informations relatives aux infections virales et les pneumo- allergies, on peut redouter une augmentation de l'inflammation des bronches favorisant les maladies respiratoires chroniques surtout en cas d'expositions répétées.

h) La pollution industrielle.

Le développement des unités industrielles n'a pas suffisamment pris en compte la composante hygiène et santé des populations dans leur projet d'implantation des chaînes de production.

Les activités industrielles rejettent dans le milieu naturel des matériaux et substances qui sont sources de pollution d'ordre physique, chimique et bactériologique.

Les eaux usées industrielles sont encore évacuées par le réseau de drainage des eaux pluviales. Les effluents liquides sont rejetés sans traitement dans les marigots et canaux à ciel ouvert.

Les risques liés à la libre circulation des eaux usées industrielles et à leurs rejets directs sans traitement sont multiples :

- sur la santé des populations, on note les contaminations fécales des eaux sources de diverses maladies gastro-intestinales, la prolifération des insectes vecteurs de maladies transmissibles, les intoxications par substances chimiques, les nuisances diverses dues aux mauvaises odeurs ;
- sur le milieu naturel, on relève la détérioration de la qualité de l'eau des marigots qui reçoivent les rejets, la dégradation des écosystèmes hydromorphes.

D'une manière générale, les substances chimiques libérées par les industries contiennent des polluants minéraux (nitrates, métaux lourds, sels radioactifs, chlorures etc.) et des polluants organiques dont les effets sur les espèces vivantes se traduisent par la mortalité des espèces aquatiques et des plantes, la dépréciation de l'état physiologique des végétaux, les maladies humaines diverses.

i) Les cimetières et les morgues.

Au Burkina Faso, la Loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de la santé publique, en ses articles 30 et 32, fixe le principe de la détermination par voie réglementaire les conditions de fonctionnement des morgues et de réalisation des opérations mortuaires, la création des cimetières, les modalités de leur utilisation, les conditions de leur protection et de leur entretien.

Cependant, on note qu'en dehors des centres urbains et des grandes agglomérations, aucune disposition pratique n'est prise pour la gestion des cimetières. Certaines pratiques très néfastes à la santé et à l'hygiène publique consistant à conserver les cadavres des jours durant sans protection ont toujours cours dans certaines localités. On note l'absence de cimetières réglementés dans la plupart des villages.

Dans les centres urbains disposant de cimetières, les mesures de protection et d'entretien font défaut. Les inhumations des corps à domicile, même faites après accord des autorités municipales, ne respectent pas toujours les normes requises en la matière.

2.2 Diagnostic sectoriel

2.2.1. Situation de la santé publique

L'organisation actuelle des services de santé est régie par le décret n°2002-464/PES/PM/MS du 28 octobre 2002. Le Secrétariat Général est la plaque tournante des Services de santé et de l'hygiène publique. Les principaux services assurant l'offre de santé sont concentrés à la Direction Générale de la Santé (DGS) qui est le point nodal des opérations d'offres de santé au niveau du pays. En terme d'hygiène publique, l'organisation du Ministère consacre la création d'une Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé et d'une Direction de la Lutte contre la Maladie qui met en œuvre un certain nombre de programmes de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles. Dans la précédente organisation, ces deux directions faisaient partie de la Direction de la Médecine Préventive (DMP).

Un programme de surveillance intégré des maladies est en cours d'élaboration avec les Pays-Bas et devra apporter une réorganisation des niveaux périphériques où on note le manque de personnel spécialisé.

L'organisation institutionnelle au niveau périphérique et de district privilégie dans le cadre de la décentralisation :

- * le renforcement des capacités d'intervention à tous les niveaux du système de santé à travers l'appui technique et opérationnel ;
- * le renforcement de la participation des communautés à la résolution des problèmes de santé à travers l'amélioration des stratégies d'Information, d'Education et de Communication (IEC) et le renforcement des capacités de gestion de la communauté, notamment des femmes, d'une part, par la formalisation des termes du partenariat Ministère de la Santé/communauté ;
- * l'amélioration de l'accessibilité géographique et financière aux services de santé ;
- * l'amélioration de la qualité des soins à travers la revitalisation des structures et services de santé de base.

C'est l'objet du projet d'Appui au Développement du Système de Santé financé par l'UNICEF, en cours et qui ambitionne d'améliorer au premier niveau, la qualité des soins, l'accès des femmes aux soins obstétricaux d'urgence. Ce projet a permis la réalisation d'activités de planification, le renforcement des comités de gestion, le renforcement des capacités d'appui des Directions Régionales de la Santé (DRS) concernées...

Les mécanismes de financement en cours restent à améliorer ainsi que l'intégration des activités et programmes dans les districts. La gestion des programmes au niveau central est cependant un handicap, compte tenu des actions de proximité menées dans le cadre de ces programmes.

De nombreux partenaires bilatéraux interviennent dans le financement des services de santé et on peut citer les pays de l'Union européenne, la Coopération canadienne, etc. Au niveau multilatéral et dans des objectifs précis, on a la Banque Mondiale, les fonds du système des Nations Unies (Fonds des Nations Unies et d'Appui en matière de Population (UNFPA, ex-FNUAP), Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)).

Comme on peut le constater, l'organisation de l'offre de santé est rendue complexe par les constats suivants au plan institutionnel :

- 1) Le nombre de programmes en cours, leur mode de gestion centralisée, loin des préoccupations des communautés sont un handicap au niveau des districts pour les services cliniques essentiels.
- 2) L'absence dans l'organisation de l'offre de santé d'une structure centrale de coordination des programmes de prévention dotée de capacités institutionnelles appropriées est une entrave à la promotion des soins préventifs et la mise en œuvre de programmes transversaux dont l'hygiène publique, les soins de santé primaire et la nutrition.
- 3) Le diagnostic et l'évaluation sanitaires des centres urbains et ruraux ne sont pas pris en charge pour mesurer en temps réel les risques sanitaires, l'impact des activités économiques sur la santé, l'hygiène des denrées alimentaires ainsi que la prise de mesures pour orienter les activités des régions sanitaires.
- 4) L'appui attendu pour la création et l'appui technique aux services d'hygiène municipaux n'est pas programmé, alors que les communes attendent du département de la santé, des réponses concrètes à la prolifération des vecteurs de maladies infectieuses en milieu urbain.
- 5) Les informations de base issues des districts ne sont pas exploitées pour permettre d'ordonner, de standardiser et de financer la collecte des données, d'analyser et de diffuser les informations de santé, ainsi que de financer la recherche sur les systèmes de santé.
- 6) L'engagement des communautés auprès des autorités de la santé qui devrait se traduire par la fréquentation des formations sanitaires de base s'amenuise au fil du temps. En effet :
 - la création d'un environnement propice à l'amélioration de la santé des ménages n'est pas visible dans l'organisation des services de santé, en particulier l'éducation des femmes aux pratiques d'hygiène, ainsi que l'information sur les résultats des programmes et les coûts;
 - les investissements ne sont pas orientés vers des actions de santé publique d'un bon rapport coût/efficacité de nature à améliorer sensiblement l'état de santé des pauvres.

2.2.2. Les établissements sanitaires privés et la promotion de l'hygiène publique

Au Burkina Faso, la libéralisation a eu à la fois une dimension économique, une dimension sociale et éthique. Elle consiste à :

- donner aux entreprises et aux autres initiatives décentralisées la responsabilité principale dans le processus de croissance ;
- libérer les énergies créatives dans les divers domaines ;
- diffuser une éthique de la responsabilité.

Dans le cadre de l'offre de biens et services, le secteur privé intervient pour la satisfaction des besoins des populations pour des prestations de santé fiables et efficaces. Selon l'annuaire statistique du Ministère de la Santé, publié en 2002, on dénombrait deux cent douze (212) établissements privés et cent quatre vingt deux (182) officines pharmaceutiques.

Au regard des dimensions évoquées plus haut, la situation du secteur sanitaire privé pose des problèmes à la fois d'organisation, d'éthique et de cohérence avec la mise en œuvre de la politique nationale sanitaire.

La base de qualification n'est pas claire pour les niveaux de référence ; l'énormité des besoins favorisant le manque de rigueur dans les conditions d'établissement. L'organisation des services n'est pas normalisée et la concurrence n'est donc pas organisée pour les différents niveaux de références. L'adéquation des prestations n'est pas effective en concordance des coûts pratiqués par les promoteurs.

Les conditions d'ouverture des établissements privés sont, certes, réglementées, mais en terme d'hygiène, le laisser-aller est la règle et aucun contrôle de l'Etat n'est exercé pour le moment.

Les formules utilisées sont diverses et le traitement des déchets hospitaliers ne fait l'objet d'aucun suivi pour les nombreux cabinets implantés dans tous les quartiers des villes et centres urbains. Toutes sortes de prestations sont offertes, sans précaution, sans se préoccuper du statut de l'établissement et quelquefois avec la complicité des patients.

2.2.3. Diagnostic de la participation communautaire

La participation communautaire des populations à l'amélioration de l'hygiène publique peut revêtir plusieurs formes très différentes :

- a)** Une participation obligée, définie par des règlements (par exemple un code de l'hygiène publique), des systèmes de recouvrements de coûts des services publics ou privés, des conditions pour bénéficier d'un financement (contribution sous forme de main d'œuvre et d'apports de matériaux), le devoir de répondre à l'appel des autorités.
- b)** Une participation indépendante de toute influence externe au quartier, au village : initiatives individuelles ou bien promues par des autorités traditionnelles ou religieuses, des groupements ou associations informelles pour améliorer l'environnement sanitaire ou doter le quartier ou le village d'infrastructures ou d'un service de promotion de l'hygiène.
- c)** Une participation encouragée et appuyée par des actions de promotion et de sensibilisation, dans le cadre de projets participatifs, favorisant l'implication des habitants des quartiers et de leurs élus, et qui engendre progressivement un processus dynamique d'initiatives locales.

Il est impossible d'atteindre les objectifs, sans que les rôles, responsabilités et obligations des habitants ne soient clairement définis, respectés et sans que les infractions aux règles établies soient accompagnées de répression.

De même, il est impensable d'espérer des résultats viables, par le simple mécanisme des règlements, obligations, répressions si les populations ne se sentent pas personnellement convaincues de l'enjeu de l'hygiène. L'impact final du programme sera nul ou insignifiant si l'adhésion aux objectifs du projet est contraignante.

La participation des communautés touche par ailleurs, à leur conception globale de la santé, qui articule milieu, pratiques sociales et santé.

Modifier des façons de faire qui ont trait à des pratiques aussi intimes que celles relatives au corps, à l'éducation des enfants, à la maladie ou encore à des comportements liés à des pratiques codées comme les préparations alimentaires ou l'organisation de l'espace domestique n'échappent guère à un certain nombre de présupposés implicites tels que :

- 1)** la croyance en la supériorité de la bio-médecine eu égard à son efficacité objective à réduire les taux de mortalité ;
- 2)** l'idée que l'hygiène n'est pas lisible dans un univers marqué par l'ignorance de la distinction entre le propre et le sale ;
- 3)** la pensée qu'il suffit de rendre " visible " les facteurs de transmission des maladies pour convaincre et engendrer les modifications de comportements.

C'est en observant les pratiques d'hygiène des populations rurales que l'on contribuera à fournir les éléments d'une meilleure appréhension des milieux. Ainsi la notion de santé met en œuvre des conceptions historiquement et socialement relatives, ce qui ne saurait être défini universellement. L'Européen, l'Américain et le paysan du Burkina Faso ont des besoins physiques et mentaux forts différents. L'adaptation au milieu, pour chacun d'eux, induit la mise en œuvre de connaissances, de règles, qui échappent aux constructions faites en

laboratoire. Sans faire attention, l'hygiéniste ou l'agent de santé peut culpabiliser les uns ou les autres sans leur donner les moyens de pallier un ensemble de difficultés matérielles, pourtant déterminantes dans leurs pratiques. Le manque d'eau potable, le manque d'argent pour acheter les médicaments, l'absence de moyens de transport pour accéder au dispensaire, le sous-équipement des villages et quartiers en latrines et points d'eau salubres, pèsent trop lourd dans la balance que cherche à équilibrer l'hygiène publique, en agissant essentiellement sur les présupposés énoncés plus haut.

Le milieu n'est donc pas une variable indépendante de l'Homme. Il participe d'une réalité construite et non donnée, que les acteurs sociaux transforment par leurs différentes manières d'agir et leurs façons de se le représenter. Les observations de l'hygiéniste pour être pertinentes, doivent prendre en compte un ensemble de pratiques ordonnant la quotidienneté de l'espace domestique. Ce cadre enregistre un ensemble de pratiques susceptibles de servir ou de desservir le maintien de bonnes conditions d'hygiène.

C'est dire qu'on ne peut occulter le fait que toute pratique d'hygiène est enchâssée dans un réseau de contraintes économiques, technologiques, écologiques, à partir duquel les populations composent et donnent un sens aux activités d'hygiène publique. Aussi, lorsque l'on évoque les disjonctions qui existent entre le pragmatisme inscrit dans la culture donnée des acteurs, et une conception de l'hygiène moderne, c'est moins pour juger des pratiques que pour faire surgir les contraintes qui risquent de contrevenir aux mesures d'amélioration de la santé publique.

Au sein des communautés, il faut retenir que le réel ne se donne pas toujours à voir, mais doit quelque fois faire l'objet d'un décodage, donc d'un travail d'analyse qui articule les pratiques dans le sens que les acteurs leur attribuent.

2.2.4. Législation et Réglementation

Un effort notable pour l'élaboration des textes normatifs a été consenti ces dernières années au Burkina Faso et régissant divers secteurs dans lesquels la question de l'hygiène publique constitue une préoccupation majeure.

Ces dispositions législatives et réglementaires ainsi que les documents de politiques nationales permettent de fixer les normes et règles d'hygiène à observer pour une amélioration de la santé.

On note, cependant et avec regret, que la question de l'hygiène publique qui conditionne la bonne santé pour entreprendre les actions vigoureuses du développement, n'a pas fait l'objet de texte spécifique.

Les textes législatifs et réglementaires dont certaines dispositions sont consacrées à l'hygiène, ont, dans leur processus d'élaboration, suivi l'approche participative avec une implication effective des principaux acteurs.

Cette approche, qui diffère des pratiques passées qui consistaient à élaborer et faire adopter les textes à " huit clos ", présente l'avantage de parvenir à l'adoption de textes consensuels. Elle permet également, dès la conception des textes, d'engager le processus d'information et de sensibilisation. Elle offre, en outre, l'opportunité de mieux comprendre les différents aspects de la question à traiter, en réunissant des compétences diverses et complémentaires.

Malgré ces avantages multiples de l'approche participative dans l'élaboration des instruments juridiques, des contraintes majeures demeurent, compromettant l'efficacité des textes et l'efficience des actions engagées.

2.2.4.1. Les difficultés d'application des textes.

L'initiative de l'élaboration des textes législatifs et réglementaires appartient à plusieurs ministères. Ainsi, en matière d'hygiène publique interviennent plusieurs ministères dont ceux chargés de l'environnement, l'eau, la santé, l'agriculture, les ressources animales, l'économie et les finances.

Cette stratification des interventions entraîne une multiplication des structures de mise en œuvre des normes. Ces structures n'ont pas toujours la même vision, ni les mêmes compétences, ni les mêmes préoccupations.

Dès lors, il est difficile d'harmoniser les approches et les méthodes d'intervention pour une efficience des actions.

L'organisation interne d'un ministère, sans une claire prévision de mécanismes de concertation et une fonctionnalité de ces mécanismes constitue également une entrave à la bonne application des textes.

2.2.4.2. Les problèmes de suivi de l'application des textes

Les départements ministériels ne disposent pas pour la plupart, de service de documentation approprié chargé de centraliser et de gérer les textes en vigueur. Dès lors, l'utilisateur, à la recherche d'un texte, est obligé de s'adresser à la direction technique présumée avoir initié le texte, sans la certitude même de pouvoir se procurer le texte recherché. Les agents eux-mêmes n'ont pas toujours la parfaite maîtrise de l'application des textes en vigueur.

A cela s'ajoute l'ignorance presque totale de la nécessité impérieuse de faire publier le texte au journal officiel pour sa validité et son entrée en vigueur.

L'aspect le plus important de la question est le manque d'effort pour rendre les textes applicables accessibles aux populations par le biais de l'élaboration de versions simplifiées et même la traduction dans les principales langues nationales.

2.2.4.3. Les problèmes liés à la multiplicité et la diversité des structures

Les instruments juridiques ont pour finalité de régler le comportement et les actes et agissements des citoyens afin qu'ils soient conformes aux normes voulues par la société.

En matière d'hygiène, ils cherchent à procurer aux populations le bien-être physique et moral. Il en résulte qu'aucun texte ne s'applique de lui-même dès son adoption. Un travail de sensibilisation et d'information est indispensable pour son acceptabilité et son applicabilité.

Au Burkina Faso, on note une frénésie pour la conception et l'élaboration des projets de textes législatifs. Cependant, cet enthousiasme s'estompe dès le texte législatif adopté, alors que le même élan devrait s'observer pour l'élaboration des textes d'application qui donnent vie à la loi.

Au nombre des textes réglementaires (décrets, arrêtés) d'application prévue par les dispositions législatives très peu ont été élaborés et adoptés.

A cette insuffisance conceptuelle des textes, s'ajoute l'absence d'une véritable stratégie de mise en œuvre des textes tant législatifs que réglementaires (information vulgarisation, sensibilisation, traduction, suivi, actualisation).

L'avènement de l'État de droit, le processus de décentralisation ainsi que le contexte international ont permis l'élaboration et l'adoption de nombreux textes législatifs et réglementaires régissant des domaines dans lesquels la notion d'hygiène et de cadre de vie ne peut être occultée.

Ces textes, dans leur ensemble, quoique ayant observé l'approche participative dans leur élaboration, ont prévu des structures à mettre en place pour assurer la gestion des matières réglementées.

Ainsi, le code du travail institue le comité technique national consultatif d'hygiène et de sécurité, la loi portant Réorganisation Agricole et Foncière (RAF) édicte la mise en place de commissions hiérarchisées chargées de la gestion du domaine foncier national dont certains aspects concernent l'hygiène, les textes sur l'environnement et l'eau prévoient des structures dont le conseil national de l'eau, les textes de la décentralisation ont prévu le conseil villageois.

La multiplicité des structures, sans une coordination véritable, a pour conséquence la diversification des méthodes d'approche. Le public cible sans cesse sollicité pour diverses opérations de sensibilisation, d'information suivant des méthodes qui varient en fonction des intervenants, comprend difficilement les options à retenir.

La dispersion des structures et leur multiplicité rendent impossible une vision globale de nature à assurer une efficacité des actions d'intervention.

2.3. Mesures essentielles à prendre

L'analyse de la situation révèle de nombreux problèmes en matière d'hygiène publique. Afin que la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'hygiène publique ait un impact réel et contribue à la promotion de l'hygiène publique, les actions et mesures ci-après doivent être entreprises :

- assurer une véritable autonomie du Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) et le doter de moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions ;
- rendre la taxe de résidence opérationnelle au profit des collectivités et municipalités ;
- élaborer des critères et normes permettant un comportement hygiénique correct dans la gestion des restaurants populaires et de rue ;
- harmoniser les programmes des divers intervenants dans les établissements scolaires pour accroître l'efficacité des interventions et assurer une couverture nationale ;
- sensibiliser et mobiliser, à travers des programmes concertés des CRESA et des Services d'Hygiène Municipaux appuyés par des mécanismes idoines de financement, les acteurs municipaux, les organisations de commerçants et les populations fréquentant les marchés pour assurer l'hygiène dans ces lieux publics ;
- prendre des dispositions appropriées pour réglementer l'accès des centres de santé et des formations hospitalières et former les communautés à l'entretien et l'usage des locaux de soins et d'hospitalisation ;
- concevoir des programmes spécifiques pour permettre aux AIS de jouer effectivement leur rôle ;
- concevoir des programmes spécifiques d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement, de salubrité des restaurants, gargotes et débits de boissons et de lutte contre le VIH/SIDA dans les sites d'orpaillage.

° Au regard du nombre de programmes en cours dans le domaine de l'offre de santé, l'effort devra viser à :

- * orienter les dépenses publiques vers les installations et équipements nécessaires et la fourniture de services cliniques essentiels par l'amélioration des rendements des capacités installées ainsi que de nouveaux protocoles de diagnostic et de traitement ;

- * améliorer la maîtrise des coûts en aidant à la réalisation des évaluations techniques et la vulgarisation des résultats attendus ;
- * mieux équilibrer les ressources humaines par la prise en charge de la réalisation d'un meilleur équilibre des prestations en ville et en campagne ;
- * déplacer le centre de gravité des dépenses de santé en services cliniques tertiaires vers les centres de santé de district et encourager les communautés à participer plus largement au contrôle et au financement des soins de santé essentiels ;
- * œuvrer pour l'émergence d'un cadre juridique et institutionnel capable de promouvoir le principe de précaution dans la santé humaine ;
- * développer un système d'IEC permettant d'impliquer les communautés dans l'amélioration des pratiques d'hygiène publique.

° Besoins de réformes, actualisation et rationalisation des structures : l'état de la législation ainsi que l'analyse critique des textes traitant de l'hygiène publique, font apparaître de nombreux besoins d'intervention :

- * le besoin de combler certains vides législatifs et réglementaires : il en est ainsi de la réglementation des relations devant exister entre les structures centrales et les collectivités locales en matière principalement d'hygiène et du cadre de vie ; les relations avec les structures privées intervenant dans la promotion de l'hygiène et d'amélioration du cadre de vie etc. ;
- * le besoin de relecture du code de la santé pour l'adapter à l'évolution du contexte sanitaire national ;
- * le besoin d'élaboration et d'adoption des textes d'application du code de la santé publique ;
- * la nécessité d'une rationalisation des structures chargées de l'hygiène publique par l'institution d'une structure consultative de coordination et d'orientation ;
- * la définition d'une véritable stratégie de mise en œuvre des textes : l'effectivité de la législation requiert la mise en place d'une stratégie idoine. Cette stratégie doit définir avec précision les objectifs à atteindre, les résultats attendus, la démarche à suivre et les moyens à mettre en œuvre. On retiendra en particulier l'information, la vulgarisation, la communication, la concertation, la formation des acteurs cibles, le suivi évaluation de la mise en œuvre des actions initiées à cet effet. La vulgarisation/diffusion des textes sera fonction du public cible, une priorité devra être accordée à l'élaboration de versions simplifiées des dispositions consensuelles pour une large compréhension.
- * la nécessité de mettre en place et d'animer des mécanismes formels de communication et de concertation afin de permettre une circulation régulière de l'information, d'éviter les duplications et de favoriser les actions concertées.

Les textes législatifs et réglementaires, pour avoir un impact réel sur la gestion du domaine qu'ils régissent, nécessitent un environnement institutionnel approprié. L'amélioration du cadre institutionnel doit se faire en relation avec la législation qu'elle se doit de servir et dont elle est le cadre de mise en œuvre.

III. LA POLITIQUE NATIONALE D'HYGIENE PUBLIQUE

3.1. Les objectifs de la PNHP

La politique nationale d'hygiène publique intervient à un moment particulièrement favorable, lié :

- * à la volonté politique exprimée à travers les États Généraux de la Santé (EGS), le programme triennal de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), le document de Politique Sanitaire Nationale (PSN);
- * à l'intérêt croissant des bailleurs de fonds, suite aux épidémies cycliques de maladies infectieuses dans le pays ;
- * à l'avancée de la décentralisation notamment dans le secteur de la santé qui rend indispensable l'offre de santé au plus bas niveau de référence et pour tous.

Tirant parti de toutes ces opportunités, ainsi que l'engagement de tous les acteurs de la santé, la Politique Nationale en matière d'Hygiène Publique (PNHP) visera les objectifs globaux suivants :

- * Assurer les conditions indispensables à la survie ;
- * Prévenir les maladies et les intoxications ;
- * Maintenir un climat favorable à la productivité des activités humaines ;
- * Garantir le confort et la joie de vivre.

De façon spécifique, la politique d'hygiène publique se propose de :

1. Mettre en cohérence les efforts de tous pour faire évoluer positivement les comportements en hygiène publique ;
2. Identifier et/ou accélérer les projets et programmes prioritaires à soumettre aux bailleurs de fonds et capitaliser les nouveaux savoir-faire à apprendre et à ajuster sur le terrain ;
3. Engager des mesures institutionnelles, législatives et réglementaires fortes pour impliquer tous les acteurs de l'hygiène publique.

Ainsi la PNHP doit être en harmonie avec les autres éléments de la politique sociale, et s'accorder avec le cadre administratif dans lequel elle sera menée. Elle s'inscrit dans les orientations dégagées par le Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté au Burkina Faso. En effet, la problématique de la santé constitue la clé de voûte de la lutte pour la réduction de la pauvreté. Malgré les efforts consentis depuis plusieurs années, la situation sanitaire se caractérise toujours par une morbidité et une mortalité très élevées imputables non seulement aux faibles taux d'accès et d'utilisation des services de santé, mais également à la prolifération des maladies parasitaires et infectieuses liées en grande partie au manque d'hygiène et à l'insalubrité du cadre de vie.

Dans le Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté, trois objectifs majeurs ont été retenus en vue de promouvoir l'accès des pauvres aux services de santé ainsi que la prise en compte des comportements hygiéniques. Il s'agit :

- d'améliorer les indicateurs de santé des plus pauvres ;
- de limiter l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages démunis ;
- d'impliquer les usagers et les communautés les plus pauvres dans les décisions de santé.

Les actions entreprises, dans le cadre de la mise en œuvre du Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté, pour atteindre les objectifs ci-dessus cités comportent des actions tendant à une intégration véritable de l'hygiène publique dans la résolution des questions de santé des populations.

Il est donc important de retenir que la PNHP attend que :

- les programmes d'amélioration de l'hygiène publique soient en rapport avec les autres programmes prioritaires de la santé ;

- les structures en charge de la PNHP soient renforcées et dotées de tous les moyens nécessaires pour faire connaître et comprendre à la population, les incidences des activités d'hygiène. Tous les secteurs de la collectivité ont le devoir d'aider à aller dans ce sens ;
- un contrôle et une surveillance soient exercés sur les conditions de préservation des milieux et que les besoins et les moyens soient identifiés à cet égard.

3.2. Conditions de succès

3.2.1. Approches et techniques administratives

La fonction administrative est le reflet de la collectivité ou du pays où elle s'exerce, ainsi que de son régime politique. Elle subit fortement l'influence des facteurs socioculturels et surtout des attitudes de la population. L'objectif des méthodes modernes d'administration est de faire en sorte que les services soient administrés rationnellement. Les approches les plus récentes sont fondées sur l'étude du comportement humain et des moyens d'inciter le personnel de tous les niveaux à s'efforcer d'atteindre les objectifs conformes à ses intérêts et à ceux du service. Cette administration publique efficace repose sur deux fondements : la planification rationnelle et le contrôle de l'exécution du plan, le critère primordial étant l'efficacité globale. Une fois la mise en place d'une bonne structure organique achevée, il faut élaborer des méthodes de gestion qui assurent à la fois la bonne marche des opérations pour l'atteinte des objectifs visés. Dans cet ordre des choses, l'administration des services d'hygiène suppose une étude extensive de la collectivité considérée. L'organisation sociale, les groupements d'individus, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et associations, les institutions publiques centrales et décentralisées, influent sur les programmes et subissent à leur tour l'influence de ces programmes.

Pour tirer parti des ressources limitées, il est essentiel du point de vue administratif, d'assurer une intégration harmonieuse de tous les programmes, qu'ils relèvent de services spécialisés ou généraux. C'est donc à présent qu'il faut se préparer, par l'analyse et la concertation, aux changements proposés et qui interviendront inévitablement dans les services d'hygiène publique dans notre pays.

3.2.2. Etablissement des critères, d'indices et normes pour l'hygiène publique

Les approches suivies pour l'établissement des normes d'hygiène publique sont très diverses. La conception pratique et réaliste consiste à examiner séparément chaque cas. Dans ce sens, il faut se poser les questions ci-après :

- quels sont les niveaux de conscience des populations en matière d'hygiène ?
- quels niveaux est-il souhaitable d'atteindre ?
- est-il possible d'atteindre ces niveaux ?
- est-il possible de faire respecter les normes nécessaires pour que les niveaux souhaitables soient atteints ?

En règle générale, la publication de normes doit être assortie de clauses instituant des délais limites d'application afin que les contrevenants potentiels aient la possibilité d'installer l'équipement préventif nécessaire.

3.2.3. L'information sanitaire et la communication

L'information sanitaire et la communication font partie intégrante de tout programme d'hygiène publique et poursuivent trois objectifs principaux :

- inculquer aux populations les principes d'hygiène afin qu'elles apprennent à discerner ses véritables besoins de santé et acquièrent de bonnes habitudes d'hygiène personnelle ;
- amener les communautés à accepter les normes adoptées par les pouvoirs publics pour améliorer l'hygiène publique et à réclamer elles-mêmes de telles mesures ;
- faire en sorte que les services d'hygiène publique soient administrés conformément aux besoins et aux aspirations des populations concernées.

Bien que tributaires d'un certain nombre d'aléas organisationnels et financiers, les techniques d'IEC sont connues, mais les méthodes à employer exigent du discernement. Il faut choisir celles qui conviennent et éviter de trop dramatiser la situation. De toutes les formes d'éducation, c'est l'éducation sanitaire à l'école qui est la plus fondamentale, et qui a le plus de chance de donner des résultats tangibles à long terme. Elle doit faire partie de tout programme scolaire et être développée progressivement pendant toute la durée de la scolarité.

Les enseignants doivent être formés et évalués dans ce sens pour donner autant de poids à l'hygiène publique qu'à l'hygiène personnelle afin que très tôt les enfants le comprennent bien et se rendent compte de leur importance. L'IEC est donc un élément essentiel des programmes d'hygiène publique auquel elle doit être parfaitement intégrée.

3.2.4. La surveillance épidémiologique et de la qualité de l'environnement

Tout programme d'hygiène publique doit comprendre des activités de surveillance car il s'agit :

- d'apprécier quantitativement et qualitativement l'action des facteurs environnementaux et de mesurer les progrès accomplis par les communautés ;
- de déterminer l'efficacité des actions menées et la valeur des résultats obtenus ;
- d'exploiter les données recueillies pour l'élaboration des programmes futurs ou la modification des programmes en cours.

La surveillance consiste à rassembler des données exactes à analyser et à évaluer ces données, pour formuler des recommandations concernant la conduite à tenir dans l'avenir. Elle fait appel à des mesures des facteurs mésologiques, à l'observation des éléments de l'environnement pour déterminer si les normes sont respectées, aux enquêtes et recherches sur les effets du milieu sur la population ou groupe de population, à la collecte et la diffusion de données et statistiques nécessaires à l'information des communautés sur les progrès accomplis et sur l'évolution de la situation.

C'est l'influence de l'environnement dans son ensemble sur la santé qui détermine l'organisation des activités de surveillance de la qualité des axes définis par le champ de l'hygiène publique.

3.2.5. L'évaluation des programmes d'hygiène publique

L'évaluation est l'opération administrative qui consiste à mesurer et à analyser des résultats par rapport aux buts et objectifs visés. Les profits sont rapportés aux coûts, les produits aux consommations, les sorties aux entrées. L'évaluation permet également d'apprécier les effets des programmes d'hygiène sur la santé. Résultats et objectifs sont exprimés en terme quantitatifs, qualitatifs et temporels.

En général trois types de résultats différents sont recherchés. Ce sont :

- le rendement d'une activité ou d'un instrument utilisé pour assurer la salubrité du milieu ;
- la mesure de l'atteinte des objectifs d'un programme ;

- les avantages retirés par la collectivité suite à l'exécution des programmes d'hygiène publique.

Un bon système de collecte et de stockage de l'information est indispensable pour fournir les données quantitatives que suppose le travail d'évaluation. Tout agent d'hygiène publique peut procéder à certaines formes d'évaluation de son programme, projet ou activité, en définissant les buts à atteindre, en fixant les indices et mesures à utiliser, en collectant, analysant et interprétant les données pertinentes, en présentant ses conclusions en terme de productivité, et enfin en recommandant des changements de nature à améliorer les rendements ou la productivité du programme.

Une évaluation régulière des activités d'hygiène publique peut donner les moyens d'améliorer tant l'organisation que la gestion de toutes les opérations de préservation de l'environnement et de la santé publique. Assurer la salubrité des milieux est une entreprise complexe qui ne peut aboutir sans une adaptation continuelle au changement. Associée à une planification globale, l'évaluation permet précisément une telle adaptation.

3.3. Les orientations stratégiques de la PNHP

3.3.1 L'organisation institutionnelle et la promotion de l'hygiène publique

Les Etats Généraux de la Santé (EGS) constatent que " la situation épidémiologique au Burkina Faso est dominée par la persistance des maladies transmissibles, des maladies non transmissibles qui sont le plus souvent liés à des déterminants non médicaux ".

- les maladies transmissibles sont regroupées en quatre (04) sous-groupes :
 - * les maladies à potentiel épidémique (choléra, méningite, rougeole, fièvre jaune) ;
 - * les maladies ciblées pour l'éradication (polio, ver de guinée);
 - * les maladies ciblées pour l'élimination (tétanos, lèpre...) ;
 - * les maladies d'importance en santé publique (paludisme, maladies diarrhéiques, infections respiratoires, trypanosomiasés, onchocercose, tuberculose, Sida) faisant l'objet de programmes spécifiques.
- les maladies non transmissibles que sont les maladies mentales, des yeux, bucco-dentaires, cardio-vasculaires, de la peau, la drépanocytose, le cancer et le diabète.

L'hygiène publique se présente comme un axe prioritaire pour le succès et la qualité des services de santé dans la lutte pour réduire la prévalence de la plupart des maladies citées plus haut. Cependant, cette activité n'est pas suffisamment prise en compte dans l'organisation de l'offre de santé et ne fait pas l'objet de toute la considération nécessaire sur le plan de son financement.

Pour résoudre ces problèmes, il semble important de mettre en place une coordination nationale, qui prenne en compte :

- une structure dotée d'une capacité de coordination interministérielle ;
- une couverture nationale suffisante pour accompagner la décentralisation des services de santé et de l'administration ;
- une organisation permettant une évaluation sanitaire et une surveillance épidémiologique efficace pour une réponse appropriée et rapide des services de santé ;
- la mise en place d'un système de communication et d'information efficace, à même de promouvoir les services de santé, de même que l'implication des populations dans la prise en charge de leur santé de base.

La réponse institutionnelle la plus appropriée est la création d'un cadre de concertation qui sera composé de membres provenant de divers départements ministériels (notamment ceux

chargés de la Santé, de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation, de l'Environnement et du Cadre de Vie, de l'Hydraulique, des Affaires Sociales, de l'Urbanisme, de l'Education, des Droits Humains, de la Justice, de la Promotion de la Femme, de l'Economie, du Commerce, etc.) et de la Société Civile.

3.3.2. Les responsabilités des acteurs clefs de l'hygiène publique.

Les relations entre les différents acteurs sont régies par le cadre législatif et réglementaire, ainsi que par les arrangements contractuels de droit public ou privé qu'ils établissent ensemble.

L'Etat et ses démembrements sont le premier type d'acteurs qui participe à la réalisation des programmes d'hygiène publique. Sous l'autorité du Gouvernement, le Ministère de la Santé et ses services déconcentrés ont la responsabilité de mettre en œuvre les programmes. Ils coordonnent, animent, mobilisent les moyens, contrôlent et rendent compte. Les autorités des circonscriptions administratives, à leur niveau de responsabilité, coordonnent les services déconcentrés de différents ministères, facilitent la concertation, veillent au respect des lois et règlements, président les organes de consultation et de délibération. Les organes élus des collectivités territoriales organisent la participation communautaire des populations, pour la promotion de l'hygiène publique, prévoient les ressources financières nécessaires.

Dans le cadre de la mise en œuvre, le Ministère de la santé, par le biais des services techniques chargés de l'hygiène publique, aura la responsabilité générale de l'élaboration, la promotion et le suivi/évaluation des programmes d'hygiène. Il assurera la gestion de la base de données relative à la couverture sanitaire. Son unité de planification assurera la supervision de l'assistance technique auprès des services techniques municipaux.

Les Municipalités seront chargées de l'observation et de l'évaluation permanente de la satisfaction des besoins de la population, dans le cadre d'une démarche de planification et d'action concernant l'hygiène.

L'approche des composantes de l'hygiène publique est basée sur l'implication des communautés ou usagers des services de la santé. Cette implication comporte la création ou le renforcement des Comité de Gestion des formations sanitaires (COGES), des associations et ONG, assumant des responsabilités de gestion, ainsi que l'organisation de l'épargne pour le financement des dépenses d'exploitation et de renouvellement des systèmes, des produits comme les Médicaments Essentiels Génériques (MEG).

Ce processus est déjà entamé avec l'initiative de Bamako qui prévoit le partage des responsabilités et compétences entre les associations, les pouvoirs publics et les opérateurs privés. L'implication du privé dans la gestion des services de santé est une donnée de base de notre système de santé aujourd'hui. La revue sectorielle fait état des contours de l'association du privé dans l'offre de services d'hygiène publique, ses problèmes et ses attentes pour un renforcement de cette tendance dans le pays.

Au total, la mise en œuvre du nouveau cadre institutionnel supposera le traitement des questions suivantes :

1. La clarification des responsabilités entre les partenaires, la délimitation des responsabilités des acteurs intervenant dans la planification et la programmation des opérations, la précision du rôle des services déconcentrés, des services municipaux, la mise en place de moyens réguliers de coordination entre les partenaires des différentes institutions publiques concernées par l'hygiène.

2. La mise en place de projets pilotes, comme mode de vérification des mécanismes de prise en charge financière à partir de structures stables et clairement situées dans le schéma institutionnel d'ensemble.
3. Le calendrier de l'ensemble des mesures, notamment le complément de structures régionales et municipales, dans le cadre de leurs mandats d'appui technique et financier. Toutes ces initiatives impliqueront les ONG, Associations d'appui technique et les entreprises privées.

3.3.3. La coordination de la PNHP

La coordination des actions et des interventions en matière d'hygiène publique, d'une part et la concertation entre les acteurs et les partenaires d'autre part, est une nécessité impérieuse.

La création de la Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé (DHPES), dans l'organigramme du Ministère de la Santé en vigueur depuis octobre 2002, s'inscrit dans cette logique et répond en partie à ce souci. Cette direction travaillera à traduire la politique en programme d'actions pour la promotion de l'hygiène publique. Ce dispositif institutionnel devra être complété par un cadre consultatif pour favoriser la concertation entre les acteurs et veiller à l'harmonisation des interventions dans le domaine de l'hygiène publique.

3.3.4. Le développement des capacités en matière d'hygiène publique

Les ressources humaines et matérielles jouent un rôle essentiel dans l'exécution des programmes d'hygiène publique. Toute pénurie dans l'un ou l'autre secteur a des conséquences telles que décrites dans l'analyse de situation. Cependant, il faut reconnaître que, du point de vue qualitatif et quantitatif, il est très rare que les ressources mobilisables correspondent exactement à ce qui paraît être nécessaire. Il faut donc faire preuve de réalisme et choisir les objectifs des programmes conformément aux ressources dont on peut disposer. Pour meubler l'organisation proposée et prendre en compte les acquis des services de prévention existants, il est nécessaire d'évaluer les besoins en personnel et élaborer un programme de formation professionnelle adapté aux activités à conduire par les services chargés de l'hygiène publique.

3.3.4.1. L'évaluation des besoins en personnel

Les catégories et les effectifs de personnel nécessaire sont à déterminer à partir d'une analyse prospective des tâches à accomplir, des priorités à observer et des programmes à mener à bien. Les disciplines intéressées par l'hygiène dans notre pays se divisent en trois catégories principales :

- le personnel professionnel (médecins de santé publique, ingénieurs sanitaires, ingénieurs civils, chimistes, biologistes, entomologistes...);
- le personnel semi- professionnel et les agents de maîtrise (assistants médico-sanitaires, techniciens, opérateurs, personnel d'atelier, de bureau) correspondant aux groupes professionnels existant dans le pays ;
- le personnel d'appui (aides sanitaires, secrétaires, chauffeurs, magasiniers, manœuvres) ;

Ce personnel, employé plus ou moins à plein temps dans les services d'hygiène publique est très insuffisant, et beaucoup d'autres professions dans les ministères sont appelées à contribuer aux programmes. Pour attirer le personnel voulu dans les services d'hygiène, les autorités sanitaires devront définir clairement toutes les fonctions à remplir, établir des descriptions de postes et offrir aux intéressés des perspectives de promotion certaines

(formations en cours d'emploi, facilités d'études de perfectionnement à l'extérieur). En appui de ces actions, il serait important de créer des cours de niveau universitaire conduisant au diplôme d'inspecteur sanitaire, pour combler le manque de personnel.

3.3.4.2. La formation professionnelle

Toutes les formes de développement national dépendent du niveau d'instruction de la population et dans les programmes d'hygiène publique, il importe que chacun ait le niveau d'instruction et de formation requis pour les fonctions qui lui sont assignées.

Il faut donc accorder une place importante à la santé publique et à l'hygiène dans la formation de médecins, infirmiers par l'étude des principes fondamentaux du génie sanitaire.

Les services d'hygiène publique et leur personnel doivent être tenus informés des progrès techniques, de l'avancement des programmes et de leur orientation. Il est souhaitable que tous les programmes comportent l'organisation de cours de recyclage interne, pour toutes les catégories de personnel. Ces cours peuvent être d'importance variable allant de séances d'une demi-journée consacrées à la démonstration et à l'exploitation des tâches, jusqu'aux cycles d'études s'étendant sur plusieurs semaines.

Les responsables des services d'hygiène publique devraient, dans l'élaboration des programmes, tenir compte des ressources disponibles sur place et adapter les modèles, spécifications et méthodes aux conditions locales, y compris les disponibilités en ressources humaines.

Il sera également nécessaire d'insister sur l'organisation de programmes de recherches, visant à déterminer les meilleures formes d'emplois des produits industriels locaux, dans le cadre d'un plan de normalisation des équipements, des matériaux et des méthodes. Dans cet esprit, le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) a un rôle primordial dans la poursuite de tels objectifs.

Un grand nombre de problèmes touchant à tous les aspects de la santé publique se pose en hygiène du milieu. Or les ressources disponibles (financières, matérielles, humaines..) pour apporter des solutions à ces problèmes sont partout limitées.

Par ailleurs, les programmes d'hygiène publique sont en concurrence avec d'autres programmes intéressant par exemple le développement industriel, l'amélioration de l'agriculture, l'enseignement, les services sociaux etc.

Il est donc nécessaire de procéder à des choix prioritaires en conformité avec le champ de l'hygiène publique défini plus haut. Il faut donc :

- supprimer les causes les plus flagrantes des maladies transmissibles. Pour nos collectivités, il s'agira de la contamination par les excréta humains, la présence d'insectes vecteurs de maladies, en tenant compte des progrès de la société, l'accroissement progressif de l'espérance de vie et le niveau général de la santé ;
- élever le niveau de conscience de la population à la compréhension de l'hygiène publique et respecter les règles qui en assurent la promotion ;
- inscrire l'Approvisionnement en Eau Potable et l'Assainissement (AEPA) et l'hygiène dans un plan général de développement destiné à accroître le bien être, la commodité et la productivité de la population.

Il reste qu'il n'existe pas de règle universelle pour l'établissement de priorités, mais l'on s'appuiera sur une série d'évaluations répondant aux questions suivantes :

1. quels avantages peut-on attendre du programme ?
2. le programme est-il économiquement raisonnable ?

3. est-il compatible avec les besoins essentiels du pays ?
4. le programme bénéficie-t-il d'un appui politique important ?

En hygiène publique, les choix prioritaires n'intéressent pas seulement les spécialistes de la santé publique et les administrateurs publics. D'autres groupes y compris les hommes politiques, les associations et organisations non gouvernementales, la presse et le grand public, les leaders religieux et d'opinion, doivent prendre part à l'exercice organisé d'évaluation des programmes, pour mettre en évidence les besoins les plus pertinents d'hygiène publique.

3.3.5. La communication en matière d'hygiène publique

Les activités de promotion et d'information sanitaire de la PNHP seront intégrées aux diverses composantes en conformité avec le plan de communication et d'information sanitaire. Elles auront comme objectifs :

- de développer la responsabilité des communautés à l'amélioration de leur santé,
- de promouvoir les changements de comportements individuels et collectifs en matière d'hygiène publique,
- de soutenir les programmes de santé publique en direction des groupes cibles.

Dans les écoles, il sera développé un programme approprié sur l'éducation en matière d'hygiène publique en vue de sa promotion au sein des communautés. Pour cela, une formation adéquate des enseignants et du personnel de santé est nécessaire. L'hygiène publique fera partie des programmes de formation des personnels du secteur de la santé et des autres secteurs sociaux et sera enseignée dans les écoles.

Des programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC), utilisant comme canaux la radio, les centres sociaux et de santé, les écoles, les clubs de lecture, les leaders religieux et d'opinion seront spécifiquement élaborés sur le thème de l'hygiène publique et financés par les fonds générés par les Comité de Gestion (COGES) dans le cadre des activités des équipes cadre de district (ECD).

3.3.6. Le cadre juridique de l'hygiène publique

Les programmes visant à maintenir et à améliorer l'hygiène publique doivent naturellement s'appuyer sur des bases juridiques. La législation dans notre pays est assez bien élaborée et obéit aux grands principes suivants :

- * La loi est conçue pour guider, aider et faire accepter une norme et elle n'est pas uniquement restrictive et punitive,
- * Ses dispositions sont raisonnables,
- * Elle prévoit les moyens qui permettent de l'appliquer et de la faire observer.

Il reste à trouver les formes et le langage pour les diffuser et les faire connaître des populations. La législation doit traduire le désir de la société de résoudre ses problèmes de santé. Pour ce faire elle va répondre aux nécessités suivantes:

- définir les grandes lignes d'action et les responsabilités des organismes publics et privés désignés ;
- formuler des directives à l'attention du public et donner les pouvoirs nécessaires à l'exercice de certaines fonctions ayant trait à la recherche, la planification, la réglementation, la normalisation, l'exécution des lois et la construction ;
- fixer les modalités juridiques de l'exercice de ces fonctions, de l'administration des programmes et services ;

- définir les relations entre les différents échelons de l'administration et entre les organismes publics.
- assurer le financement des fonctions prévues par la mise en place d'un régime financier adéquat et adapté à l'hygiène publique.

Au Burkina Faso, le Code de la santé publique, le Code d'urbanisme en préparation et le Code de l'environnement sont entre autres des documents de base en la matière. Ils doivent être complétés par une loi spécifique pour traduire les préoccupations en matière d'hygiène publique et servir de cadre de référence pour les actions à entreprendre. La réglementation à élaborer devra tenir compte des contraintes imposées par l'opportunité politique et les possibilités administratives d'application. Les règlements doivent dans ce sens être en accord avec les autres aspects du développement économique et social en particulier l'enseignement. Leur évolution sera revue périodiquement, en fonction des développements de la situation et de l'élévation des normes mesurant le niveau économique, culturel et social du pays.

3.3.7. Le financement de la PNHP

Les dépréciations subies par le milieu de vie des communautés sont souvent si grandes que les mesures correctives qui s'imposent finissent par présenter une charge qui s'alourdit au fur et à mesure du développement économique, social et culturel.

Dans bien des cas, il faut mobiliser des crédits non seulement pour l'exécution des programmes, mais aussi pour la formation du personnel qui en aura la charge. Le choix du mode de financement le mieux adapté est conditionné par le climat politique, social et économique du pays, mais quelle que soit la formule retenue, l'emploi des fonds mobilisés doit être bien précisé.

Le financement des adductions et distribution d'eau potable, des réseaux d'égouts et systèmes de traitement des eaux usées, des programmes de logement, et d'autres programmes de lutte anti- vectorielle, pose des problèmes multidimensionnels d'une extrême complexité. Il faut examiner comment les responsabilités pourront être réparties entre l'état, le secteur privé, étudier l'échelonnement des projets dans leurs rapports avec le rendement des investissements et envisager une réorientation de la politique budgétaire. Ainsi, le secteur privé (particuliers, collectivités et industriels) devrait assurer une partie raisonnable des dépenses directes résultant de l'impact de ses activités et qui lui sont imputables.

C'est le sens des dispositions pratiques du code de l'environnement qui ont conduit à la création du Fonds de Dépollution Industrielle (FODEPI). Tout programme d'hygiène publique, présentant un intérêt particulier pour une collectivité déterminée ou un secteur donné de l'économie, devra comporter un régime financier qui permette d'amortir le capital investi et de couvrir les dépenses de fonctionnement. Dans chaque cas, il faudra démontrer que le projet est réalisable sur le plan économique et offre une garantie de rentabilité satisfaisante. Pour le lancement des programmes, comme c'est le cas dans notre pays, le gouvernement peut rechercher des capitaux extérieurs auprès de sources diverses, avec à l'esprit qu'à terme, c'est le Burkina qui doit assurer la charge des dépenses. L'initiative de Bamako sera évaluée dans le sens de la dévolution des programmes spécifiques en cours dans l'organisation des services de santé.

IV. LES ACTIONS PRIORITAIRES DE LA PNHP

La politique nationale en matière d'hygiène publique (PNHP) est basée sur des actions de planification dans les villes et les districts sanitaires ruraux et doit conduire à l'exécution de projets visant à améliorer le cadre de vie des populations sur l'ensemble du pays. Avec

l'assistance des ONG, des Associations de la société civile, les communautés seront encouragées à développer leurs propres projets à partir d'initiatives endogènes, afin de renforcer le COGES et d'améliorer les conditions d'hygiène de vie. Un appui à la réorganisation des services nationaux en municipaux d'hygiène, au développement des ressources humaines sera entrepris afin de mettre en place l'encadrement nécessaire à la réalisation effective de la PNHP.

La politique nationale de l'hygiène publique, pour avoir un impact véritable sur le milieu de vie et la santé des populations, nécessite la prise de mesures idoines et la mise en œuvre d'actions vigoureuses touchant les différents aspects et secteurs de l'hygiène publique.

Ces actions et mesures, à mettre en œuvre sous forme de projets, éventuellement avec l'appui des partenaires au développement, peuvent être regroupés comme ci-après :

4.1- Définition des modalités opérationnelles des structures de gestion de l'hygiène publique

Il s'agit d'actualiser le schéma organisationnel de l'offre de santé pour prendre en compte la PNHP avec la création d'un cadre de concertation en matière d'hygiène publique. Ce schéma devra permettre de :

- responsabiliser les différents acteurs institutionnels après évaluation de chaque structure ;
- promouvoir et organiser la participation communautaire et le secteur privé national.

Ce schéma organisationnel sera complété par une analyse financière, un plan de financement des activités, un cahier de charges des acteurs et leur équipement minimum.

4.2- Développement des compétences en matière d'hygiène publique

Le succès de la PNHP repose sur l'adhésion, le soutien et la collaboration des acteurs qui interviennent à différents niveaux de décision, de contrôle et d'exécution.

Sa mise œuvre nécessitera le développement de nouvelles compétences à tous les niveaux et le renforcement des capacités existantes.

4.3- Harmonisation et vulgarisation des instruments juridiques en vigueur

Cette activité, après une analyse critique des textes législatifs, proposera une réglementation adaptée et spécifique à l'hygiène publique, qui permette:

- une meilleure cohérence des textes en vigueur ;
- l'élaboration des législations sectorielles qui font défaut ;
- l'élaboration de textes réglementaires pour l'application effective des lois ;
- la proposition de mesures incitatives pour le respect des normes et des règlements ;
- la mise en place de modalités de contrôle indépendant de la qualité de l'hygiène publique.

4.4- Promotion de l'hygiène en milieu rural

Cette activité permettra de :

- accroître et adapter les pratiques d'hygiène publique à travers des campagnes massives et intensives d'information.
- responsabiliser les comités de gestion (COGES) dans l'hygiène publique à travers la formation des membres.

- former des artisans pour la construction et la promotion de systèmes d'assainissement adaptés à leur milieu.
- améliorer les conditions et pratiques d'hygiène des communautés en les aidant à se doter d'installations sanitaires appropriées.

4.5- Promotion de l'hygiène en milieu scolaire

Cette activité comprend quatre étapes principales :

- Elaboration et édition de modules par niveau d'enseignement par des équipes d'enseignants et chercheurs de l'éducation nationale, en prenant en compte les matériaux déjà existants.
- Formation des Formateurs (enseignants, personnel des centres spécialisés : Santé, Action Sociale, agents Communaux , ENEP).
- Construction de points d'eau, de latrines, de dispositifs de lave-main et d'urinoirs dans les écoles avec la participation des parents d'élèves (en travail ou en cotisations) aux frais de construction.
- Mise en place d'un système de protection et d'entretien de ces installations.

4.6- Elaboration des règles et normes d'hygiène dans les établissements hospitaliers

Cette activité vise à :

- définir et actualiser les normes et règlements d'hygiène dans les formations sanitaires à tous les niveaux de références.
- inventorier les mécanismes de propagation de l'infection hospitalière et les moyens mis en œuvre pour l'interrompre aux différents niveaux de référence et des services.
- élaborer ou actualiser les règles relatives aux conditions d'ouverture des formations sanitaires privées et publiques par niveau de référence et les diffuser.
- recenser et former les agents des services techniques hospitaliers et de soins obstétricaux.
- définir les standards minima pour la gestion des déchets hospitaliers.

4.7- Appui au renforcement des capacités des services techniques municipaux

Les services techniques municipaux sont des structures de proximité au service des populations urbaines. L'appui à l'organisation des services devient un impératif pour la mise en œuvre de la PNHP et pour la surveillance de l'environnement urbain et la lutte anti-vectorielle, surtout en période hivernale. Ces services sont actuellement démunis pour la réalisation des tâches dévolues aux structures municipales. Les actions viseront à doter les services de moyens humains, matériels et opérationnels pour la conduite de la PNHP au niveau des municipalités et communes de plein exercice.

4.8- Elaboration d'un plan de communication et d'information en matière d'hygiène publique

Cette activité vise à :

- Améliorer le comportement hygiénique des acteurs de la santé, en particulier les populations.
- Organiser la gestion de l'information sanitaire ainsi que sa diffusion
- Identifier les usagers de l'information sanitaire, et leurs besoins d'information et formaliser les canaux de communication.

- Déterminer et mettre en place les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la gestion efficace de la communication en santé publique en prenant en compte les nouvelles technologies de l'information.
- Identifier et valoriser les ressources pour l'accès à l'information y compris les bases de données et les services de diffusion appropriés.