

824

H.V.M.O.86

VANT PROJET

D'UN

PROGRAMME D'ASSAINISSEMENT ET DE NUTRITION

INTEGRE DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

LE...
LE...
LE...
SANTÉ

BERT SCHOUTEN

DEDUGOU, JUILLET 1986.

824 BFM086
-2488

TABLE DES MATIERES

=====

P R E A M B U L E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

INTRODUCTION

- 1/ Situation sanitaire au Burkina Faso.
 - 1.1. La politique sanitaire.
 - 1.2. Les données sanitaires du pays.

- 2/ Situation générale et sanitaire de la Province du Mouhoun.
 - 2.1. Situation en général.
 - 2.2. La structure sanitaire de la province.
 - 2.3. Les intervenants dans le domaine de la Santé.
 - 2.4. Les données sanitaires de la province du Mouhoun.
 - 2.5. Le sommaire des activités en SSP.

- 3/ Justification.

- 4/ Domaines d'intervention.
 - 4.1. Sensibilisation, organisation et formation au niveau de la communauté.
 - 4.2. Sensibilisation, organisation et formation au niveau des centres de soutien.
 - 4.3. Assainissement.
 - 4.4. Nutrition.

- 5/ Objectifs, stratégie et activités.
 - 5.1. Objectif général.
 - 5.2. Objectifs spécifiques.

- 6/ Zone d'intervention du projet (zone pilote).

- 7/ Les moyens à mettre en oeuvre.

.../...

8/ Organisation du projet.

8.1. L'organisation de la Direction Provinciale de la Santé.

8.2. Intégration du projet dans la Direction Provinciale.

8.3. Collaboration avec l'Office National des Puits et Forages :
Projet Hydraulique Villageoise.

ANNEXES.

I. Directive conjointe 85.0010.

II. Formation du personnel sanitaire.

III. Points d'eau creusés par l'ONPF dans la zone de Dédougou.

ABBREVIATIONS.

A.S.C.	Agent de Santé Communautaire (= AV / ASV)
A.S.V.	Agent de Santé Villageois.
A.V.	Accoucheuse Villageoise.
C.D.R.	Comité de Défense de la Révolution.
C.M.	Centre Médical.
C.S.P.S.	Centre de Santé et Promotion Sociale.
D.P.S.	Direction Provinciale de la Santé.
E.P.S.	Education Pour la Santé.
G.R.A.A.P.	Groupe de Recherche et d'Appui pour l'Auto-promotion Paysanne.
G.T.Z.	Coopération Allemande.
O.N.P.F.	Office National des Puits et Forages.
P.E.V.	Programme Elargi de Vaccination.
P.S.P.	Poste de Santé Primaire.
S.M.I.	Santé Maternelle et Infantile.
S.N.V.	Association Néerlandaise d'Assistance au Développement.
S.S.P.	Soins de Santé Primaires.
U.N.I.C.E.F.	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

PREAMBULE.

Le présent document constitue l'identification d'un projet de Soins de Santé Primaires. L'élaboration du projet fait suite à la demande de la Direction Provinciale de la Santé de la Province du Mouhoun, pour un appui au système de soins de santé primaires, au besoin senti dans le Projet Hydraulique Villageoise de la Volta-Noire d'un renforcement des activités sur le terrain d'assainissement et à l'intérêt exprimé par l'Association Néerlandaise d'Assistance au Développement (S.N.V.) dans le domaine des S.S.P.

L'exploitation des rapports et des autres documents et l'entretien, ont été les principales méthodes de travail utilisées.

Le travail a profité beaucoup de la collaboration de la part du personnel de la Direction Provinciale de la Santé et de l'Office National des Puits et Forages.

Aussi, il faut remercier le Dr. Minus SCHONK et le Dr. Aukje VAN DER HEIDE, qui ont apporté beaucoup d'idées pour l'élaboration de ce projet.

Dédougou, le 29 Juillet 1986

Bert, S C H O U T E N .

INTRODUCTION.

Depuis 1980, le Projet Hydraulique Villageoise, financé par la Coopération Néerlandaise, intervient dans les provinces de Mouhoun, Kossi et Sourou avec la construction de puits et forages. Bien que l'importance des mesures supplémentaires en assainissement soit reconnue jusqu'ici, les activités entreprises par le projet sont limitées. La structure de santé non plus fait beaucoup l'objet d'attention à ce volet.

Puisque les activités dirigées vers un meilleur niveau d'assainissement sont d'une nature différente et durent plus que les activités de gestion de point d'eau, il est proposé ici de les intégrer au système des soins de santé primaires de la structure nationale de santé.

Stant donné l'importance de l'état de malnutrition dans les maladies infectieuses et parasitaires, la promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, élément des SSP, est aussi incluse dans ce projet.

Pour améliorer le fonctionnement du système des SSP, on propose de renforcer le système des SSP en matière de la supervision des PSP, la formation des villageois et du personnel sanitaire, et de l'organisation au niveau du centre de soutien ainsi qu'au niveau du village.

Le projet débutera avec une phase pilote de deux ans et dans une zone limitée dans la province du Mouhoun, afin de tester la méthode de travail proposée. Après cette période, le projet sera évalué dans le but de voir comment le programme peut être étendu à toute la province.

1/ Situation sanitaire au Burkina Faso.

1.1. La politique sanitaire.

La conférence internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé O.M.S. a adopté la stratégie des Soins de Santé Primaires à Alma Ata (1978).

.../...

La définition des SSP suivant la conférence est :

" Des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination. Ils font partie intégrante du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire".

Dans la thèse VII, le concept SSP est plus élaboré :

1. " reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et bio-médicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur les expériences de la santé publique ;
2. visent à résoudre les principaux problèmes de la santé de la communauté, assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaire à cet effet ;
3. comprennent au minimum : une éducation sur les problèmes de santé qui se posent ainsi que sur les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement de lésions et des maladies courantes, et la fourniture de médicaments essentiels ;
4. font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et

.../...

domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;

5. exigent et favorisent au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant la plus large partie possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'appétitude des collectivités à participer ;
6. doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive des services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;
7. font appel tant à l'échelon local qu'à celui de services de recours au personnel de santé tels que les médecins, infirmiers, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels, tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité".

Au Burkina Faso, c'était le conseil ministériel du 14 mars 1979 qui a adopté la stratégie des SSP en soulignant que :

" le principe d'égalité devant la santé de tous les citoyens quelle que soit leur condition sociale. Notre politique sanitaire est résolument axée sur les actions éducatives et préventives et le citoyen est appelé, grâce à l'éducation pour la santé, à participer de plus en plus largement à la préservation de sa santé ".

C'était en 1980, que les activités en SSP ont réellement démarré et depuis cette année beaucoup d'infirmiers ont pris l'initiative de créer des PSP autour de leurs postes. Cependant beaucoup d'actions n'ont pas réussi à cause d'un grand nombre de problèmes.

En septembre 1985, le Gouvernement du Burkina Faso avait pris la décision d'installer des PSP dans tous les villages, afin de jeter rapidement la base qui permettra de rapprocher de tous les Burkinabè les structures de soins.

Cette campagne 1 village = 1 PSP s'agit de :

1. La construction d'une case par les villageois avant le 31 décembre 1985.
2. La gestion du PSP par la Cellule de Santé qui se compose de la Déléguée adjointe du CDR du village, un Trésorier, un Commissaire au compte, un ASV et un AV.
3. Les attributions de la cellule.
4. Le mode de traitement des Agents de Santé Communautaire (voir annexe I, Directive conjointe 05.0010).

La différence principale est qu'on ne s'attendait pas à ce que les villages soient disposés à suivre l'initiative d'un centre de recours, mais c'est désormais un volet national qui doit être appliqué avec les nouvelles structures des CDR.

Aussi, la sensibilisation ne cherche plus à convaincre des villages à participer aux activités du Centre de Soutien, mais présente uniquement le nouveau modèle avec l'avantage pour les villageois et ses conditions.

Avec l'extension du premier échelon du système sanitaire, aussi les problèmes qui existaient déjà sont augmentés.

Une structure chargée de se pencher sur l'après opération a nommé les difficultés et contraintes au bon fonctionnement des PSP comme suit (1).

Au niveau villageois :

- L'acceptabilité de l'ASC par la population.
- La malcompréhension du rôle et la place des PSP dans les différents niveaux de soins.
- La rémunération des ASC.
- La qualité de la formation des ASC.
- Le manque de supervision (comme instrument de la formation continue).

Au niveau des structures sanitaires :

- Le manque des infrastructures sanitaires pour couvrir tous les villages.

.../...

Le manque de personnel sanitaire.

On peut ajouter : le problème de la prédominance des aspects curatifs sur les aspects préventifs dans les PSP, le manque de connaissance sur l'Education pour la Santé, les difficultés avec la gestion de la caisse au niveau villageois et le mauvais choix des ASC.

1.2. Les données sanitaires du pays.

Les principaux indicateurs de santé :

La situation sanitaire au Burkina Faso est l'une des plus précaire du monde. Quoique les données souffrent encore beaucoup d'imperfections, ils montrent des niveaux alarmants pour les principaux indicateurs de santé.

- Taux de natalité	50 ‰
- Taux de mortalité	32 ‰
- Population infantile (0 - 5 ans)	18 ‰
- Taux de mortalité infantile	182 ‰
- Taux de mortalité juvénile	119 ‰
- Espérance de vie à la naissance	32 ans (chiffre rural)

(source 3)

Les maladies infantiles les plus fréquentes et les plus meurtrières sont :

- La rougeole	52 ‰
- Le paludisme	45 ‰
- Les diarrhées	33 ‰
- La coqueluche	24 ‰
- Les affections pulmonaires	11 ‰
- La méningite	6 ‰

(source 4)

La couverture sanitaire :

La couverture sanitaire est insuffisante tant quantitativement que qualitativement, surtout en milieu rural.

.../...

Environ 44 % de la population est à plus de 5 kms d'une formation sanitaire.

On compte 2 Hôpitaux Nationaux, 5 Centres Hospitaliers Régionaux, 59 Centres Médicaux, 281 Centres de Santé, de Promotion Sociale et Dispensaires - Maternités.

Quant au personnel on a :

- 1 Médecin pour 38.410 Habitants
- 1 Infirmier diplômé d'Etat pour 10.957 Habitants
- 1 Sage-Femme d'Etat pour 30.191 Habitants.

Il faut noter que ces ratios ne tiennent pas compte des disparités régionales.

(source 3).

2/ Situation Sanitaire de la Province du Mouhoun.

2.1. La situation en général.

La province a une superficie de 10.500 Km² avec 268.350 habitants dans 302 villages et 3 villes dont Safané, Boromo et Dédougou (la capitale de la province).

On trouve plusieurs ethnies dans la province : les Bobo, Dafing (Marka), Mossi et Peulh principalement. Chacune a sa propre langue pendant que le Dioula est le plus parlé.

Depuis maintenant 10 ans, il y a la sécheresse dans la région. La pluviométrie étant de 900 à 1000 mm par an dans les années 1961 - 1970, a baissé environ 300 mm par an (station Dédougou) la dernière décennie.

Les 20 dernières années et surtout depuis 1984, la province est confrontée avec une immigration forte des populations Mossi du Nord et du Nord-Est (Yatenga et Plateau-Mossi).

Des familles entières ont envahi les anciens villages Bobo et Dafing et ont en quelques années modifié toute la structure (5).

Plus de 90 % de la population est agriculteur pour l'auto-suffisance principalement. Les cultures sont le sorgho et le petit mil. Les concessions forment la principale unité de production avec le Chef de famille à la tête. C'est aussi possible de trouver par exemple deux frères dans une concession qui cultivent leur propres champs. Dans les champs de famille, tous les membres de la famille travaillent ensemble. Par ailleurs, les membres de la famille peuvent avoir chacun un champ individuel.

La culture de coton qu'on trouve dans la province a rendu plus stable la population active jeune.

Les jeunes gens partent en côte d'Ivoire principalement pendant la saison sèche mais reviennent au village pendant la période des grandes cultures.

2.2. La structure sanitaire de la province.

La province du Mouhoun dispose au total de :

- 3 Centres Médicaux (Boromo, Safané et Dédougou)
- 25 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) : Boromo : 10
: Dédougou 10
: Safané 5
- 151 PSP sur les 262 prévus ; 200 ASC ; 193 AV et 150 Comités de Santé Villageois. Telle était la situation des SSP en juin 1985 donc avant l'opération un village = 1 PSP.

Le personnel sanitaire.

	!	DPS	!	CM-Dédougou (CSPS inclus)
Médécins	!	1	!	1
Infirmiers d'Etat	!	3	!	10
Infirmiers Brevetés	!	4	!	14
Sages-Femmes	!	-	!	14
Matrones - Accoucheuses	!	-	!	11
Auxiliaires	!		!	
Agents Intervenants de Santé	!	2	!	1
Infirmiers Brevetés Spécialisés	!	2	!	-

(Pour les fonctions voir ANNEXE II).

.../...

2.3. Les intervenants dans le domaine de la santé.

GTZ / SVA / UNICEF.

Depuis déjà plusieurs années, la Coopération Allemande (GTZ), avec le Service des Volontaires Allemands (SVA) interviennent dans la province. Les activités visent au renforcement de l'infrastructure sanitaire par la construction des centres de soutien, le renforcement en personnel médical qualifié, la mise à la disposition d'équipements et de moyens de financement tels que les médicaments, les moyens de transport, l'essence principalement. Aussi, la formation du personnel sanitaire entre autres en matière des SSP fait partie du projet.

Avec l'aide de l'UNICEF et de la GTZ, on a prévu la création des centres fixes de Soukuy, Kari, Bagassi, Tcheriba, Ouarkoye, Bondokuy et Douroula.

L'Office National des Puits et Forages, Projet Hydraulique Villageoise de la Volta-Noire.

La province du Mouhoun fait partie de l'ancien département de la Volta-Noire où le Projet Hydraulique Villageoise intervient avec la construction des puits et forages. Ce projet, financé par la Coopération Néerlandaise a démarré en 1980.

A partir de 1983 en vue d'atteindre l'autogestion des points d'eau par les villageois, le projet a adopté la stratégie de créer et de former un comité d'eau au niveau des villages.

A cause de la nature du point d'eau il y a un comité d'eau dans tous les villages équipés d'un forage.

On trouve rarement des comités d'eau dans les villages équipés d'un puit à grand diamètre.

Les comités incluent des responsables pour la sensibilisation des villageois concernant les relations maladie-eau et les méthodes promotionnelles qui peuvent contribuer à une meilleure situation d'hygiène.

Dans la pratique ces responsables ont pour tâche essentielle de surveiller la situation d'hygiène autour du point d'eau. Les autres tâches ne sont presque jamais exécutées.

Autres intervenants.

- Cattwel / Mission Catholique
- Centre des Handicapés
- Essor Familial.

2.4. Les données sanitaires de la province du Mouhoun.

Il n'existe guère des données sanitaires dans la province. En 1986 on a commencé à recueillir l'information au niveau de la province. Quoiqu'il y ait quelques insuffisances : mauvaise couverture, insuffisance diagnostique, déficience au niveau de recueil et malgré la période courte de recueil, les données du premier trimestre 1986 se présentent ici comme une indication de la situation sanitaire de la province :

* Principales causes des consultations externes (non-compris les cas hospitalisés) dans le premier trimestre 1986.

<u>Maladies</u>	<u>! Nombre de consultants !</u>	<u>Pourcentage</u>
Paludisme.	! 6987	! 33,4
Maladie appareil respiratoire.	! -	! -
Pneumonie, angine, pharyngite	!	!
aigue.	! 5738	! 27,4
Diarrhées dysentériques	! 3799	! 18,2
Conjonctivite	! 2425	! 11,6
MD. du PEV	!	!
Méningite	! 173	! 0,8
Fièvre Jaune	! -	! -
Rougeole	! 26	! 0,1
Coqueluche	! 32	! 0,2
Schistosomiase urinaire	! 208	! 1,0
Ver de Guinée	! -	! -
Otite moyenne (mal d'oreille)	! 404	! 1,9
Syphilis	! 60	! 0,3
Gonorrhée	! 251	! 1,2
	! _____ !	
Total des consultants	: 20.919	: 96,1°/o

.../...

* Surveillance nutritionnelle.

<u>Par la pesée</u>	!	<u>février</u>	!	<u>mars</u>
Total d'enfants pesés •	!	1597	!	1386
<u>En dessous de la courbe normale.</u>	!		!	
(Inférieur à 80 % du poids par	!		!	
âge.	!	15 %	!	32 %
<hr/>				
<u>Par le périmètre brachial</u>	!		!	
Sous-alimenté (zone jaune	!	22 %	!	27 %
et rouge).	!		!	
Total mesuré	!	474	!	336.

On peut assumer que les chiffres de malnutrition sont encore plus élevés pendant les mois de soudure.

* Assainissement.

		Nombre de Villages concernés.
- Nombre total de villages.	:	302
- Maladies liées à l'eau :		
. Ver de Guinée	:	10
. Schistosomiase urinaire	:	13
- Latrines : villages avec ou au moins une latrine publique ou des latrines familiales	:	26
- Villages avec au moins une fosse à ordures	:	11
- Villages avec enclos pour animaux qui est utilisé de jour et de nuit.	:	21

Les données de la morbidité font apparaître que les maladies infectieuses et parasitaires sont de loin les fréquentes, particulièrement chez les enfants. Il faut donc constater que le plus important est de combattre ces maladies.

Les mauvaises conditions alimentaires et nutritionnelles, la mauvaise situation d'assainissement et le mauvais accès au soins de santé, sont la base de ces

maladies.

Il manque presque partout des travaux d'assainissement tels que des latrines, poubelles, petits aménagements autour de point d'eau etc. et les villageois continuent à prendre l'eau des mares et marigots même s'il y a des puits ou un forage. Aussi les mesures d'hygiène ne sont pas respectées, de façon que même l'eau propre du forage est contaminée au moment de la consommation. (7).

Etant donné cette situation d'assainissement, il n'est pas étonnant de trouver le ver de guinée et la bilharziose dans la province, ainsi que les diarrhées dysenteries qui sont meurtrières surtout chez les enfants.

Avec l'état nutritionnel faible surtout des enfants, la situation sanitaire est encore aggravée tant et si bien que les maladies relativement bénignes dans les circonstances plus favorables font beaucoup de victimes.

2.5. Sommaire des activités en SSP.

Ici on présente un sommaire des activités suivant les huit composants des soins de santé primaires.

1. L'Education pour la Santé.

Bien que l'EPS devrait faire partie de toutes les activités sanitaires, c'est fait d'une façon très globale. Il dépend beaucoup de l'infirmier du CSFS malgré la présence des séries GRAAP dans les centres de soutien. Les activités de la matrone dans ce domaine sont limitées à des conseils donnés pendant les consultations. On revient dans l'EPS avec la description des autres composants.

2. La promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles.

Il y a plusieurs services gouvernementaux qui s'occupent de ce domaine dont l'Elevage, l'ORD, l'Essor Familial et la Santé. L'éducation nutritionnelle avec la distribution des vivres était fait

seulement aux mères d'enfants mal nourris qui s'annoncent spontanément. Maintenant, on est en train de passer cette activité au centre de récupération du centre médical de Dédougou.

Aussi, le CATTWEL intervient dans ce domaine avec une distribution anarchique des vivres pendant les sessions où les enfants sont pesés.

Bien que les ASC soient formés dans la matière de la nutrition, ils ne font guère des activités d'éducation nutritionnelle.

Il n'existe donc pas un programme dans lequel les enfants mal nourris sont dépistés activement.

Il n'existe pas non plus une méthode permettant de diriger les activités vers les problèmes réels de nutrition.

En outre il manque des données sur la malnutrition et ses causes.

3. L'approvisionnement en eau saine et les mesures d'assainissement.

Depuis janvier 1986, il existe le Service d'Education pour la Santé Assainissement. Dans la période courte de son existence, ce service s'est occupé de la situation d'assainissement à Dédougou-ville avec la promotion des latrines et la surveillance des lieux publics. Hors de Dédougou, il n'existe pas d'activités.

L'approvisionnement en eau saine est la tâche de l'ONPF. Aussi, la mission protestante intervient dans ce domaine.

L'ONPF s'occupe aussi de la protection des points d'eau en faisant des aménagements dans quelques villages.

La promotion des petits aménagements et des mesures d'hygiène font aussi partie du programme de l'ONPF mais jusqu'à nos jours ces activités sont très limitées.

Les ASC sont formés en matière d'hygiène et d'assainissement, mais ils sont portés à limiter leur tâche au traitement des maladies et lésions courantes.

4. Santé Maternelle et Infantile, y compris la Planification Familiale.

Le pourcentage d'accouchements assistés par les AV et le personnel de santé est estimé à 46 % pendant que le pourcentage des femmes qui viennent se faire contrôler pendant la grossesse est beaucoup

plus bas. Quant à la surveillance de la croissance des enfants, il n' y a guère d'enfants qui visitent la SMI et le dépistage actif dans les villages n'existe pas.

Le suivi des AV par les matrones n'est pas fait. La formation des matrones dans le cadre de l'opération un village = un PSP était la première initiative pour les impliquer dans la formation et la supervision.

La planification familiale, domaine de l'Essor Familial, est traitée dans le lycée national. Suivant il y a des conférences occasionnelles. Le grand problème est la distribution des méthodes contraceptives qui sont chères et difficiles à obtenir.

5. Vaccination contre les grandes maladies infectieuses.

La stratégie du gouvernement dans ce domaine est mixte. Dans la province il y a une équipe mobile pour la phase de rattrapage pendant que l'objectif est de décentraliser les activités jusqu'au niveau du CSPS : les centres fixes de vaccination. Ce sont l'UNICEF et le GTZ qui financent l'équipement de quelques centres fixes. Il y a un CSPS (Soukuy) où les activités ont déjà démarré. Six autres CSPS suivront sous peu.

En novembre / décembre 1984, le gouvernement du Burkina Faso a entrepris l'action " Vaccination Commando " pour vacciner les enfants de 0 à 14 ans contre la rougeole, la fièvre-jaune et la méningite. La couverture de cette campagne était plus de 90 % (chiffre national).

6. La prévention et la lutte contre les grandes endémies.

Le paludisme. La prophylaxie systématique des enfants de 18 mois à 5 ans est abandonné comme une stratégie nationale. La nivaquinisation des femmes enceintes et des enfants de 0 à 18 mois est toujours suivie.

La lutte contre les vecteurs est en principe la tâche des ASV mais aussi cette tâche préventive souffre des problèmes mentionnés ci-dessus.

Pour la tuberculose et la lèpre, il n'existe pas de dépistage

.../...

actif. La diagnose est faite au niveau du centre de soutien.

7. Traitement des maladies et lésions courantes.

Le traitement des maladies comme le paludisme, les plaies, les brûlures etc. est l'activité la plus développée au sein du PSP. C'est l'activité la plus populaire des ASC. La qualité du traitement n'est pas connue puisque la supervision n'est pas faite et avec tous les problèmes de l'approvisionnement en médicaments cette activité risque d'échouer.

8. L'approvisionnement des médicaments essentiels.

Il n'existe pas encore une structure correcte pour la fourniture des médicaments au niveau national et non plus au niveau provincial. Comme les pharmacies populaires au niveau du CSPS sont rares (3), les ASC s'approvisionnent des médicaments chez les CM qui sont situés souvent à plus de 50 kms de distance et on risque de ne pas trouver ce dont on a besoin pour cause de rupture de stock.

3/ Justification.

Le renforcement du système des Soins de Santé Primaires.

Dans la province du Mouhoun est justifiée pour des raisons suivantes :

- La situation sanitaire pénible de la province (§ 2.4.)
- La volonté politique du CNR et du Gouvernement Burkinabè en organisant l'opération un village = un PSP.
- Les difficultés et contraintes qui sont à la base d'un mauvais ou un non-fonctionnement des PSP (§ 1.1.).

Vu les activités des intervenants GTZ/SVA et UNICEF qui visent au renforcement des services de soutiens et la nature des difficultés et contraintes du fonctionnement des PSP, l'intervention dans les domaines de la sensibilisation, de l'organisation et de la formation au niveau villageois et au niveau de la Direction Provinciale de la Santé, est justifié.

.../...

Vu les données de morbidité et de mortalité et l'absence de la faible exécution des activités dans le domaine de la nutrition et l'assainissement, il est recommandé que la promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles seront les domaines prioritaires de ce projet.

2. Etant donné que l'éducation pour la santé n'est pas bien développée dans la province et que cet aspect joue un rôle important dans le système des SSP, il est recommandé de renforcer la direction dans ce domaine.

3. *amélioration*
4/ Domaines d'intervention.

4.1. Sensibilisation, Organisation et Formation au niveau de la communauté.

Comme dans toutes les interventions de développement, la participation communautaire doit être un principe de base dans les soins de santé primaires :

" L'auto-responsabilité et la conscience sociale sont des facteurs clés du développement humain. La participation de la communauté aux grands choix politiques comme à la planification, à l'exécution et au contrôle des programmes de développement, s'est maintenant largement imposée. Toutefois, elle est interprétée de façon très diverse selon les pays. La participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté." (8).

Afin d'arriver à une participation communautaire effective, les activités du projet seront dirigées vers la sensibilisation, l'organisation et la formation de la communauté soit :

* Ici, la sensibilisation est vue comme le processus dans lequel les villageois individuellement et collectivement, sont amenés à prendre conscience de leurs problèmes sanitaires et la mesure dans laquelle, ils peuvent améliorer eux-mêmes leur situation sanitaire.

.../...

- Identification des besoins locaux de la santé.
- Promotion de l'action sociale.
- Conscientisation individuelle et collective de la situation sanitaire et la mesure dans laquelle la population même peut l'améliorer.
- L'assistance au développement de l'organisation des PSP.
- L'amélioration de la capacité locale d'identifier, d'exécuter et d'évaluer les activités.

La communauté sera ainsi mieux en mesure de prendre des décisions sur les soins de santé et de veiller à ce que l'aide requise de cette façon soit fournie par des instances du système de santé nationale.

" Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement. Cela suppose qu'ils ne se sentent pas tenus d'appliquer des solutions classiques lorsqu'elles ne conviennent pas, mais qu'ils se rendent compte au contraire qu'ils ont toute l'attitude d'innover pour trouver des solutions qui conviennent. Il leur faut acquérir la capacité d'apprécier une situation, de jauger les diverses possibilités qui s'offrent et de déterminer en quoi leur propre contribution pourrait consister. S'il faut que la communauté ait le désir d'apprendre, le devoir incombe au système de santé, d'expliquer et de conseiller ainsi que de fournir des renseignements clairs sur les conséquences favorables et dommageables des interventions proposées comme sur leurs coûts relatifs ". (8).

L'éducation pour la santé est un processus complexe pour lequel il n'existe pas de structures fixes. Tout de même quelques exemples dans le domaine de la santé montrent qu'avec une combinaison des moyens de communications, on obtiendra un meilleur résultat tenant compte de ce que chaque méthode a une fonction spécifique dans le programme (10. 11.)

4.2. Sensibilisation, Organisation et Formation au niveau de service de santé.

Les changements au niveau communautaire ont besoin de diverses formes d'appui par le système de santé nationale :

- Supervision / suivi.
- Formation / recyclage.
- Assistance Technique.
- Soutien logistique.
- Aide financière et équipement.
- Institutions auxquelles peuvent être soumis les problèmes non-résolus ou auxquels des patients individuels peuvent s'adresser. (9).

Dans le paragraphe 1.1. on a vu qu'il existe beaucoup de problèmes à ce niveau. C'est donc d'une grande importance que les services de santé soient renforcés afin que les PSP ne restent pas isolés avec le risque d'exister seulement sur le papier mais qu'ils seront intégrés dans le système de santé nationale.

Planification flexible.

Comme chaque communauté est unique dans ses problèmes de santé et dans la façon de les résoudre, elle développe des activités et des rapidités différentes. Pour rendre possible le soutien des activités par le centre de soutien, il faut développer des critères d'éligibilité et de priorité. Ces critères doivent être clairs pour les villageois ainsi que pour le service de santé. (Dans ce projet, la priorité sera mise sur les activités d'assainissement et de nutrition).

Afin d'avoir une planification des activités assez flexibles, il fallait fournir des moyens de transport et programmer l'horaire pour les activités de soutien au niveau du CSPPS.

(Ce sont les infirmiers et les matrones qui doivent soutenir les activités au niveau villageois).

4.3. Assainissement.

Les enfants qui souffrent des maladies infectieuses pendant

quelques périodes risquent de devenir mal-nourris et renversés. Un enfant mal nourri est moins en état de se défendre contre les maladies infectieuses. Cela veut dire que, outre un traitement le plus vite que possible, objectif du système de soins de santé primaires, ces maladies peuvent être prévenu par des meilleures conditions alimentaires et nutritionnelles et des meilleures conditions d'hygiène surtout.

La stratégie adoptée de plus en plus en matière d'assainissement inclue tous les aspects suivants (12) :

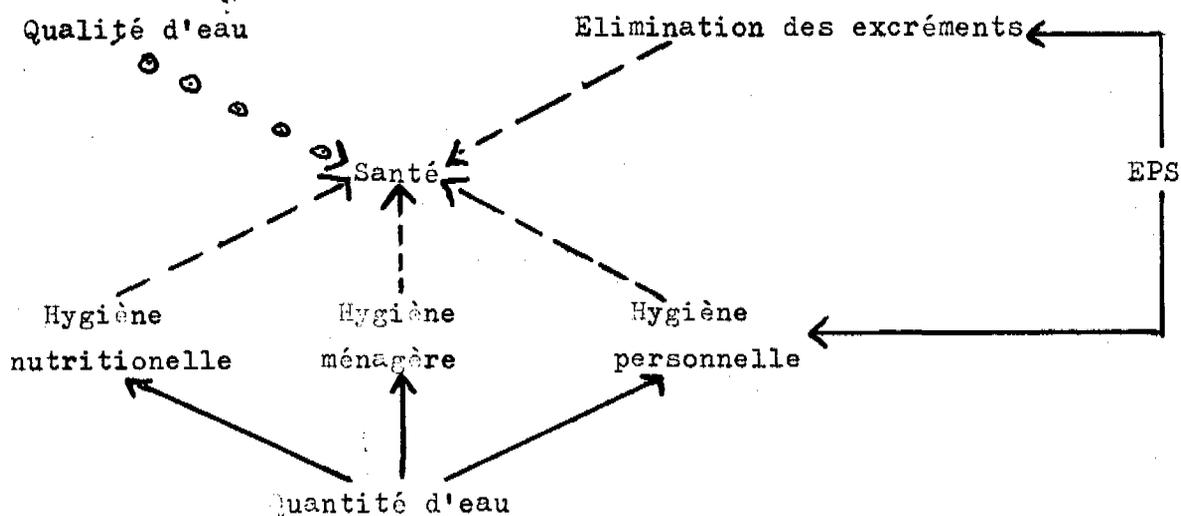
- 1- Quantité d'eau.
- 2- Mesures pour garantir la qualité d'eau.
- 3- Elimination des excréments humains.
- 4- Elimination des ordures ménagères.
- 5- Hygiène personnelle et nutritionnelle.

L'argumentation est qu'il est plus efficace d'envisager tous ces aspects. Quand tous ne sont pas atteints, l'amélioration d'un ou deux ne contribueront pas beaucoup à la réduction des maladies.

La transmission des maladies liées à l'eau paraît dépendre le plus de la quantité d'eau à part sa qualité. C'est-à-dire que là où il y a une pénurie d'eau, l'intervention dans les autres aspects (2-5) ne donnera pas de grands résultats (voir schéma 1). Les ASC peuvent seulement intervenir dans les aspects (2-5) et par conséquence la possibilité de réduire la mortalité et la morbidité causées par ces maladies sera limitée.

Dans les villages où l'eau d'une bonne qualité est approvisionnée en quantité suffisante, on peut espérer un meilleur résultat.

Aussi, est-il proposé de diriger le programme d'assainissement vers les villages où on trouve un puits à grand diamètre aménagé, ou un forage.



————— Influence
● ● ● ● > Influence dépendant de la qualité (Water borné)
-----> Influence dépendant de la quantité d'eau (Water washed)

Schéma 1. (12).

4.4. Nutrition.

La stratégie pour promouvoir une bonne santé nutritionnelle s'est appliquée en particulier aux enfants de 0 à 3 ans (13). Par rapport aux autres interventions essentielles des SSP, il est plus difficile de connaître le moment et la manière d'effectuer des interventions nutritionnelles afin que les effets de l'ensemble soient optimum et leurs coûts abordables (14).

En ce qui concerne le moment de l'intervention, il faut connaître les relations entre l'état nutritionnel, déterminé avec des mesures anthropométriques, et la mortalité et la morbidité. La valeur prédictive des mesures anthropométriques diffère selon les régions. Comme des données manquent presque partout, il est impossible de faire un choix fondé. C'est pour des raisons pratiques (coût, application facile) qu'on propose de continuer l'utilisation du périmètre brachial, pour le dépistage actif des mal nourris (zone jaune et rouge) par les ASC.

En ce qui concerne la manière d'intervenir, il se pose le problème d'absence de données sur les déterminants de la malnutrition (à part de forte prévalence des maladies comme la diarrhée, la rougeole et le paludisme parmi les enfants de 0 à 3 ans).

Les déterminants en général sont nommés dans le schéma 2.

Dans chaque situation (région, ethnie), il faut chercher les déterminants essentiels. Ici on propose de découvrir les déterminants en discutant des habitudes alimentaires, et de la disponibilité des vivres avec les mères et responsables des enfants mal nourris, dépistés et élaborer avec eux, un programme des activités qui peuvent les amener à une amélioration de l'état nutritionnel de leurs enfants. Ainsi, on espère qu'il sera possible de diriger les interventions vers des problèmes réels (15).

Schéma. 2.

Manque de ressources
(argent, temps, nourriture)

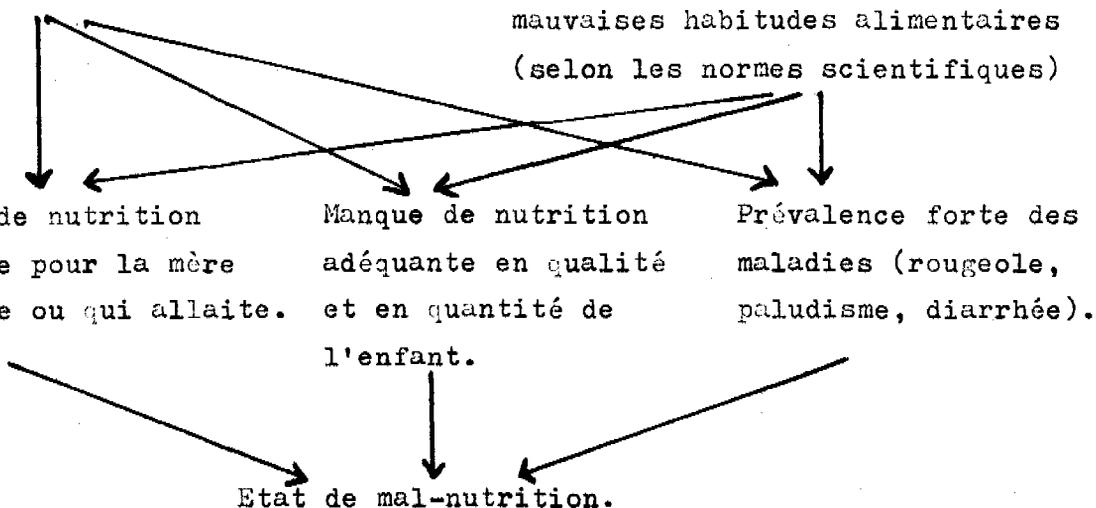
Manque de connaissances sûres
d'une nutrition adéquate et
mauvaises habitudes alimentaires
(selon les normes scientifiques)

Manque de nutrition
adéquate pour la mère
enceinte ou qui allaite.

Manque de nutrition
adéquate en qualité
et en quantité de
l'enfant.

Prévalence forte des
maladies (rougeole,
paludisme, diarrhée).

Etat de mal-nutrition.



5/ Objectifs, stratégies et activités.

5.1. Objectif général.

Amélioration de la santé de la population de la province du Mouhoun à travers un soutien au système de soins de santé primaires surtout sur le terrain d'assainissement, de nutrition et d'éducation pour la santé.

5.2. Objectifs spécifiques.

Volet 1 : Education pour la santé.

Objectif spécifique : Stimuler la participation effective des villageois dans le processus éducationnel afin que les villageois acquièrent des connaissances, des attitudes et des habilités qui leur amènent à résoudre leurs problèmes de santé.

Stratégie : Elaboration des programmes d'éducation avec le personnel sanitaire surtout sur le terrain d'assainissement et de nutrition. L'assistance aux autres composants des SSP sera d'une façon globale.

Activités à entreprendre :

- Formation des infirmiers et matrones en éducation pour la santé.
- Formation des responsables en assainissement/hygiène et SMI/Nutrition.
- Elaboration des programmes d'éducation en matière d'assainissement et de nutrition.

Volet 2 : Assainissement.

Objectif spécifique : Amener la population à prendre des mesures d'assainissement qui pourront contribuer à un meilleur niveau de santé à savoir :

- La protection des points d'eau.
- L'hygiène de matériel de puisage, les récipients de transport et de conservation d'eau.
- Hygiène corporelle et nutritionnelle.
- L'élimination des excréments humains.

- L'élimination des ordures ménagères.

Stratégie.: Elaborer un programme d'éducation pour l'assainissement pour les villages avec l'eau d'une bonne qualité en quantité suffisante.

Activités à entreprendre :

- Formation d'un responsable féminin en hygiène / assainissement par village / quartier.
- Développer des matériels éducatifs pour ces animateurs villageois.
- Intégration des activités d'assainissement autour du point d'eau avec l'ONPF.
- Confection des latrines exemplaires dans les écoles et les cabarets.
- Elaboration d'un programme d'éducation hygiénique pour les écoles et pour les villageois (utilisation de latrine, hygiène personnelle, protection d'eau etc.)
- Création et organisation des poubelles ménagères.

Volet 3.: Nutrition.

Objectif spécifique : Amélioration de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 3 ans par l'élaboration d'un programme d'éducation nutritionnelle orienté vers des problèmes réels.

Stratégie.

- Identification des enfants sous-alimentés par la méthode de brassard (la zone rouge et jaune).
- Discuter avec les mères et responsables de ces enfants :
 - . Les habitudes alimentaires et appréciation de la qualité des régimes alimentaires.
 - . La disponibilité des vivres pour nourrir leurs enfants.
 - . Si elles ne font pas un usage optimum de la nourriture disponible, quelle en est la raison ? (Manque de temps, ignorance, tabou).

Sur la base de cette information, on peut élaborer un programme dans lequel, on forme des groupes de femmes par quartier/village où on utilise les groupes déjà existants avec lesquels on peut entreprendre les activités suivantes :

- . Améliorer les connaissances sur la nutrition en général et la nutrition des

- enfants pendant le sevrage en particulier.
- . Améliorer l'habilité au moyen d'une démonstration de cuisine chez l'une ou plusieurs femmes d'entre elles.
 - . Etudier les possibilités d'améliorer la disponibilité des vivres.

Activités à entreprendre.

- Former les matrones pour l'éducation nutritionnelle.
- Former les AVs et responsables de la nutrition / SMI pour l'éducation nutritionnelle plus la réhydratation.
- Développer des matériels éducatifs.
- Former des responsables féminins dans le domaine de la nutrition / SMI.

Volet 4 : Formation.

Objectif spécifique : Améliorer les programmes de formation.

Stratégie : Elaborer un programme de formation suivant les besoins existants.

Activités à entreprendre :

Formation et recyclage des :

- Membres de la Cellule de Santé.
- Responsables d'hygiène / assainissement et SMI / nutrition.
- Agents de Santé Villageois et Accoucheuses Villageoises une fois par mois dans les centres de recours.
- Infirmiers et matrones.

Volet 5 : Supervision / Suivi

Objectif spécifique : Améliorer le système de supervision / suivi comme instrument de formation continue.

Stratégie : Elaborer une méthode de suivi standart et un programme de suivi.

Activités à entreprendre :

- Visiter les PSP une fois par mois par la matrone / Infirmier.
- Visiter le centre de soutien par le personnel responsable.
- Mettre des moyens administratifs et logistiques à la disposition des Centres de recours.

Volet 6 : Organisation.

Objectif spécifique : Amélioration de l'organisation au niveau de centre de soutien ainsi qu'au niveau du village.

Activités à entreprendre :

- Nomination des responsables féminins assainissement / hygiène et nutrition/SMI.
- Pour les villages ayant plus de 500 habitants et dont les quartiers sont éloignés les uns des autres, il est souhaitable de former et équiper au moins deux ASV, deux AVs et si nécessaire deux Responsables en Assainissement / Hygiène et SMI / Nutrition.
- Là où il existe un comité d'eau avec des surveillantes, il aurait été préférable qu'elles soient également les responsables d'assainissement.
- Au niveau du centre de soutien : la programmation des activités promotionnelles et préventives et l'élaboration d'un programme de supervision (fixation des jours de consultation).

6/ Zône d'intervention du projet (zône pilote).

Il est proposé de limiter la zône d'intervention dans la première phase de deux ans. Après cette phase test, le projet sera évalué afin de voir si et comment on peut étendre les activités vers toute la province.

Centres de Recours.

- Un nombre de trois est proposé pour avoir la diversité nécessaire dans la phase pilote.
- Pour des raisons pratiques, ils se limitent l'un à l'autre.
- Le nombre de villages par matrone plus infirmier ne peut pas dépasser 15. (10 de préférence).
- Ils se situent dans la zône de Dédougou où réside la Direction Provinciale de la Santé.
- Il existe au moins cinq villages qui remplissent les critères de choix pour les villages.

Villages prioritaires.

- La présence d'un forage ou d'un puit à grand diamètre (de préférence aménagé et le plus récemment installé). (voir § 4.3.)
- La distance CSPS - village 15 Kms au plus.

Avec l'information de l'ONPF (voir annexe III), les villages et centres de recours suivants sont proposés :

Centres de Recours	Villages prioritaires	Population	Nombre de villages
CM Dédougou	Moundasso	+ - 200	13
	Massala	1176	
	Passakongo	2170	
	Fakouna	951	
	(f) Soumyaltenga	163	
CSPS Soukuy	(+) Yonkuy	418	12
	Donkuy	266	
	Tiankuy	782	
	Soukuy	777	
	(f) Taré	147	
CSPS Kari	(f) Kari	2240	14
	(f) Zéoula	249	
	Koran	556	
	(f) Zakuy	146	
	(f) Zéoulé	163	
	TOTAL	10404	

(f) = Forage

(+) = Puits à grand diamètre aménagé.

Le choix définitif des villages prioritaires sera fait au début du démarrage du projet avec les infirmiers et matrones ainsi que les agents de santé.

.../...

Les villages prioritaires reçoivent un suivi intensif.

Les villageois, le Comité de Santé et le Comité d'Eau (s'il en existe) seront sensibilisés en assainissement et nutrition afin de les amener à prendre des décisions sur les activités à entreprendre.

Les autres villages dans la zone d'intervention seront seulement sensibilisés d'une façon globale et recevront un suivi dirigé vers la gestion et l'organisation des PSP.

7/ Les moyens à mettre en oeuvre.

7.1. Moyens Humains.

Dans la première phase, le projet sera assisté par un Assistant Technique en Education pour la Santé qui sera intégré au service des Soins de Santé Primaires.

Il est responsable du suivi des programmes élaborés par les responsables du CM Dédougou, du CSPS Soukuy et du CSPS Kari.

7.2. Moyens financiers.

Personnel.

Montant en Francs C.F.A.

Assistant Technique en EPS

P.M.

Matériel d'investissement.

6 Mobylettes Yamaha dames

: 2.100.000

1 Peugeot bachée 504

: 4.000.000 ?

Equipement de bureau

: 400.000

Matériel sérigraphie

: 150.000

Séries diapositives

: 100.000

Projecteurs diapositifs

: 150.000

Sub-total : 6.900.000

Coût de fonctionnement.

Supervision des CSPS par l'As-

sistant Technique 500 Km/Mois

durant 2 ans 24 X 500 X 67,5 F CFA/Km

: 810.000

.../...

Montant en Francs C.F.A.

Supervision des PSP par CSPP (10 villages par mois) (200 Km/mois x 9 x 2 x 3 F CFA/Km	:	334.800
Fourniture de bureau DPS	:	100.000
" " " 3 CSPP	:	300.000
Confection des latrines de démonstration 5 latrines/village x 15 x 15.000 F CFA	:	1.125.000
Matériel pour les analyses d'eau.	:	500.000
		<hr/>
Sub-total	:	3.169.800

Formation / Education pour la Santé

Matériel didactique pour les PSP	:	500.000
" " " " CSPP	:	100.000

Formation du cadre de la Santé:

- Formation des matrones en animation		
3 personnes session 4 CESAO à 120.000 F CFA	:	360.000
- Session recyclage EPS une semaine avec 6 participants / 1.000 F CFA / jour	:	30.000
- Session de formation en Nutrition / SMI une semaine 6 participants/1.000 F CFA/Jour	:	30.000
- Session de formation en Assainissement une semaine 6 participants / 1.000 F CFA/Jour	:	30.000

Formation des villageois :

- Formation des responsables d'assainissement 40 responsables/ 4jours/ 500 F CFA / jour	:	80.000
- Formation des responsables de SMI / Nutrition 40 Responsables/ 4jours/ 500 F CFA / jour	:	80.000
		<hr/>

Sub-total : 1.210.000

Total général : 11.279.800

Imprévu 5 % : 563.990

Evaluation : 2.000.000

= 13.843.790 Francs C.F.A.

.../...

8/ Organisation du projet

8.1. L'organisation de la Direction Provinciale.

A part le secrétariat et le garage, la direction comprend les services techniques suivants :

- Soins de Santé Primaires
- Pharmacie
- Vaccination
- Psychiatrie
- Education pour la Santé, Assainissement
- Lèpre
- Gestion
- Centre Anti-Tuberculose.

8.2. Intégration du projet dans la Direction Provinciale.

Le Directeur Provincial de la Santé sera responsable pour l'exécution du projet.

L'Assistant Technique en E.P.S. sera intégré au service de Soins de Santé Primaires. Avec la DPS il est responsable de la coordination et de la bonne exécution des activités et de la gestion du projet.

Ses fonctions sont :

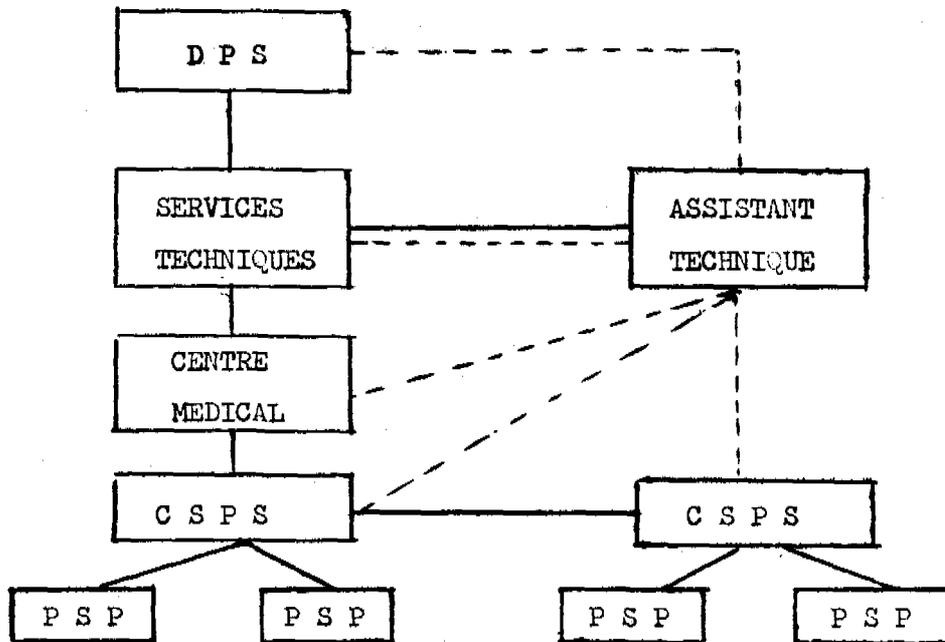
- Elaborer les programmes d'éducation avec le personnel sanitaire sur le terrain d'assainissement et de nutrition.
- Coordonner et superviser les programmes d'éducation des trois centres de formation sanitaire.
- Superviser les activités en SSP des trois centres de formation sanitaire.
- Assurer la co-gestion du projet avec le DPS.

Les responsables des centres de formation sanitaire s'occuperont de toutes les activités dans leur zone soit :

- les activités des programmes d'assainissement et de nutrition ;
- réunir les ASC une fois par mois pour le recyclage/formation et la programmation des activités ;
- Supervision des PSP une fois par mois de préférence.

.../...

L'Organigramme du projet.



----- (voir fonctions de l'Assistant Technique.)

8.3. Collaboration avec l'Office National des Puits et Forages
Projet Hydraulique Villageoise.

Jusqu'à maintenant, les activités entreprises dans le domaine de l'hygiène ne reflètent pas l'importance de ce volet.

Ici, il est proposé que pour la zone d'intervention du projet, l'ONPF reste responsable pour la formation et le suivi des activités de gestion de point d'eau pendant que la Direction Provinciale de Santé s'occupera de la formation et du suivi en matière d'hygiène.

La collaboration entre les deux services pourrait consister à :

- L'intégration des activités d'hygiène des deux services c'est-à-dire qu'il sera souhaitable que le responsable d'hygiène de point d'eau soit à la fois le responsable d'assainissement de village / quartier. Le caractère du travail, entre autres l'organisation et la supervision du nettoyage du point d'eau exige qu'elle soit une personne d'importance.

.../...

- La prise en charge de la formation et du suivi des responsables d'hygiène par la Direction de Santé. Pour cela il y a des raisons diverses :
 - . L'animation pour la gestion et l'éducation pour la santé, sont des activités d'une nature différente.
 - . Le personnel sanitaire sera formé dans le domaine de l'EPS.
 - . L'assainissement fait partie du programme de la Direction Provinciale de Santé et sera renforcé avec le démarrage du projet.
 - . Quand le programme d'assainissement fera partie d'un seul service, on pourra mieux coordonner et planifier les activités.
 - . Le responsable d'hygiène étant membre de la Cellule de Santé, il est mieux intégré dans les activités de santé et ainsi il recevra un meilleur soutien.

- Que l'ONPF informe la Direction Provinciale de Santé sur les activités dans la province bien avant l'installation du point d'eau afin que :
 - . Les villageois soient sensibiliser en assainissement et puissent choisir un ou des responsables d'assainissement.
 - . La DPS puisse s'occuper de la formation des responsables d'assainissement.

Il sera d'une grande importance que ces activités aient lieu avant l'installation du point d'eau puisqu'au moment où on met en usage un point d'eau, la population est la plus susceptible de changer les habitudes et de prendre des mesures hygiéniques.

Références.

1. Opération Un village = Un PSP : Réflexion de la structure chargée de se pencher sur l'après opération, Ouagadougou 1986.
2. Situation sanitaire dans le département de Sebba, proposition d'un projet de Soins de Santé Primaires. Aukje VAN DER HEIDE. 1985.
3. Synthèse de l'avant-projet du Plan Quinquennal de Santé 1986 - 1990 Ministère de la Santé.
4. Programme de Santé Maternelle et Infantile - Nutrition, Ministère de la Santé.

5. Evaluation de la prise en charge des puits et forages par les villages dans les provinces de Kossi, Mouhoun, Sourou, CESAO juillet 1986.
6. Rapport trimestriel, 1er trimestre 1986. Direction Provinciale de la Santé du Mouhoun.
7. L'eau c'est la vie ; l'usage d'eau et la santé dans quatre villages au Burkina Faso, Marseille et VAN GENDEREN, Université Agronomique, Wageningen, les Pays-Bas, Mars 1986.
8. OMS. Soins de Santé Primaires. Rapport conjoint, Genève N.Y. 1978 , Vol. 1.
9. Evaluation du Développement Sanitaire en Afrique. Développement Sanitaire en Afrique N° 3. OMS, Brazzaville 1981.
10. MTU NI AFYA. Tanzania's Health Campaign. B.L. Halle. Washington, Clearing House for Development Communication 1978.
11. Inleiding Jet de Voorlichtings Kunde, A.W. VAN DEN BAN, BOOM Meppel. 1980.
12. The signifiante of water and sanitation for primary health care workers in defeloping xountries. W. Zacher, HYGIE. Vol. 1. N° 2. 1982.
13. The state of the word's children 1982 - 1983. J.P. GANT, UNICEF New-York 1982.
14. Proposition de recherche pour le projet de développement sanitaire de Pahou 1985 - 1989.
15. Rapport d'Evaluation du projet de Developpement des Soins de Santé Primaires dans la province de Sissili au Burkina Faso.
C. Varkevisser et D. Kyelem. Décembre 1984.

BURKINA FASO
CONSEIL NATIONAL DE LA REVOLUTION
C.N.R.
SECRETARIAT GENERAL NATIONAL
DES C.D.R.

17) DIRECTIVE CONJOINTE 85 0010 DU
SECRETARIAT GENERAL NATIONAL DES C.D.R.
ET DU MINISTERE DE LA SANTE PORTANT CREATION
DE POSTES DE SANTE PRIMAIRES DANS TOUS LES
VILLAGES, SECTEURS ET VILLES NON ERIGES EN
COMMUNE DU BURKINA FASO.

P R E A M B U L E

Le Peuple Burkinabè désormais mobilisé et déterminé se doit d'assurer la sauvegarde de sa santé afin de traduire sa conscience grandissante et de réaliser les objectifs que le Conseil National de la Révolution s'est fixés en matière de santé conformément au Discours d'Orientation Politique ; c'est pourquoi le C.N.R. en se démarquant de la phraséologie et de la démagogie des régimes réactionnaires de démission s'est donné le devoir révolutionnaire de lier la théorie à la pratique par le déclenchement d'une vaste opération nationale à l'image de la "Vaccination Commando", pour réaliser la santé à la portée de tous.

La présente directive sera observée et régira l'opération de création d'un poste de santé primaire dans chaque village, secteur et ville du Burkina Faso.

I - DE LA CONSTRUCTION DU POSTE DE SANTE PRIMAIRE

1 - 1 Le poste de santé primaire est la structure de base de la pyramide des soins de santé primaires, sa porte d'entrée, le premier contact des malades avec le système de santé.

1 - 2 A l'exception des villages, des secteurs et des villes non érigées en commune où il existe déjà une case santé, chaque village, secteur et ville non érigée en commune doit construire un poste de santé primaire selon le modèle suivant :

- Une case de forme ronde ou carrée
- Cette case devra être blanchie à l'extérieur comme à l'intérieur de chaux.

- Elle devra être marquée d'une "croix rouge" très visible à l'extérieur et entourée d'arbres.

1-3 Il sera déposé dans la case santé une trousse d'un Agent de Santé villageois et une trousse d'une Accoucheuse Villageoise

II - DE LA COMPOSITION DE LA CELLULE DE SANTE

2-1 Le poste de santé primaire sera géré par une cellule de santé qui comprend cinq (5) membres. La cellule de santé du village se compose comme suit :

- La déléguée adjointe du Comité de village, responsable de la cellule
- Un trésorier autre que le trésorier du Comité de village
- Un Commissaire au compte choisi parmi les militants de base
- Un Agent de santé villageois
- Une accoucheuse villageoise.

La cellule de santé du secteur et de la ville non érigée en commune comprend :

- La déléguée adjointe du Comité de village, responsable de la cellule
- Un Trésorier autre que le trésorier du Comité de village
- Un Commissaire au compte choisi parmi les militants de base
- Un Agent secouriste hygiéniste et un autre membre.

2-2 En dehors de la déléguée adjointe, les autres membres de la cellule de santé seront élus en Assemblée Générale du Comité du village, du secteur ou de la ville non érigée en Commune selon les critères suivants :

- Être résident permanent du village, du secteur ou de la ville concernée.
- Être âgé d'au moins 21 ans
- Être marié régulièrement
- S'engager volontairement à se mettre au service de la communauté.

III - DES ATTRIBUTIONS DE LA CELLULE

a) La cellule de santé a pour tâche

- d'animer le poste de santé primaire
- d'organiser le choix des Agents de Santé communautaires notamment de veiller à leur remplacement en cas d'absence ou de défaillance.
- de participer à la gestion et au renouvellement de la trousse des Agents de santé communautaires.

b) Les Agents de santé communautaires doivent:

- Connaître leurs milieux respectifs.
- Prévenir, déceler et traiter les maladies (diarrhées, paludisme etc..) et lésions courantes (plaies).
- Etre en mesure de donner des conseils aux consultants notamment aux mères d'enfants et aux femmes en grossesse.
- Diriger les patients aux centres de santé de promotion sociale dont ils dépendent.
- Effectuer des visites à domicile
- Donner des conseils sur l'hygiène
- Amener les communautés à assurer l'assainissement (points d'eau, latrines, etc...)
- Participer à la sensibilisation et à l'organisation des activités de vaccination.

c) La déléguée adjointe du Comité de village, secteur ou de ville non érigée en commune :

- Coordonner et superviser les activités de la cellule de santé
- veiller à l'entretien du poste de santé primaire notamment de la case.
- Tient le bureau du Comité informé de tout problème lié au fonctionnement et à la gestion du poste de santé primaire.

d) Le Trésorier est chargé de :

- Recueillir et de gérer toutes contributions matérielles et financières en accord avec le responsable de la cellule.
- il rend compte de cette gestion à la cellule.

e) Le Commissaire au comite est chargé de :

- vérifier et de suivre l'utilisation des fonds et du matériel du poste de santé primaire.
- de rendre compte au comité
- en cas de mauvaise gestion engageant la responsabilité de toute la cellule, il saisit le Comité du village, du secteur ou de ville.

IV - DU MODE DE TRAITEMENT DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES

1 - Les agents de santé communautaires sont pris en charge par la communauté du village, du secteur ou de la ville non érigée en commune dont ils relèvent.

2 - La nature de la prise en charge des Agents de Santé Communautaires est décidée chaque année en Assemblée Générale.

3 - Les Agents de santé communautaires bénéficieront des soins gratuits dans toutes les formations sanitaires du Burkina Faso.

V - DISPOSITIONS DIVERSES

5 - 1 Chaque village, secteur ou ville doit veiller à la mise en place de la cellule du poste de santé primaire et au dépôt des procès-verbaux au chef-lieu de la Province avant le 30 Septembre 1985.

5 - 2 Chaque village, secteur ou ville devra avoir terminé la construction de sa case santé avant le 31 Décembre 1985.

5 - 3 Les Hauts-Commissaires des Provinces, les Responsables CDR des provinces, Départements et les bureaux CDR des villages, secteurs, et villes, les responsables et les personnels de santé publique sont chargés de l'exécution stricte et effective de la présente directive dans les délais ci-dessus indiqués. La présente directive ne saurait souffrir d'aucun manquement. Pour la réalisation de nos objectifs fondamentaux en matière de santé, pour l'amélioration des conditions de vie du peuple Burkinabè, pour une santé populaire
EN AVANT !

LA PATRIE OU LA MORT NOUS VAINCRONS.

P. Le Ministre de la Santé
Le Directeur de Cabinet Chargé
de l'expédition des Affaires
Courantes.

Le Secrétaire Général National
des E.D.R.

Alexis SANKARA./-

Capitaine Pierre OUEDRAGO./-

Pour Copie certifiée conforme

Annexe II. Formation fu personnel sanitaire

	Exigé	Formation
Infirmier d'Etat	6 ans d'école sec.	3 ans
Infirmier Breveté	2 ans d'école sec.	2 ans
Sage Femme	6 ans d'école sec.	3 ans
Accoucheuse Auxiliair	école primaire	1 an
Matrone	école primaire	1 an
Agent Itinérant de Santé	école primaire	1 an

Annexe III. Points d'eau creusé par l'ONPF dans la zone de Dedougou

centre de recours	forages	puits à grand diamètre
Dedougou (13)	Soumyaltenga 84/85	Passakongo 80/81
	Dedougou 81/82	Souakuy 80/81
	,, 83/84	Massala 82/83
	,, vergnet	Fakouna 81/82
		Moundasso 83
		Konkono 83
Douroula (7)	-	Kassakongo 83
		Kousiri 81/82
		Douroula 80/81
		Souma 80/81
		Sa 81/82
		Kirikongo 80/81
		Naroatinga 81/82
Soukuy (12)	Taré 81/82	Yonkuy ?
		Yonkuy 84/85 +
		Bana 80/81 +
		Soukuy 80/81
		Tora ?
		Bakuy 80/81
		Donkuy 84/85
		Tiankuy 81/82
		Magnimasso 80/81
Kari (14)	Zakuy 81/82	Koran 80/81
	Zeoula 81/82	Zéoulé 84/85 +
	Kari 85/86	Toroba-Ded. 80/81
		Orokuy 80/81
Ouakara (6)	-	Ouakara ?
		Toun ?
		Bakuy ?
Kera (4)	Kera 84/85	Koumana 81/82
		Kera 83
		Wakuy 81/82
Tchériba (24)	Tchériba 83/84	Ouazolla 83
	,, 83/84	Kona 83
		Bankorrosso 81/82
		Tiken 82/83
		,, 82/83
		Oula 81/82
		Douroukuy 81/82
		Da 81/82
		Lan 83
		Bounouba 81/82
		Labien 83
		Békeyou 81/82
		Nèrèkorrosso ?

centre de recours		forages	puits à grand diamètre		
Tierkou (4)	-		Tierkou	84/85	
			"	84/85	
			"	84/85	
			Tissé	81/82	
Ouarkoye (25)		Ouarkoye	85/86	Poundou	80/81
		Koéna	85/86	Donkuy	81/82
		Poundou	85/86	Samakuy	81/82
		Sakongo	?	Ouarkoye	83
		Moukuy	abi	Oué	81/82
		Fakena	vergnet	Soana	81/82
		Kosso	abi	Fakena	81/82
				Darou	81/82
		Gonankuy	81/82		
Karo (5)	Karo	85/86	Karo	80/81	
			Oulani	80/81	
			Bladi	81/82 +	
			"	81/82 +	
			Paradé	81/82	
			Longokuy	80/81	
Bondokuy (12)	Bouan Sy	? ?	Anekuy	81/82	
			Dampan	"	
			Tonkuy	"	
			Moukouna	"	
			Tia	"	
			Dombouakuy	"	
			doukuy	"	

- entre parenthèses le nombre de villages d'un centre de recours
- 84/85 : point d'eau creusé dans le campagne 1984-1985
- abi et vergnet: type de pompe pour le rest c'est le type volonta
- + veut dire : puit à grand diamètre aménagé