MINISTERE DE LA SANTE,
DE L'HYGIENE PUBLIQUE ET DE LA
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travai

ANALYSE SITUATIONNELLE DE L'ACCÈS AUX SERVICES D'EAU, D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SOINS DE CÔTE D'IVOIRE

Régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF

Juillet 2021

unicef
pour chaque enfant

MINISTERE DE LA SANTE,
DE L'HYGIENE PUBLIQUE ET DE LA
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travai

Analyse situationnelle de l'accès aux services d'Eau, d'Hygiène et d'Assainissement dans les Etablissements Publics de Soins de Côte d'Ivoire

Régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF

Juillet 2021

unicef
pour chaque enfant

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES 7
LISTE DES TABLEAUX 11
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATION 13
PREFACE 17
REMERCIEMENTS 18
CLARIFICATIONS CONCEPTUELLES 19
RESUME EXECUTIF 22

PARTIE I : INTRODUCTION 27

1.1. Contexte et justification 28

1.2. But et objectifs 28
1.2.1. But 28
1.2.2. Objectif général 28
1.2.2. Objectifs spécifiques 29

1.3. Résultats attendus 29

PARTIE II : APPROCHE METHODOLOGIQUE 31

2.1. Revue et analyse documentaire 32
2.2. Sélection des zones géographiques et des populations cibles 32
2.3. Echantillonnage 35
2.4. Outils et méthodes de collecte des données 36
2.5. Réalisation des enquêtes de terrain 36
2.5.1. Recrutement et formation des enquêteurs 36
2.5.2. Collecte des données 37

2.6. Traitement et analyse des données 38
2.7. Contraintes liées à la collecte des données 38

PARTIE III : GENERALITES 41

3.1. Contexte général de la Côte d'Ivoire 42
3.1.1. Géographie et démographie 42
3.1.2. Administration et contexte sociopolitique 42
3.1.3. Contexte socio-économique 43
3.1.4. Organisation des services de soins publics 43

3.2. Cadre juridique, réglementaire et institutionnel du secteur EHA 44
3.2.1. Sous-secteur de l'eau potable 44
3.2.2. Sous-secteur de l'assainissement 45
3.2.3. Sous-secteur de l'hygiène 46

3.3. Situation générale de l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement 46
3.3.1. Accès des ménages aux services EHA 46
3.3.2. Accès des établissements de soins aux services EHA 47

3.4. Grandes orientations sectorielles en matière d'EHA 48

PARTIE IV : RESULTATS DU DIAGNOSTIC DE L'ACCES AUX SERVICES D'EAU, D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT (E.H.A.) DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SOINS DES SIX (06) REGIONS PRIORITAIRES DU PROGRAMME DE COOPERATION COTE D'IVOIRE / U.N.I.C.E.F. **49**

4.1. Caractéristiques socio-sanitaires des EPS **50**
4.1.1. Types d'établissements visités 50
4.1.2. Capacité d'accueil et taux de fréquentation 50
4.1.3. Personnel de soins 51

4.2. Etat des lieux des services d'accès à l'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins **51**
4.2.1. Accès à l'eau 51
4.2.2. Accès à l'assainissement 64
4.2.3. Accès aux infrastructures d'hygiène 73
4.2.4. Gestion des déchets sanitaires 81

4.3. Mécanisme de gestion, d'entretien et d'utilisation des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins **89**
4.3.1. Existence de personnel en charge de l'entretien des infrastructures EHA 89
4.3.2. Sécurisation des latrines et urinoirs 91
4.3.3. Système d'évaluation de la propreté des latrines et urinoirs 91
4.3.4. Fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA 93
4.3.5. Difficultés rencontrées pour veiller à la fonctionnalité et à la propreté des latrines et urinoirs 94
4.3.6. Difficultés rencontrées pour assurer la fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains 96
4.3.7. Difficultés rencontrées pour assurer un approvisionnement adéquat en eau potable 97

4.4. Défis techniques, technologiques, environnementaux et comportementaux affectant les interventions EHA dans les établissements publics de soins **99**
4.4.1. Défis relatifs aux infrastructures d'assainissement 99
4.4.2. Défis relatifs à l'hygiène 107
4.4.3. Défis relatifs à l'approvisionnement en eau 112

4.5. Mécanismes de financement relatifs à l'EHA dans les établissements publics de soins **114**
4.5.1. Existence de normes en matière de réalisation des infrastructures EHA 114
4.5.2. Importance des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins 114
4.5.3. Financement des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins 117
4.5.4. Mécanismes de financement idéals pour les infrastructures EHA dans les établissements publics de soins 118

4.6. Suggestions du personnel de santé **119**
4.6.1. Suggestions pour une meilleure gestion et utilisation des latrines 119
4.6.2. Suggestions pour une meilleure gestion et utilisation des dispositifs de lavage des mains 119
4.6.3. Suggestions pour un meilleur service d'approvisionnement en eau 120

4.7. Recommandations et Orientations **121**
4.7.1. Recommandations 121
4.7.2. Orientations 121

ORIENTATIONS STRATEGIQUES **124**
CONCLUSION **126**
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES **127**
ANNEXES **128**

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte représentative des six (06) régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF 34
Figure 2 : Image illustrative du mauvais état des voies d'accès aux zones d'intervention (Véhicule coincé dans la boue et coupant la voie sur l'axe Touandrou-Béoué à Totrodrou dans le Département de KOUIBLY) 39
Figure 3 : Cadre institutionnel du secteur de l'eau potable en Côte d'Ivoire (Source : ONEP) 44
Figure 4 : Répartition des EPS selon l'existence de source en eau dans l'ensemble des 06 régions prioritaires 52
Figure 5 : Répartition des EPS dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire selon l'existence de source d'approvisionnement en eau 52
Figure 6 : Répartition des EPS dans les six (06) régions sanitaires prioritaires selon l'existence de source d'approvisionnement en eau (AE) 53
Figure 7 : Principales sources d'alimentation en eau dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires du programme de Coopération Gouvernement/UNICEF 53
Figure 8 : Répartition des principales sources d'approvisionnement en eau des EPS en fonction de la pyramide sanitaire 54
Figure 9 : Répartition des principales sources d'approvisionnement en eau des EPS par Régions sanitaires 54
Figure 10 : Vue des principales sources d'approvisionnement en eau observées dans les EPS des six (06) régions prioritaires 55
Figure 11 : Répartition des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires selon la fonctionnalité des points d'eau (P.E.) 55
Figure 12 : Répartition des EPS par Région sanitaire selon la fonctionnalité des points d'eau (P.E.) 56
Figure 13 : Fonctionnalité des points d'eau (P.E.) des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires en fonction de la pyramide sanitaire 56
Figure 14 : Proportion des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires ayant recours à un système alternatif pour garantir la disponibilité de l'eau 57
Figure 15 : Vue de quelques sources d'approvisionnement en eau non fonctionnelles 57
Figure 16 : Répartition des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires en fonction de l'emplacement des points d'eau 58
Figure 17 : Emplacement des points d'eau des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires selon la pyramide sanitaire 58
Figure 18 : Répartition des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires en fonction de la qualité de l'eau 59
Figure 19 : Qualité de l'eau en fonction de la pyramide sanitaire dans les EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires 60
Figure 20 : Disponibilité de l'eau dans les salles de soins par Région prioritaire 61
Figure 21 : Existence de postes de puisage pour les patients par Région prioritaire 62
Figure 22 : Proportion des EPS relativement aux échelles de services d'eau dans l'ensemble des six (06) Régions prioritaires 62
Figure 23 : Proportion des EPS en fonction des services d'eau dans les six (06) régions prioritaires suivant les niveaux de la pyramide sanitaire 63
Figure 24 : Proportion des EPS en fonction des services d'eau dans chacune des six (06) Régions prioritaires 63
Figure 25 : Existence de latrines dans les des six (06) Régions sanitaires prioritaires en fonction de la pyramide sanitaire 64
Figure 26 : Répartition des EPS (EPS) par Région sanitaire en fonction de l'existence de latrines 64
Figure 27 : Existence de lieu de miction dans les établissements publics (EPS) des six (06) Régions sanitaires prioritaires de soins 65
Figure 28 : Types de latrines dans les EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires 65
Figure 29 : Répartition des types de latrines des EPS des six (06) Régions sanitaires

prioritaires selon la pyramide sanitaire 66
Figure 30 : Répartition des types de latrines existantes dans les EPS par Région sanitaire
Figure 31 : Vue de quelques latrines existantes dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires 67
Figure 32 : Répartition des établissements publics de soins de l'ensemble des six (06) Régions sanitaires prioritaires selon la fonctionnalité des latrines 68
Figure 33 : Fonctionnalité des latrines des établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires en fonction de la pyramide sanitaire 68
Figure 34 : Répartition des établissements publics de soins par Région sanitaire selon la fonctionnalité des latrines 69
Figure 35 : Etat d'hygiène des latrines dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires 69
Figure 36 : Répartition des établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires par niveau de la pyramide sanitaire selon l'état d'hygiène des latrines 70
Figure 37 : Répartition des établissements publics de soins de chacune des six (06) Régions prioritaires en fonction de l'état hygiénique des latrines 70
Figure 38 : Vue de latrines non hygiéniques enregistrées dans les EPS des six (06) Régions prioritaires 71
Figure 39 : Séparation par sexe des latrines existantes dans les EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires selon la pyramide sanitaire 71
Figure 40 : Séparation par sexe des latrines existantes dans les EPS dans chacune des six (06) Régions sanitaires prioritaires 72
Figure 41 : Proportion des établissements publics de soins en fonction des services d'assainissement dans l'ensemble des six (06) Régions prioritaires 72
Figure 42 : Proportion des établissements publics de soins en fonction des services d'assainissement dans les six (06) régions prioritaires suivant les niveaux de la pyramide sanitaire 73
Figure 43 : Présence de dispositifs de lavage des mains (DLM) dans les établissements publics de soins par Région sanitaire prioritaire 74
Figure 44 : Types de dispositifs de lavage des mains dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires 74
Figure 45 : Répartition des dispositifs de lavage des mains des établissements publics de soins des six (06) Régions prioritaires selon la pyramide sanitaire 75
Figure 46 : Répartition par région des dispositifs de lavage des mains des établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires 75
Figure 47 : Vue de quelques dispositifs de lavage des mains existants dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires 76
Figure 48 : Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains dans les l'ensemble des établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires 76
Figure 49 : Proportion des établissements publics de soins selon l'état de fonctionnement des dispositifs de lavage des mains selon la pyramide sanitaire 77
Figure 50 : Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains dans les l'ensemble des établissements publics de soins par Région prioritaire 77
Figure 51 : Vue de dispositifs de lavage des mains (DLM) non fonctionnels observés dans les établissements publics de soins 78
Figure 52 : Proportion des établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires pratiquant la sensibilisation à l'hygiène 78
Figure 53 : Sensibilisation à l'hygiène dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires 79
Figure 54 : Vue d'affiches de sensibilisation sur les bonnes pratiques d'hygiène dans les établissements publics de soins des six (06) Régions prioritaires 79
Figure 55 : Proportion des établissements publics de soins en fonction des services d'hygiène dans l'ensemble des six (06) Régions prioritaires 80
Figure 56 : Proportion des établissements publics de soins en fonction des services d'hygiène dans les six (06) Régions prioritaires suivant les niveaux de la pyramide sanitaire 80

Figure 57 : Répartition des établissements publics de soins disposant d'un système de gestion des déchets sanitaires selon les niveaux de la pyramide sanitaire 81
Figure 58 : Répartition des établissements publics de soins disposant d'un système de gestion des déchets sanitaires par Région sanitaire 81
Figure 59 : Proportion des EPS disposant d'un système de tri des déchets dans les 06 régions prioritaires 82
Figure 60 : Proportion des EPS disposant d'un système de tri des déchets en fonction de la pyramide sanitaire dans les 06 régions prioritaires 82
Figure 61 : Proportion des EPS disposant d'un système de tri des déchets dans chacune des 06 régions prioritaires 83
Figure 62 : Vue de quelques dispositifs utilisés pour la collecte et le tri des déchets sanitaires produits par les EPS des six (06) Régions prioritaires 83
Figure 63 : Existence d'équipements de traitement des déchets sanitaires dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires 84
Figure 64 : Typologie des équipements de traitement des déchets sanitaire existants dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires 84
Figure 65 : Répartition des types d'équipements de traitement des déchets sanitaires dans les établissements publics de soins selon la pyramide sanitaire 85
Figure 66 : Répartition des établissements publics de soins ayant des équipements pour la collecte des objets coupants, piquants ou tranchants selon la pyramide sanitaire 85
Figure 67 : Répartition des établissements publics de soins disposant de boîtes de sécurité selon la pyramide sanitaire dans les des six (06) Régions sanitaires prioritaires 86
Figure 68 : Répartition par Région sanitaire des établissements publics de soins disposant de boîtes de sécurité dans les six (06) Régions sanitaires prioritaires 86
Figure 69 : Vue de quelques équipements de traitement des déchets sanitaires dans les établissements publics de soins des six (06) Régions prioritaires 87
Figure 70 : Répartition par Région sanitaire des établissements publics de soins renfermant du personnel médical formé en matière de gestion des déchets sanitaires 87
Figure 71 : Proportion des établissements publics de soins relativement aux échelles de services de gestion des déchets sanitaires sur l'ensemble du territoire national 88
Figure 72 : Proportion des EPS en fonction des services de gestion des déchets sanitaires suivant les niveaux de la pyramide sanitaire 88
Figure 73 : Proportion des EPS en fonction des services de gestion des déchets sanitaires dans chacune des régions sanitaires 89
Figure 74 : Répartition de l'ensemble des établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires selon l'existence de personnel chargé de l'entretien des infrastructures EHA. 89
Figure 75 : Répartition des établissements publics de soins selon l'existence d'un personnel chargé de l'entretien des infrastructures EHA en fonction de la pyramide sanitaire. 90
Figure 76 : Répartition des établissements publics de soins de santé dans chacun des Régions sanitaires prioritaires selon l'existence d'un personnel en charge de la l'entretien des infrastructures EHA 90
Figure 77 : Sécurisation des latrines dans les six (06) Régions sanitaires prioritaires 91
Figure 78 : Responsable d'évaluation de la propreté des latrines et urinoirs selon les niveaux de la pyramide sanitaires des six (06) Régions prioritaires 92
Figure 79 : Responsable de l'évaluation de la propreté des latrines et des urinoirs dans chacune des six (06) Régions sanitaires prioritaires 92
Figure 80 : Fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA dans les six Régions sanitaires prioritaires 93
Figure 81 : Fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA selon les niveaux de la pyramide sanitaire 93
Figure 82 : Fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA selon les Régions sanitaires 94
Figure 83 : Difficultés rencontrées pour veiller à la fonctionnalité et à la propreté des latrines et urinoirs en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire 94
Figure 84 : Difficultés rencontrées pour assurer la fonctionnalité et la propreté des

latrines dans chacun des six Régions sanitaires prioritaires 95
Figure 85 : Difficultés rencontrées pour assurer la fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire 96
Figure 86 : Difficultés rencontrées pour assurer la fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains dans chacune des six régions sanitaires prioritaires 97
Figure 87 : Difficultés rencontrées pour assurer un approvisionnement adéquat en eau potable en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire 97
Figure 88 : Difficultés rencontrées pour assurer un approvisionnement adéquat en eau potable en fonction des régions sanitaires 98
Figure 89 : Adéquation des latrines dans les six (6) Régions prioritaires 99
Figure 90 : Adéquation des latrines dans les six (6) Régions prioritaires en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire selon les usagers 100
Figure 91 : Adéquation des latrines dans chacune des six régions sanitaires prioritaires 100
Figure 92 : Facilité d'usage des latrines par les patients et les accompagnants dans l'ensemble des six (06) Régions prioritaires 101
Figure 93 : Facilité d'usage des latrines par les patients et les accompagnants en fonction de la pyramide sanitaire 101
Figure 94 : Facilité d'usage des latrines par les patients et les accompagnants dans chacune des Régions sanitaires prioritaires 102
Figure 95 : Fréquence des plaintes des patients et des accompagnants après utilisation des latrines dans les six Régions sanitaires prioritaires 102
Figure 96 : Fréquence des plaintes des patients et des accompagnants après utilisation des latrines en fonction de la pyramide sanitaire 103
Figure 97 : Fréquence des plaintes des patients et des accompagnants après utilisation des latrines dans chacune des Régions sanitaires prioritaires 103
Figure 98 : Vidange des fosses en fonction de la pyramide sanitaire dans les six régions sanitaires prioritaires 104
Figure 99 : Vidange des fosses en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire 104
Figure100 : Vidange des fosses dans chacun des six Régions sanitaires prioritaires 105
Figure101 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de latrines appropriées dans les six régions sanitaires prioritaires 106
Figure102 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de latrines appropriées en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire 106
Figure103 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de latrines appropriées dans chacun des Régions sanitaires prioritaires 107
Figure104 : Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains dans les six régions sanitaires prioritaires 107
Figure105 : Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire 108
Figure106 : Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains dans les six Régions sanitaires prioritaires 108
Figure107 : Facilité d'usage des dispositifs de lavage des mains par les patients et les accompagnants 109
Figure108 : Facilité d'usage des dispositifs de lavage des mains par les patients et les accompagnants en fonction de la pyramide sanitaire 109
Figure109 : Facilité d'usage des dispositifs de lavage des mains par les patients et les accompagnants dans chacune des Régions sanitaires prioritaires 110
Figure110 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de dispositifs de lavage des mains appropriées 110
Figure111 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de dispositifs de lavage des mains appropriées selon la pyramide sanitaire 111
Figure112 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins sur les types de DLM appropriées dans chacune des Régions sanitaires prioritaires 111
Figure113 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins sur les sources appropriées d'approvisionnement en eau potable selon la pyramide sanitaire 112
Figure114 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins sur les sources

appropriées d'approvisionnement en eau potable selon la pyramide sanitaire 113
Figure115 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les sources appropriées d'approvisionnement en eau potable dans chacune des Régions sanitaires prioritaires 113
Figure116 : Existence de normes pour la réalisation des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins en fonction de la pyramide sanitaire 114
Figure117 : Importance des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins dans les six (06) Régions sanitaires prioritaires selon les Responsables d'EPS 115
Figure118 : Importance des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins en fonction de la pyramide sanitaire 115
Figure119 : Efficacité des services EHA dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires 116
Figure120 : Efficacité des services EHA dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires en fonction de la pyramide sanitaire 116
Figure121 : Responsabilité du financement des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires 117
Figure122 : Responsabilité du financement des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins suivant la pyramide sanitaire 117
Figure123 : Mécanismes de financement idéals pour les infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans l'ensemble des six (06) Régions sanitaires prioritaires 118
Figure124 : Mécanismes de financement idéals pour les infrastructures EHA dans les établissements publics de soins en fonction de la pyramide sanitaire 118
Figure125 : Suggestions du personnel de santé des six (06) Régions sanitaires prioritaires pour une meilleure utilisation des latrines dans les établissements publics de soins 119
Figure126 : Suggestions du personnel de santé des six (06) Régions sanitaires prioritaires pour une utilisation optimale des dispositifs de lavage des mains dans les établissements publics de soins 120
Figure127 : Suggestions du personnel de santé des six (06) Régions sanitaires prioritaires pour une gestion améliorée des sources d'approvisionnement en eau dans les établissements publics de soins 120

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Nombre de personnes à enquêter par établissement public de soins cible dans les six (06) régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF 51

Tableau II : Liste des établissements publics de soins des six (06) régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF inventoriés sur la base de la carte sanitaire de 2018 35

Tableau III : Capacité d'accueil moyenne des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires 50

Tableau IV : Taux de fréquentation moyen des établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires 51

Tableau V : Répartition des EPS des Régions sanitaires (RS) prioritaires en fonction de la disponibilité de postes de puisage d'eau pour les patients et accompagnants 61

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATION

BNETD	: Bureau National d'Etudes Techniques et de Développement
CAB	: Cabinet
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
COVID-19	: CoronaVirus Disease 2019 (Maladie à Coronavirus 2019)
CSR	: Centre de Santé Rural
CSU	: Centre de Santé Urbain
CSU-COM	: Centre de Santé Urbain Communautaire
CSUS	: Centre de Santé Urbain Spécialisé
CTS	: Comité Technique de Suivi
DAEP	: Direction de l'Alimentation en Eau Potable
DAL	: Défécation à l'Air Libre
DAR	: Direction de l'Assainissement en milieu Rural
DAUD	: Direction de l'Assainissement Urbain et du Drainage
DD	: Direction Départementale ou Directeur Départemental
DGSHP	: Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DHPSE	: Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé-Environnement
DIEM	: Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance
DLM	: Dispositif de Lavage des Mains
DMHP	: Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité
DR	: Direction Régionale ou Directeur Régional
DS	: District Sanitaire
EAA	: Eau et Assainissement pour l'Afrique
EHA	: Eau, Hygiène et Assainissement
ENV	: Enquête sur le Niveau de Vie
EPN	: Etablissement Public National
EPS	: Etablissement Public de Soins
ESPC	: Etablissement de Soins de Premier Contact
FCFA	: Franc de la Communauté Française d'Afrique
FDE	: Fonds de Développement de l'Eau
FNE	: Fonds National de l'Eau
FSU	: Formation Sanitaire Urbaine

FSU-COM	: Formation Sanitaire Urbaine Communautaire
HG	: Hôpital Général
HU	: Hydraulique Urbaine
HV	: Hydraulique Villageoise
HVA	: Hydraulique Villageoise Améliorée
ICA	: Institut de Cardiologie d'Abidjan
IDH	: Indice de Développement Humain
INHP	: Institut National d'Hygiène Publique
INS	: Institut National de la Statistique
INSP	: Institut National de Santé Publique
IPR	: Institut Pierre Richet
IRF	: Institut Raoul Follereau
JMP	: Joint Monitoring Programme
LNSP	: Laboratoire National de Santé Publique
MH	: Ministère de l'Hydraulique
MICS	: Multiple Indicators Cluster Survey
MIE	: Ministères des Infrastructures Economiques
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MINASS	: Ministère de l'Assainissement et de la Salubrité
MSHPCMU	: Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
NPSP	: Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONAD	: Office National de l'Assainissement et du Drainage
ONEP	: Office National de l'Eau Potable
OPCT	: Objets Piquants, Coupants ou Tranchants
PCI	: Prévention et Contrôle des Infections
PHAM	: Programme Hydraulique et Assainissement pour le Millénaire
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMH	: Pompe à Motricité Humaine
PND	: Programme National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNE	: Politique nationale de l'Eau
PNGDS	: Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement

PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RAM	: Résistance aux Agents Antimicrobiens
RASS	: Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RéPEP	: Réseau Public d'Eau Potable
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RS	: Région Sanitaire
SAMU	: Service d'Aide Médicale d'Urgence
SIG	: Système d'Information Géographique
SODECI	: Société de Distribution d'Eau de Côte d'Ivoire
SSSU-SAJ	: Service de Santé Scolaire et Universitaire - Santé Adolescents et Jeunes
TCM	: Toilette à Chasse Manuelle
TDR	: Termes De Références
UNICEF	: Fonds des Nations Unis pour l'Enfance
VIP	: Ventilated Improved Pit
WASH	: Water, Sanitation and Hygiène

PREFACE

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) s'est doté d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2016-2020. Ce PNDS, qui est arrimé au Plan National de Développement (PND) 2016-2020, vise à améliorer l'état de santé de la population à travers une offre de services de santé de qualité au niveau national pour une prise en charge adéquate et optimale des populations. La prévention constitue l'une des priorités du PNDS à travers son axe six (06) intitulé « Prévention et Promotion de la Santé et de l'Hygiène publique ».

Dans le cadre de la mise en oeuvre de cette composante, le MSHPCMU a produit plusieurs documents de référence, notamment la Stratégie Nationale de Promotion de l'Hygiène, la Politique Nationale Santé-Environnement, la Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière, etc. Malgré ces efforts, force est de constater que la problématique de l'accès aux services d'Eau, d'Hygiène et d'Assainissement (EHA) dans les établissements de soins est faiblement adressée, de sorte que les données nationales dans ce domaine sont quasiment inexistantes.

L'Etat de Côte d'Ivoire fait donc face à un manque de données fiables sur l'accès aux infrastructures d'EHA et la gestion des déchets sanitaires dans les établissements de soins.

Dans la perspective de mieux cibler les interventions dans ce secteur capital pour l'amélioration des soins de santé en termes d'efficacité, d'efficience et de qualité des soins, le MSHPCMU, à travers la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP), a commandité une étude pour l'analyse situationnelle en matière d'EHA dans les établissements de soins du secteur public.

Cette analyse situationnelle, réalisée au niveau de tous les Etablissements Publics de Soins des six (06) régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/ UNICEF, permet de :

- faire l'état des lieux du secteur de l'EHA dans les établissements de soins ;
- analyser les mécanismes de gestion des services EHA pour chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- analyser les cadres institutionnels et de financement relatifs à l'EHA dans les établissements de soins ;
- formuler des recommandations pour orienter l'élaboration d'une stratégie efficiente d'EHA en milieu de soins.

J'exhorte donc l'ensemble des acteurs du secteur de la santé ainsi que ceux des secteurs connexes, aussi bien publics que privés, à s'approprier le présent document en vue de s'en inspirer pour l'élaboration de stratégies d'intervention EHA dans les établissements de soins en Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle – LE MINISTRE –

M. Pierre DIMBA

Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) tient ici à remercier le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) à travers sa Section WASH pour l'appui technique et financier au processus d'élaboration du présent rapport.

Ces remerciements vont également à l'endroit des partenaires techniques et financiers (PTF) et toutes les parties prenantes du système de santé ivoirien, qui ont contribué à la réalisation de ce rapport.

Le Ministère n'oublie pas l'effort consenti par le personnel ayant participé à cette étude.

Un remerciement particulier est adressé au Comité Technique de Suivi (CTS) présidé par le Directeur Général Adjoint chargé de l'Hygiène Publique. Ce CTS est composé de :

Au titre du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique :

- la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP), commanditaire de cette étude ;
- la Direction de l'Hygiène Publique et de Santé-Environnement (DHPSE) ;
- la Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité (DMHP) ;
- la Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance (DIEM) ;

Au titre des autres Ministères :

- l'Office National de l'Eau Potable (ONEP) ;
- l'Office National de l'Assainissement et du Drainage (ONAD) ;
- la Direction de l'Alimentation en Eau Potable (DAEP) ;
- la Direction de l'Assainissement Urbain et du Drainage (DAUD) ;
- la Direction de l'Assainissement en milieu Rural (DAR).

Nos remerciements vont également à l'endroit des services déconcentrés du Système de Santé :

- les Directions Régionales et Départementales de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
- les Etablissements Publics de Soins (EPS).

Par ailleurs, le MSHPCMU voudrait exprimer toute sa reconnaissance aux patients et à leurs accompagnants pour avoir facilité la collecte des informations nécessaires à la conduite de l'étude.

Enfin, nos remerciements vont à l'endroit du Consultant et son équipe pour la réalisation de cette étude.

Professeur Mamadou SAMBA
Directeur Général de la Santé et de l'Hygiène Publique

CLARIFICATIONS CONCEPTUELLES

Pour une meilleure compréhension de l'orientation de l'analyse situationnelle de l'accès aux services d'Eau, d'Hygiène et d'Assainissement (EHA) dans les établissements publics de soins (EPS) de Côte d'Ivoire, une précision des terminologies employées dans le présent rapport s'impose. Toutefois, ces précisions n'ont pas pour but de donner des définitions formelles des terminologies, mais plutôt mettre l'accent sur leur utilisation dans le contexte de la présente étude.

Assainissement : L'assainissement est défini comme « Toute action visant à l'amélioration de toutes les conditions qui dans le milieu physique de la vie humaine influent ou sont susceptibles d'influer défavorablement sur le bien-être physique, mental ou social » *(OMS, 1976*).

Boîte de sécurité : La boîte de sécurité est un récipient étanche et résistant à la perforation, spécialement conçu pour collecter des matériaux ou des objets piquants, coupants ou tranchants (OPCT) dangereux et pour réduire les risques d'infection (OMS).

Cadre institutionnel : Le cadre institutionnel est constitué par l'ensemble des institutions ou services directement ou indirectement impliqués dans un processus donné.

Dans le contexte de cette étude, le cadre institutionnel est l'ensemble des institutions en charge de la conception ou de la mise en œuvre des énoncés de l'Etat en matière de réalisation d'infrastructures et de fourniture de services de base EHA.

Capacité d'accueil : La capacité d'accueil d'un établissement de soins se définit en termes de disponibilité de lit d'hospitalisation.

Déchets sanitaires : Les déchets sanitaires sont l'ensemble des déchets produits dans un établissement qui mène des activités de diagnostic, de soins, de traitements (préventif, curatif ou palliatif), de formation et de recherche dans le domaine de la santé humaine et animale. Ces déchets, présentant un danger physique ou de contamination biologique ou chimique pour l'homme et/ou l'environnement, peuvent être classés en : Déchets Ménagers ou Assimilés (DMA), Déchets Médicaux Infectieux (DMI), Déchets Médicaux Non Infectieux (DMNI) *(Source : Arrêté portant réglementation des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire).*

Dispositif de Lavage des Mains (DLM) : Un DLM est un ensemble de matériels permettant de pratiquer le lavage des mains de manière hygiénique. Il est composé d'eau propre, de savon liquide adapté, d'essuie-main à usage unique et d'un lavabo ou d'un seau à robinet ou de tout autre récipient destiné uniquement à cet usage et pouvant délivrer l'eau sous la forme d'un filet *(Source : Arrêté N° 0133/MSHP/CAB du 26 juillet 2017 portant installation et utilisation des dispositif de lavage des mains dans les lieux de restauration collective et commerciale en Côte d'Ivoire).*

DLM fonctionnel : Un DLM fonctionnel est un point de lavage des mains qui bénéficie d'un approvisionnement en eau, de savon et d'une évacuation sans risque des eaux usées.

Eau potable : L'eau potable est une eau ayant des caractéristiques microbiennes, chimiques et physiques qui répondent aux directives de l'OMS ou aux normes nationales relatives à la qualité de l'eau utilisée à des fins domestiques (la boisson, la cuisine et l'hygiène personnelle).

Hygiène : L'hygiène selon Winslow, célèbre hygiéniste Américain, est « La science et l'art de prévenir la maladie, de prolonger la vie, de promouvoir la santé physique et mentale, de manière à assurer le meilleur rendement de l'individu, ceci par les efforts organisés de la communauté à travers :

- l'assainissement du milieu ;
- l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle ;
- l'organisation des services médicaux et infirmiers en vue d'assurer un diagnostic précoce et un traitement préventif ;
- le contrôle des maladies transmissibles ;
- le développement de toute une machine sociale qui assure à chaque individu, dans la communauté, un standard de vie nécessaire à une excellente santé.

Installation sanitaire améliorée : Une Installation sanitaire conçue pour empêcher de façon hygiénique le contact de la population avec les excréta humains. Elle peut faire appel à des méthodes par voie humide (par exemple les toilettes à chasse d'eau manuelle ou mécanique raccordées au réseau d'égouts, les fosses septiques, les latrines à fosse) ou des méthodes par voie sèche (par exemple les latrines à fosse sèche avec dalle de couverture, les toilettes à compostage) (JMP, 2019).

Latrine propre : La Latrine qui ne présente pas d'odeur, où il n'y a pas de mouches et où la matière fécale n'est pas observée sur les parois de la cuvette ou de la dalle, et où il y a absence de détritus dans la cabine.

Point d'eau amélioré : Le point d'eau amélioré est celui qui, de par sa conception et sa construction, a le potentiel de fournir une eau sûre. Il peut s'agir de l'eau courante, d'un puits tubulaire ou d'un forage, d'un puits protégé, d'une source protégée, d'eau de pluie et d'eau en bouteille ou distribuée (JMP, 2019).

Point d'eau fonctionnel : Un point d'eau fonctionnel est défini comme étant en état de fonctionner, fournissant une eau potable pour la boisson, le lavage des mains, le nettoyage ou tout autre usage avec un débit satisfaisant.

Politique : Une politique est un jeu d'énoncés de principes, de valeurs et d'intentions qui résume les attentes et fournit une base de prise de décisions cohérentes et d'attribution de ressources à une fin particulière (Brugère et Le Blanc, 2012 in BNETD, 2015).

Dans le cadre de la présente étude, il s'agit des énoncés de l'Etat de Côte d'Ivoire qui visent les décisions et l'attribution de ressources à des fins de réalisation d'infrastructures sociales et de fournitures de services de base EHA en faveur des populations des établissements de soins. Ces énoncés prennent la forme d'interventions de l'Etat, de corpus juridiques et règlementaires, de dynamique institutionnelle et de ses impacts, de nomination d'acteurs agissant pour le compte de l'Etat.

Poubelle : Dans le cadre de la présente étude, on entend par le vocable «poubelle» tout réceptacle ou récipient en métal, en carton ou en matière plastique, doté d'un couvercle, destiné à accueillir les déchets sanitaires.

Services EHA de base (JMP, 2019) :

- **Approvisionnement en eau :** De l'eau est disponible et provient d'un point d'eau amélioré situé sur place dans l'établissement de soins ;
- **Assainissement :** Des installations sanitaires améliorées sont utilisables, avec une toilette au moins réservée au personnel, une toilette au moins réservée aux femmes et aux filles et dotée d'un dispositif de gestion de l'hygiène menstruelle, et une toilette au moins adaptée aux besoins des personnes à mobilité réduite ;
- **Hygiène :** Une installation pour l'hygiène des mains (avec de l'eau et du savon et/ou une solution hydro-alcoolique pour les mains) est disponible aux points de prestation de soins, et dans un rayon de 5 m des toilettes ;
- **Gestion des déchets :** Les déchets sont triés à la production et disposés en toute sécurité dans au moins trois poubelles différentes et les déchets infectieux sont traités et éliminés de manière sûre ;

- **Nettoyage de l'environnement :** Des protocoles de nettoyage élémentaire sont disponibles et les membres du personnel devant accomplir des tâches de nettoyage ont tous suivi une formation.

Services EHA limités (JMP, 2019) :

- **Approvisionnement en eau :** Un point d'eau amélioré est situé dans un rayon de 500 m de l'établissement de santé, mais tous les critères du service de base ne sont pas satisfaits ;
- **Assainissement :** Il y a au moins une installation d'assainissement améliorée, mais tous les critères du service de base ne sont pas satisfaits ;
- **Hygiène :** Des installations pour l'hygiène des mains en état de marche sont disponibles soit aux points de prestation de soins, soit aux toilettes, mais pas aux deux ;
- **Gestion des déchets :** Les déchets piquants, coupants ou tranchants et les déchets infectieux sont triés et/ou traités et éliminés dans une certaine mesure, mais tous les critères du service de base ne sont pas satisfaits ;
- **Nettoyage de l'environnement :** Des protocoles de nettoyage sont en place, et/ou au moins quelques membres du personnel ont suivi une formation sur le nettoyage.

Services EHA inexistants (JMP, 2019) :

- **Approvisionnement en eau :** L'eau provient de puits ou de sources non protégés, d'eaux de surface ou d'une source améliorée située à plus de 500 m de l'établissement de santé ; ou ce dernier ne dispose d'aucun point d'eau ;
- **Assainissement :** Les toilettes ne sont pas améliorées (latrines à fosse sans dalle ou plateforme, latrines suspendues et latrines à seau) ou il n'y a ni toilettes ni latrines dans l'établissement de santé ;
- **Hygiène :** Aucune installation pour l'hygiène des mains en état de marche n'est disponible, ni aux points de prestation de soins ni aux toilettes ;
- Gestion des déchets : Il n'y a pas de poubelles séparées pour les déchets piquants, coupants ou tranchants et les déchets infectieux et ces derniers ne sont pas traités et éliminés de manière sûre ;
- **Nettoyage de l'environnement :** Aucun protocole de nettoyage n'est disponible et aucun membre du personnel n'a suivi de formation sur le nettoyage.

Système de gestion des déchets : Le système de gestion des déchets est l'ensemble des activités de formation de tous les acteurs impliqués, de tri à la production, de précollecte, de collecte, de stockage, de transport et d'élimination des déchets.

Taux de fréquentation : Le taux de fréquentation se définit par le nombre d'entrée de patients en rapport avec la population d'une aire de santé donnée. Elle mesure donc la proportion de la population ayant utilisé les établissements de soins au moins une fois au cours d'une période donnée.

Tippy Tap : Le Tippy Tap est un type simple et adaptable de dispositif de lavage des mains (DLM), à pédale et à mains libres, généralement conçu avec des matériaux locaux (bidons, bois, bambous, ...).

RESUME EXECUTIF

La réalisation de l'analyse situationnelle en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement (EHA) dans les établissements publics de soins (EPS) a été commanditée par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) à travers la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP), dans la perspective de disposer d'une base de données fiable sur l'accès aux services d'EHA dans les établissements de soins en Côte d'Ivoire. Les résultats issus de cette étude effectuée avec l'appui technique et financier de l'UNICEF, devront permettre au MSHPCMU de définir de manière efficiente une stratégie EHA et mieux cibler les interventions dans les établissements de soins. Le diagnostic a concerné les six (06) régions sanitaires prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF (Bagoué, Guémon, Kabadougou, Poro, Tchologo et Tonkpi). La collecte des données de terrain s'est faite de manière exhaustive à l'aide de l'outil KoboCollect en juin 2020 dans les 19 districts sanitaires couverts par ces six (06) régions, et ce suivant les niveaux de la pyramide sanitaire existants en Côte d'Ivoire. Trois (03) types d'outils ont été utilisés à cet effet : des questionnaires, une grille d'observation et un guide d'entretien. Le présent rapport fait état des principaux résultats obtenus à l'issu de la réalisation de l'étude diagnostique.

Caractéristiques des établissements publics de soins

Au total, 466 établissements publics de soins (EPS) issus des niveaux primaire (niveau 1) et secondaire (niveau 2) de la pyramide sanitaire ont été visités. Ces EPS sont répartis en six (06) catégories :

- pour le niveau secondaire (22 EPS) :
  - i. 03 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ;
  - ii. 19 Hôpitaux Généraux (HG) ;
- pour le niveau primaire (444 EPS) :
  - iii. 08 Formations Sanitaires Urbaines (FSU) ;
  - iv. 79 Centres de Santé Urbains (CSU) ;
  - v. 12 Services de Santé Scolaire et Universitaire - Santé Adolescents et Jeunes (SSSU-SAJ) ou Médico-scolaires ;
  - vi. 345 Centres de Santé Ruraux (CSR).

La plupart de ces établissements de soins (au moins 79 %) ont une capacité d'accueil inférieur à 10 lits. Selon les régions sanitaires, cette proportion varie de 68 % (région sanitaire du Poro) à 87 % (région sanitaire du Guémon). Pour tous les cas de maladies confondus, 15 % des EPS de l'ensemble des six (06) régions prioritaires ont un taux de fréquentation inférieur à 10 %. Près de 60 % des EPS sont fréquentés par moins de 50 % de la population de l'aire géographique couvert ces régions.

Accès aux services d'EHA dans les établissements publics de soins

Accès à l'eau

En matière d'eau potable, il existe une source d'alimentation en eau dans la majorité des EPS dans l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires (près de 07 EPS sur 10 visités). Tous les EPS du niveau 2 de la pyramide sanitaire disposent d'une source d'approvisionnement en eau pour faire face à leur besoin contrairement au niveau 1 où il est observé que 33 % des EPS ne disposent d'aucune source d'approvisionnement en eau. Trois (03) principales sources d'approvisionnement en eau existent dans les EPS visités : l'eau courante issue du réseau public d'eau potable (RéPEP), les forages ou puits équipés de pompes à motricité humaine (PMH) et les puits traditionnels non protégés. Dans l'ensemble des six (06) régions, les forages sont utilisés par 60 % des EPS. Le RéPEP est utilisé par 29 % des EPS et seuls 11 % des établissements s'approvisionnent en eau à partir des puits traditionnels non protégés. Le faible taux de représentativité du RéPEP pourrait être lié au taux élevé de CSR (74 % des établissements) dans ces régions sanitaires prioritaires.

La quasi-totalité des EPS (95 %) du niveau 2 de la pyramide sanitaire ont recours à l'eau provenant du RéPEP. Aucun établissement de ce niveau 2 n'a recours aux puits traditionnels non protégés. Par contre, 63 % des EPS du niveau 1 de la pyramide sanitaire ont plus recours aux PMH comme principale source d'approvisionnement en eau. Quelques établissements (11 %) utilisent l'eau des puits traditionnels non protégés. Un peu plus d'un quart des EPS du niveau 1 (26 %) ont recours à l'eau provenant du RéPEP. Dans la majorité des EPS (74 %), tous les points d'eau sont fonctionnels. Toutefois, 25 % des EPS du niveau 1 de la pyramide sanitaire disposent de points d'eau non fonctionnels contre 36 % des EPS du niveau 2. En termes d'emplacement, il a été constaté que dans l'ensemble des régions sanitaires prioritaires, les points d'eau se trouvent à l'extérieur des bâtiments dans 62 % des EPS. Parmi ces derniers, 66 % se trouvent dans un rayon de 200 m et 14 % situés à plus de 500 m. Dans les EPS du niveau 1 de la pyramide sanitaire, il y a 35 % des EPS qui disposent de points d'eau se trouvant à l'intérieur des bâtiments contre 43 % des EPS où les points d'eau sont installés dans un rayon de 200 m. Pour le niveau 2 seuls 05 % des EPS ont des points d'eau se trouvant dans un rayon de 200 m. Pour le reste (95 %), le point d'eau se trouve à l'intérieur de l'établissement de soins. Sur l'ensemble des EPS étudiés, plus de 65 % ne disposent pas d'eau dans les salles de soins notamment les salles de maternité (ou salles d'accouchement) où il est enregistré un peu plus de 62 % d'EPS concernés. Cependant, l'eau est disponible dans la quasi-totalité des salles de soins des EPS (90%) du niveau 2 de la pyramide sanitaire contrairement à 68 % des EPS pour le niveau 1. Dans l'ensemble des six (06) régions prioritaires, seuls 32 % des EPS disposent de services de base d'approvisionnement en eau. Près de 60 % des EPS sont dotés de services limités d'approvisionnement en eau et environ 10 % des EPS ne sont pourvus d'aucun service d'approvisionnement en eau. Suivant la pyramide sanitaire, seuls 29 % des établissements du niveau 1 disposent de services de base d'approvisionnement en eau contre 90 % des EPS du niveau 2 qui en disposent. Au niveau 1, 60 % des établissements sont équipés de services limités d'approvisionnement en eau. Il n'existe pas d'EPS du niveau 2 pourvus d'aucun service d'approvisionnement en eau comparativement au niveau 1 où 10 % des EPS sont dépourvus de services d'approvisionnement en eau.

Accès à l'assainissement

Il ressort que dans l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires, 12 % des EPS ne disposent d'aucune latrine. Tous les EPS du niveau 2 de la pyramide sanitaire disposent de latrines contre 87 % des EPS du niveau primaire. Les types de latrines les plus fréquents sont les latrines traditionnelles se retrouvant dans plus de 57 % des EPS et les toilettes à chasse manuelle (TCM) dans 38 % des cas. Sont également disponibles dans les EPS mais rares, les latrines VIP (05 %). Cependant, plus de la moitié des latrines enregistrées (près de 60 %) sont non améliorées. Ces latrines non améliorées que constituent les latrines traditionnelles sont plus utilisées dans les EPS du niveau 1 de la pyramide sanitaire, contrairement au niveau secondaire où près de 80 % des EPS ont recours aux TCM. En termes de fonctionnalité, seuls deux (02) EPS sur dix (10) ne disposent d'aucune latrine fonctionnelle dans l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires. En outre, plus de la moitié des établissements de soins ne disposent pas de latrines hygiéniques. Dans l'usage des latrines, l'approche genre est faiblement pris en compte, vue que près de 80 % des EPS renferment des latrines non séparées par sexe. Par ailleurs, huit (08) établissements sur dix (10) disposent de latrines réservées aux patients, mais ces latrines ne sont pas séparées par sexe dans 69 % des cas. Aucun établissement public de soins (EPS) n'est pourvu de services de base d'assainissement dans l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires. Plus de la moitié des EPS visités (55 %) ne disposent d'aucun service d'assainissement. Seuls 45 % des EPS sont pourvus de services limités d'assainissement. Suivant les niveaux de la pyramide sanitaire, près de 60 % des établissements visités (57 %) du niveau 1 ne disposent d'aucun service de base d'assainissement contre seulement 14 % des EPS du niveau 2 qui n'en disposent pas. Pour le niveau primaire, 43 % des EPS sont pourvus de services limités d'assainissement comparativement au niveau secondaire où environ 90 % des établissements disposent de services limités d'assainissement.

Accès à l'hygiène

Relativement aux infrastructures d'hygiène, il existe des dispositifs de lavage des mains (DLM) dans 95 % des établissements publics de soins (EPS) dans l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires. La même proportion (95%) est observée dans les EPS visités du niveau 1 de la pyramide sanitaire. Pour le niveau 2, l'intégralité des EPS dispose de DLM. Mais la proportion des EPS qui disposait de DLM avant l'avènement de la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) est relativement plus bas (72 %). Quatre (04) types de DLM ont été enregistrés : "Seau avec couvercle équipé d'un robinet 1/4 de tour", "Lavabo ordinaire de toilette avec robinet associé", "Bidon équipé d'un robinet 1/4 de tour" et "Tippy Tap". Les DLM constitués de Seau avec couvercle équipé d'un robinet 1/4 de tour sont utilisés dans la majorité des EPS (84 %). Cependant, les "Tippy Tap" (01 % des DLM enregistrés) ne sont utilisés que dans certains EPS du niveau 1 de la pyramide sanitaire. Par ailleurs, des actions de sensibilisation à l'hygiène sont menées à travers des affiches dans 63 % des EPS visités. Les principales thématiques abordées sont : *(i)* la pratique du lavage des mains à l'eau et au savon notamment la technique du lavage des mains, *(ii)* l'utilisation de la moustiquaire imprégnée, *(iii)* l'assainissement de son environnement, *(iv)* la gestion des déchets sanitaires et *(v)* les mesures d'hygiène à adopter pour la prévention de la maladie à coronavirus (COVID-19). Seuls 12 % des EPS de l'ensemble des six (06) régions prioritaires ne disposent d'aucun service d'hygiène. L'analyse suivant la pyramide sanitaire a montré des proportions relativement différentes d'un niveau à l'autre, 13 % pour le niveau 1 et 09 % pour le niveau secondaire.

Gestion des déchets sanitaires

Quant à la gestion des déchets, la majorité des établissements publics de soins (EPS) enquêtés (80 %) dispose d'un système de gestion adéquat des déchets sanitaires dans les six (06) régions sanitaires prioritaires. L'ensemble de ces EPS disposant d'un système de gestion des déchets sanitaires procèdent par le tri des déchets à la production pour une meilleure gestion selon leurs caractéristiques. Mais seul un tiers (1/3) des EPS pratique effectivement le tri. Pour le traitement des déchets sanitaires collectés, divers dispositifs/équipements sont utilisés dans les EPS visités suivant les caractéristiques et le type de déchets sanitaires. Il s'agit par ordre de représentativité des fosses à placenta, des incinérateurs, des fosses ou puits à brûlage et des banaliseurs. Hormis ces équipements, 35 % des EPS visités disposent d'équipements pour la collecte des objets piquants, coupants ou tranchants (OPCT). Parmi ces EPS, 80 % utilisent des boîtes de sécurité pour le conditionnement des OPCT dans l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires. Par ailleurs, dans près de 40 % des EPS, le personnel de santé n'est pas formé en matière de gestion des déchets sanitaires. En termes d'accès aux services de base, sur l'ensemble des 06 régions prioritaires, seuls 17 % des EPS disposent de services de base de gestion des déchets sanitaires. Près de la moitié des EPS (47%) sont dotés de services limités de gestion des déchets sanitaires. Les EPS qui ne sont pourvus d'aucun service de gestion des déchets sanitaires représentent environ 36%. Cela suppose qu'il n'y a pas de poubelles séparées pour les déchets pointus, coupants ou tranchants et infectieux et que ces derniers ne sont pas traités et éliminés de manière sûre. Pour le niveau 1 de la pyramide sanitaire, les proportions d'EPS observées sont de 17 %, 46 % et 37 %, respectivement pour les EPS disposant de services de base de gestion des déchets sanitaires, les EPS dotés de services limités et les EPS dépourvus de services de gestion des déchets sanitaires. Concernant les EPS du niveau 2, seuls 14 % des EPS disposent de services de base de gestion des déchets sanitaires contre 24 % des EPS qui ne sont pourvus d'aucun service et 68 % qui disposent de service limité.

Mécanismes de gestion, d'entretien et d'utilisation des infrastructures EHA

Dans l'ensemble, 37 % des établissements publics de soins (EPS) ne disposent pas de personnel spécifique dédié à l'entretien des infrastructures EHA. L'évaluation de la propreté et du nettoyage des toilettes (latrines et urinoirs) est assurée majoritairement par les responsables d'établissements dans les niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire, respectivement 62 % et 53 %. Dans certains EPS c'est un autre membre du personnel (personnel d'entretien, infirmiers,

sages-femmes, techniciens d'assainissement, etc.) qui a cette charge, respectivement 42 % et 40 % pour les niveaux 1 et 2. Cependant, dans 20 % des EPS, cette évaluation n'est pas confiée à une personne spécifique. L'évaluation de la propreté et du nettoyage des toilettes se fait de façon journalière dans 49 % des établissements dans l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires contre 36 % des EPS qui le font de manière hebdomadaire et 4 % mensuellement. Suivant la pyramide sanitaire, un important fossé est observé entre les niveaux 1 et 2. En effet, 86 % des EPS de niveau 2 évaluent journellement la propreté des installations EHA contre 47 % pour les EPS de niveau 1. D'autres EPS de niveau 1 évaluent la propreté de leur installation EHA de manière hebdomadaire (37 %). Par ailleurs, 05 % des EPS de niveau 2 n'évaluent jamais leurs installations contre 12 % pour les EPS de niveau 1. Toutefois, des difficultés relevant de l'insuffisance de moyens financiers, de la mauvaise utilisation des installations par les usagers, du manque de personnel d'entretien et du manque de matériels/produits d'entretien sont rencontrées, faisant entrave à la fonctionnalité et à la propreté des infrastructures EHA, et ce, quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire. Par ailleurs, les établissements de soins sont confrontés à de fréquentes interruptions du service de fourniture d'eau, à l'insuffisance des points d'eau et au coût élevé des factures, sans toutefois omettre les mauvaises utilisations des installations.

Défis techniques, technologiques, environnementaux et comportementaux

La durabilité et la fonctionnalité des infrastructures EHA dépendent fortement des techniques et technologies mis à disposition, de l'utilisation qu'en font les acteurs et de l'incidence de l'environnement. Les défis sont ainsi appréhendés sous l'angle de l'efficacité des infrastructures et des opinions émis par les acteurs.

En termes de fonctionnalité, il ressort que 19 % des latrines des établissements publics de soins du niveau 2 de la pyramide sanitaire ne sont pas fonctionnelles contre 38 % pour ceux du niveau 1. Il faut également noter une proportion relativement importante de patients et d'accompagnants (38 %) trouvant les latrines difficiles à utiliser, 41 % pour les établissements du niveau 1 et 33 % pour les établissements du niveau 2. Les acteurs en charge de la conception et de la gestion des infrastructures sanitaires devront demeurer en alerte et recueillir constamment le feed-back des utilisateurs en vue d'améliorer et/ou de promouvoir des installations sanitaires adaptées. Le choix des responsables d'établissement public de soins (EPS) se penche vers le système autonome d'assainissement. En effet, ces derniers trouvent les toilettes à chasse d'eau manuelle (TCM) raccordées à une fosse septique et les latrines traditionnelles à fosse directe plus appropriées. Toutefois, 39 % des responsables d'EPS enquêtés n'arrivent pas à faire vidanger leur fosse septique. Ce problème de manque de vidange régulière des fosses septiques est enregistré dans 24 % des EPS du niveau 2 de la pyramide sanitaire contre 63 % des établissements du niveau 1.
En matière d'hygiène des mains, l'étude révèle que la majorité des établissements publics de soins disposent de DLM. Parmi ceux-ci 90 % renferment des DLM fonctionnels. Ce taux de fonctionnalité élevé des DLM s'expliquerait par l'impact des campagnes de sensibilisation contre la pandémie de la maladie à Coronavirus (COVID 19), l'enquête s'étant déroulée dans la période où ces campagnes se déroulaient intensément sur toute l'étendue du territoire national. Pour le type de dispositifs, les responsables des EPS du niveau 1 de la pyramide sanitaire ont manifesté un intérêt pour le «Seau avec couvercle équipé d'un robinet ¼ de tour» dans 74 % des établissements, contrairement à ceux du niveau 2 ayant une préférence pour le «Lavabo ordinaire équipé d'un robinet» avec 62 % des réponses.

Une grande disparité est également enregistrée entre les niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire pour ce qui concerne les sources d'approvisionnement en eau, les EPS du niveau 2 optant majoritairement pour l'eau issue du RéPEP comparativement à ceux du niveau 1 où les choix sont équilibrés entre l'eau issue du RéPEP et l'eau provenant des forages équipés de pompes à motricité humaine (PMH). Dans l'ensemble, il ressort pour la majorité des cas qu'il n'existe pas de normes spécifiques pour réaliser les infrastructures EHA dans les établissements publics de soins en Côte d'Ivoire, malgré l'importance avérée de ces infrastructures pour l'amélioration du cadre hygiénique des EPS, la prévention des maladies et la minimisation des risques d'infection du personnel de santé et des patients.

Mécanismes de financement relatifs à l'EHA dans les établissements publics de soins

Dans l'ensemble des établissements publics de soins (EPS) des six (06) régions sanitaires prioritaires visitées, il ressort que la responsabilité du financement des infrastructures EHA revient en premier lieu au Cabinet du Ministère en charge de la santé, puis en second lieu aux districts sanitaires et dans une moindre mesure à la Direction générale de la santé et de l'hygiène publique. Toutefois, l'enquête a révélé que les mécanismes de financement idéals pour les infrastructures EHA devront être principalement basés sur la planification budgétaire du Ministère en charge de la santé et les subventions provenant des organisations nationales et/ou internationales, à proportion égale pour les EPS du niveau 1 de la pyramide sanitaire. Au niveau 2, six (06) établissements de soins sur dix (10) font référence à la planification budgétaire du Ministère en charge de la santé, soit 60 % des EPS contre 40 % pour les subventions issues des organisations nationales et/ou internationales.
Suggestions du personnel de santé pour une utilisation optimale des infrastructures EHA

Quatre (04) aspects importants sont à prendre en compte en vue d'un meilleur usage des latrines dans les établissements publics de soins, à savoir par ordre d'importance : *(i)* la sensibilisation des usagers sur l'utilisation hygiénique des latrines, *(ii)* le respect des règles d'hygiène, *(iii)* l'amélioration des équipements du personnel d'entretien et (iv) l'entretien régulier des latrines.
Concernant les dispositifs de lavage des mains (DLM), il conviendrait en priorité de sensibiliser les usagers sur les bonnes pratiques d'hygiène, d'équiper les bâtiments en DLM opérationnel et de mettre des consignes d'hygiène et de lavage des mains à l'entrée des bâtiments.

Relativement à l'accès aux services d'eau, deux (02) points indispensables ont été soulignés par la plupart des acteurs de la santé en vue d'une gestion améliorée des sources d'approvisionnement en eau dans les EPS : la construction d'ouvrages de stockage de l'eau pour la continuité du service en cas de coupures d'eau et l'accroissement du nombre de points d'eau.

PARTIE I :
INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Dans les établissements de soins, les services d'Eau, d'Hygiène et d'Assainissement (EHA) constituent un pré-requis essentiel à la réalisation des objectifs sanitaires nationaux et des objectifs de développement durable (ODD) notamment l'ODD 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et l'ODD 6 (Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable).

L'eau potable servie de façon continue, les installations de lavage des mains en état de fonctionnement, les toilettes propres et l'application des bonnes pratiques d'hygiène et de nettoyage régulier jouent un rôle particulièrement important dans l'amélioration des résultats en matière de santé maternelle, néonatale et infantile, ainsi que dans les procédures basiques de prévention et contrôle des infections (PCI).

Le rapport commun publié au niveau mondial par l'OMS et l'UNICEF (Rapport JMP) sur les données relatives à l'accès aux services de base en EHA dans les établissements de soins estime que 57 % des centres de santé en Côte d'Ivoire ont un accès au service de base d'eau potable en 2016 (JMP, 2017). Par contre, ce rapport ne présente pas de données statistiques sur l'accès aux toilettes, la gestion des déchets et la disponibilité des dispositifs de lavage des mains (DLM) avec du savon.

Dans la perspective de disposer d'une base de données fiable sur l'accès aux services EHA dans les établissements de soins en Côte d'Ivoire, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), à travers la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP), a commandité, avec l'appui financier et technique de l'UNICEF, la réalisation de la présente étude pour l'analyse situationnelle en matière d'EHA dans les établissements publics de soins (EPS), afin de mieux cibler les interventions dans ce secteur.

Les résultats issus de cette analyse situationnelle permettront au MSHP de définir de manière efficiente une stratégie EHA et des axes d'intervention dans les établissements de soins, en vue de contribuer à l'amélioration de la santé des populations en général et particulièrement la santé maternelle, néonatale et infantile.

1.2. BUT ET OBJECTIFS

1.2.1. But

Améliorer l'état de santé des populations à travers l'accès aux services de base d'Eau, d'Hygiène et Assainissement.

1.2.2. Objectif général

La présente analyse situationnelle de l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement (EHA) dans les établissements publics de soins (EPS) de Côte d'Ivoire a pour objectif général de guider l'élaboration d'une stratégie efficiente d'EHA, de définir des axes d'intervention et de permettre au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) de mener le plaidoyer pour la mise en œuvre de la stratégie définie.

1.2.2. Objectifs spécifiques

- Faire l'état des lieux des EPS en matière d'accès aux services d'EHA ;
- Analyser les mécanismes de gestion des services d'EHA pour chacun des trois (03) niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Analyser les cadres institutionnels et de financement relatifs à l'EHA dans les EPS ;
- Formuler des recommandations pour orienter l'élaboration d'une stratégie nationale efficiente d'EHA dans les établissements de soins.

1.3. RÉSULTATS ATTENDUS

A l'issue de l'étude les principaux résultats escomptés se résument comme suit :

- les indicateurs clés permettant de mesurer et apprécier l'accès et l'utilisation des services d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement (EHA) dans les établissements publics de soins (EPS) sont connues ;
- les rôles et responsabilités des différents acteurs dans le développement du secteur EHA dans les EPS sont analysés ;
- les mécanismes existants de gestion et d'entretien des infrastructures d'EHA sont analysés ;
- les dispositions institutionnelles et règlementaires existantes en matière d'EHA dans les EPS sont analysées ;
- les mécanismes de financement des interventions EHA appropriées dans les établissements de soins sont déterminés ;
- les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) en matière d'EHA des principaux acteurs y compris les patients et accompagnants de malades sont décrites et analysées ;
- les technologies EHA existantes pour chaque niveau de la pyramide sanitaire, leur fonctionnalité et leur entretien sont décrites et les interventions appropriées pouvant être mises en œuvre pour la durabilité sont proposées ;
- les principaux défis techniques, technologiques, environnementaux et comportementaux qui affectent les interventions EHA dans les établissements de soins et les mesures permettant d'améliorer l'accès à l'eau potable, aux installations d'assainissement et aux dispositifs d'hygiène des mains dans ces établissements sont déterminés ;
- des recommandations sont faites pour un accès durable aux infrastructures EHA dans les établissements de soins.

PARTIE II :
APPROCHE METHODOLOGIQUE

Le diagnostic de l'accès aux services d'Eau, d'Hygiène et d'Assainissement (EHA) dans les établissements publics de soins (EPS) de Côte d'Ivoire a concerné les six (06) régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF que sont les régions sanitaires de la Bagoué, du Guémon, du Kabadougou, du Poro, du Tchologo et du Tonkpi. L'approche méthodologique adoptée pour la conduite de l'étude s'articule autour des éléments suivants :

- la revue et l'analyse documentaire ;
- la sélection des zones géographiques et des populations cibles de l'étude ;
- l'échantillonnage ;
- les outils et les méthodes de collecte des données de terrain ;
- la réalisation des enquêtes de terrain ;
- le traitement et l'analyse des données.

2.1. REVUE ET ANALYSE DOCUMENTAIRE

La revue et l'analyse documentaire ont été primordiales pour la conduite de la présente étude. Il s'est agi, à ce niveau, de rechercher et d'exploiter la documentation générale existante sur les établissements de soins et le secteur EHA en Côte d'Ivoire. L'accès aux sources documentaires, qui sont entre autres ci-dessous mentionnées, a donné au Consultant les éléments pertinents de compréhension du contexte de la mission :

- la Politique nationale d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d'Ivoire - Edition 2016 ;
- le Document de Politique Nationale de Santé-Environnement - Edition 2016 ;
- la Lettre de Politique Sectorielle d'Assainissement et de Drainage - Edition 2016 ;
- la Stratégie Nationale de Promotion de l'Hygiène ;
- les Cadres institutionnels et règlementaires des secteurs de la santé et de l'EHA ;
- la Loi portant transfert et répartition de compétences de l'Etat aux collectivités territoriales ;
- le Plan National de Développement (PND) 2016-2020 de la Côte d'Ivoire ;
- le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 ;
- le Plan de Suivi et d'Evaluation du PNDS 2016-2020 ;
- le Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires (PNGDS) 2016-2020 ;
- la Carte sanitaire de la Côte d'Ivoire - Version 2018 ;
- le Rapport conjoint de l'OMS et de l'UNICEF sur le secteur EHA, JMP 2019 ;
- le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) 2017 ;
- le Rapport d'enquêtes à grappes multiples, MICS 2016 ;
- le Rapport de l'INS sur les données socio-économiques et démographiques du pays, RGPH 2014 ;
- les Rapports de projets/programmes EHA antérieurs (PHAM, PADEHA, ...).

En plus de ces sources documentaires, la recherche d'informations supplémentaires a été faite à travers des moteurs de recherche sur internet.

Cette revue et analyse documentaire a permis également d'élaborer les outils de collecte des données de terrain (guides d'entretien, questionnaires, grille d'observation, ...).

2.2. SÉLECTION DES ZONES GÉOGRAPHIQUES ET DES POPULATIONS CIBLES

Conformément aux termes de références (TDR) de la mission, l'échelle d'intervention pour l'évaluation de l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement (EHA) dans les établissements publics de soins (EPS) est l'ensemble des six (06) régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF. Il s'agit des régions sanitaires de la Bagoué, du Guémon, du Kabadougou, du Poro, du Tchologo et du Tonkpi (Figure 1).
Ainsi, sur la base de la carte sanitaire de la Côte d'Ivoire (version 2018), tous les EPS des 19 districts sanitaires afférents à ces six (06) régions sanitaires ont été considérés pour l'échantillonnage.

L'identification des EPS s'est effectuée avec l'appui du Comité Technique de Suivi (CTS) de l'étude, en particulier la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP) qui a fourni la documentation nécessaire à cet effet.

La population de l'étude était constituée de :

- les Directeurs Régionaux (DR) et/ou les Directeurs Départementaux (DD) de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
- les Responsables des EPS des régions sanitaires cibles ;
- les Praticiens de la santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants) des EPS cibles ;
- les Patients et accompagnants de malades des EPS cibles ;
- le Personnel de soutien et d'entretien des EPS cibles (agent d'hygiène, fille/garçon de salle).

Pour chaque EPS visité, le tableau I ci-dessous présente le nombre de personnes estimées pour être enquêtées par population cible à l'échelle de la zone d'intervention.

Tableau I : *Nombre de personnes à enquêter par établissement public de soins cible dans les six (06) régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF*

Populations cibles / Site à observer	**Effectif**
Directeur Régional (DR) et/ou Directeur Départemental (DD) de la Santé et de l'Hygiène Publique	**01**
Responsable de l'établissement public de soins (EPS)	**01**
Personnels des soins (médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants)	**01 à 03** (EPS ruraux)
	02 à 05 (EPS urbains)
Patients et accompagnants de malades	**02 à 04** (EPS ruraux)
	05 à 10 (EPS urbains)
Personnels de soutien et d'entretien de l'EPS (agent d'hygiène, fille/garçon de salle)	**01 à 02**
Etablissement public de soin (observation à l'aide de la grille élaborée)	**01**

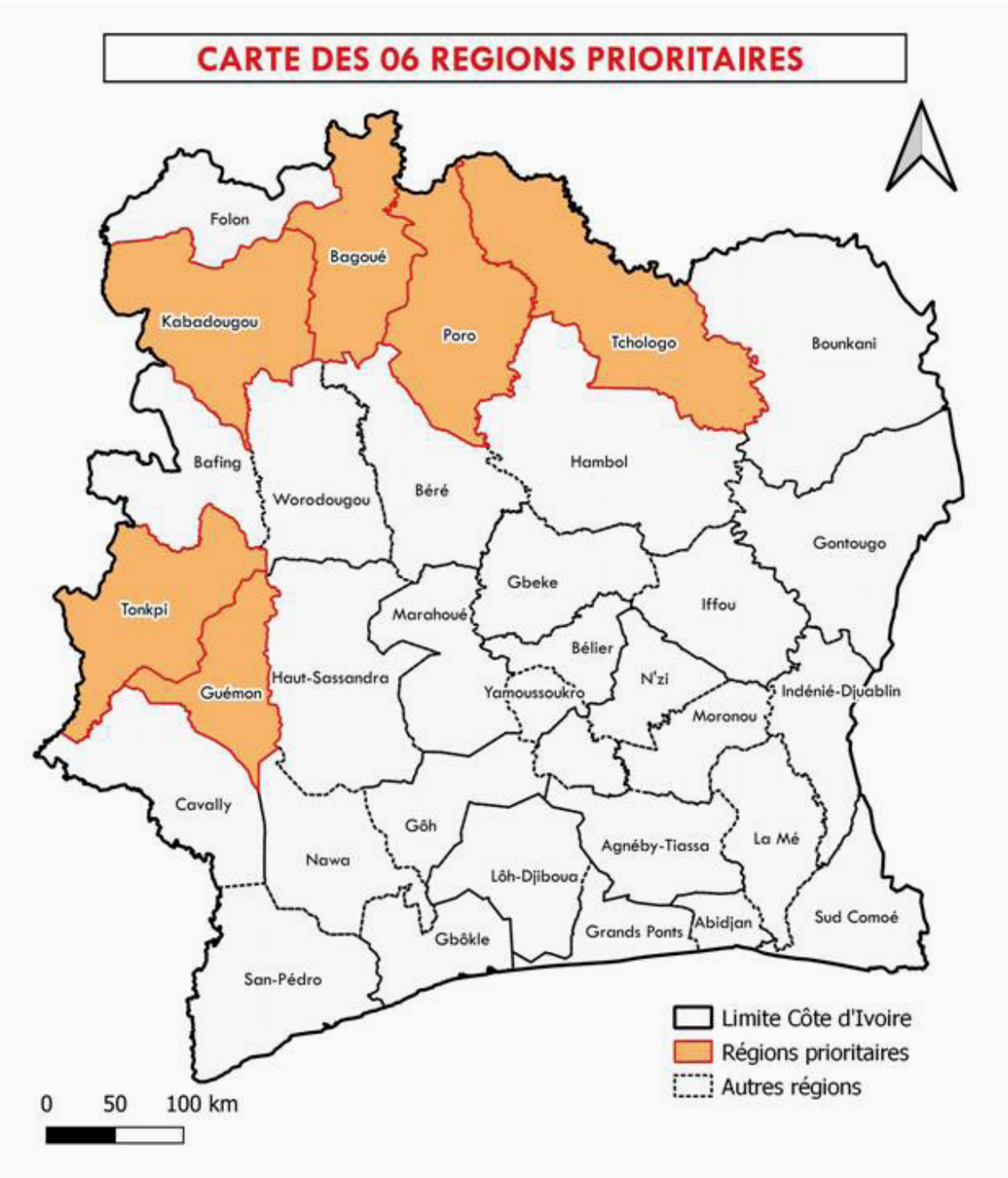

***Figure 1** : Carte représentative des six (06) régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF*

2.3. ECHANTILLONNAGE

La collecte des données quantitatives et qualitatives s'est faite suivant les deux (02) premiers niveaux de la pyramide sanitaire : niveau primaire (niveau 1) et niveau secondaire (niveau 2). En effet, la zone d'intervention ne dispose pas d'EPS cibles du niveau tertiaire que sont les Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU).

Pour le niveau primaire, il s'agit des Etablissements de Soins de Premier Contact (ESPC) renfermant :

- Dispensaires ruraux ;
- Centres de Santé Ruraux (CSR) ;
- Centres de Santé Urbains (CSU) ;
- Centres de Santé Urbains Communautaires (CSU-COM)
- Formations Sanitaires Urbaines (FSU) ;
- Formations Sanitaires Urbaines Communautaires (FSU-COM) ;
- Centres de Santé Urbains Spécialisés (CSUS) notamment les Services de Santé Scolaires et Universitaires - Santé Adolescents Jeunes (SSSU-SAJ).

Le niveau secondaire renferme :

- les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ;
- les Hôpitaux Généraux (HG).

L'ensemble des EPS susmentionnés de ces deux (02) premiers niveaux de la pyramide sanitaire ont systématiquement été enquêtés de manière exhaustive. Cette enquête exhaustive, qui s'est déroulée dans les 19 districts sanitaires que couvre la zone d'intervention, a concerné trois (03) CHR, 12 HG et 477 ESPC dont 117 EPS urbains et 360 CSR (Tableau II), soit un total estimé de 492 EPS sur la base de la carte sanitaire (version 2018).

***Tableau II** : Liste des établissements publics de soins des six (06) régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/ UNICEF inventoriés sur la base de la carte sanitaire de 2018*

Régieonsanitaires (Chef-lieu)	districts sanitaires	CHR	Hôpital Général (HG)	ESPC urbains			CSR	TOTAL
				CSU	CSUS	SSSU-SAJ		
Kabadougou (Odienné)	DS Odienné	CHR Odienné		7	2	1	25	**52**
	DS Madinani		HG Madinani	1			14	
Poro (Korhogo)	DS Korhogo 1	CHR Korhogo		12	2	1	59	**112**
	DS Dikodougou			3		1	5	
	DS M'bengué			4			11	
	DS Sinématiali			1			12	
Bagoué (Boundiali)	DS Tengrela		HG Tengrela	2	1	1	9	**60**
	DS Boundiali		HG Boundiali	5	2	1	15	
	DS Kouto		HG Kouto	5			16	
Tchologo (Ferkessédougou)	DS Ouangolo		HG Ouangolo	5	1	1	8	**43**
	DS Kong			2			9	
	DS Ferkessédougou		HG Ferkessédougou	2	2	1	10	
Tonkpi (Man)	DS Biankouma		HG Biankouma	8	1	1	22	**139**
	DS Danané		HG Danané	7	1	1	24	
	DS Man	CHR Man		6	2	1	31	
	DS Zouan-Hounien		HG Zouan-Hounien	4		1	25	
Guémon (Duékoué)	DS Bangolo		HG Bangolo	4	1		15	**86**
	DS Duékoué		HG Duékoué	6	1	1	27	
	DS Kouibly		HG Kouibly	5			23	
TOTAL		**3**	**12**	**89**	**16**	**12**	**360**	**492**

Cependant, en fonction des réalités vécue sur le terrain, ce sont 466 établissements publics de soins (EPS) qui ont effectivement été enquêté. En effet, certains EPS figurant initialement sur la carte sanitaire de 2018 n'étaient pas fonctionnels ou étaient fermés pour réhabilitation lors du passage de l'équipe d'enquêteurs.

2.4. OUTILS ET MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES

Pour la collecte des données, trois types d'outils ont été utilisés : questionnaire, grille d'observation et guide d'entretien. L'usage de ces outils se justifie selon le type de données à collecter. En effet, l'étude nécessite la collecte de données quantitatives et qualitatives.

En vue d'atteindre les objectifs, les principaux résultats et les livrables attendus de l'étude, le contenu des outils de collecte de données a été développé conformément aux principales thématiques afférentes à la mission et réparties en diverses sections comme suit :

- section 1 : Caractéristiques sociodémographiques de l'établissement public de soins (EPS) ;
- section 2 : Accès à l'eau potable ;
- section 3 : Assainissement ;
- section 4 : Hygiène et pratiques ;
- section 5 : Gestion des déchets sanitaires ;
- section 6 : Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) en matière d'EHA des principaux acteurs y compris les patients et accompagnants de malades ;
- section 7 : Mécanisme de gestion, d'entretien et d'utilisation des infrastructures EHA ;
- section 8 : Rôles et responsabilités des différents acteurs dans la gestion du secteur EHA dans les EPS ;
- section 9 : Perceptions sociales des rôles et responsabilités des différents acteurs dans la gestion du secteur EHA en milieu de soins ;
- section 10 : Défis techniques, technologiques, environnementaux et comportementaux affectant les interventions EHA dans les EPS ;
- section 11 : Mécanismes de financement pour la réalisation des infrastructures et des interventions EHA appropriées dans les établissements de soins ;
- section 12 : Suggestions ;
- section 13 : Grille d'observation des latrines, des dispositifs de lavage des mains, de l'état d'hygiène, des points d'eau et du lieu d'élimination des déchets biomédicaux.

Pour assurer la collecte des données, quatre (04) questionnaires ont été élaborés et administrés respectivement aux Responsables des EPS, aux Personnels des soins (médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants), aux Patients (en ambulatoire, hospitalisés) et accompagnants de malades ainsi qu'au Personnel de soutien et d'entretien des locaux de l'établissement de soins (agent d'hygiène, garçons/filles de salle).

Pour assurer la collecte des données qualitatives, un (01) guide d'entretien individuel a été conçu pour être administré aux Directeurs Régionaux (DR) et/ou aux Directeurs Départementaux (DD) de la Santé.

L'ensemble de ces outils de collecte de données est annexé au présent rapport.

2.5. RÉALISATION DES ENQUÊTES DE TERRAIN

2.5.1. Recrutement et formation des enquêteurs

Le recrutement des enquêteurs a été effectué suite à la validation du rapport de démarrage de la mission par le Comité Technique de Suivi (CTS). Un total de 123 enquêteurs a été recruté et constitué en 48 équipes de deux (02) personnes chacune (couples d'enquêteurs) et 27 Chefs d'équipe chargés de la supervision et du bon déroulement de la collecte des données sur le terrain.

Tout ce personnel d'appui a suivi une formation préalable sur l'objet de la mission et la maitrise des outils de collecte de données. Les différentes sessions de formation ont porté principalement sur les points suivants :

- la présentation des TDR de l'enquête et des différents outils de collecte des données, pour une meilleure compréhension de l'esprit de la mission et des questions ;
- le téléchargement et l'installation de l'application KoBoCollect (v1.25.1) dans les Smartphones, ainsi que son usage ;
- l'attitude et le comportement des enquêteurs pendant l'enquête ainsi que la manière d'interviewer avec un téléphone portable (Smartphone) ;
- un test interne par sous-groupes d'enquêteurs encadrés par les Chefs d'équipe ;
- la consolidation des outils (commentaires, dernières questions vis-à-vis des outils) ;
- un test externe pour la consolidation finale de tous les outils.

Cette formation des enquêteurs s'est déroulée en deux (02) étapes. Les Chefs d'équipe ont d'abord été formés par les gestionnaires de la base de données sur une période de deux jours sur les points susmentionnés. Une fois déployés sur le terrain, les Chefs d'équipe ont procédé, à leur tour, à la formation des équipes (couples d'enquêteurs) sous leur supervision dans leurs zones d'intervention respectives.

La phase de collecte des données proprement dite sur le terrain a démarré conformément au contenu des différents outils consolidés, suite au déploiement des Chefs d'équipe puis à la formation locale des différentes équipes.

2.5.2. Collecte des données

La collecte des données de terrain s'est faite suivant trois (03) approches à l'aide de l'outil KoboCollect :

- interview individuelle à l'aide des questionnaires ;
- entretien structuré à l'aide du guide d'entretien ;
- observation directe des établissements publics de soins.

Cette phase s'est déroulée dans les zones géographiques cibles sur une période de 20 jours du 08 au 30 juin 2020, avec une intervention simultanée des différentes équipes formées. Elle a consisté à collecter des données relatives aux services EHA au sein des différents établissements publics de soins des six (06) régions sanitaires cibles.

A cet effet, les différents questionnaires élaborés ont été administrés aux :

- Responsables d'établissements de soins ;
- Personnels des soins (médecin, infirmier, sages-femmes, aides-soignants) ;
- Patients (en ambulatoire et/ou hospitalisés) et accompagnants de malades ;
- Personnels de soutien et d'entretien de l'établissement de soins (agent d'hygiène, garçons/filles de salle).

Quant au guide d'entretien, il a été administré aux Directeurs Régionaux (DR) et/ou Directeurs Départementaux (DD) de santé.

Les observations directes de terrain ont consisté à effectuer des visites des établissements de soins et des abords, des visites des installations et ouvrages EHA. Ces visites ont permis d'inventorier et de diagnostiquer les infrastructures EHA afin d'apprécier leurs états et leurs fonctionnements. Afin de s'assurer une bonne exécution de l'opération, le processus de collecte des données par les enquêteurs s'est déroulé sous la supervision des Chefs d'équipe et la coordination générale du Consultant principal.

Outre les Chefs d'équipe et les enquêteurs, deux spécialistes en gestion de base de données et Système d'Information Géographique (SIG) ont servi de soutien à la réalisation de la mission.

2.6. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

Au cours de la collecte des données de terrain, l'équipe technique de supervision a enregistré les données recueillies avec l'appui des spécialistes en gestion de base de données et SIG sous un format numérique à l'aide de l'outil KoboCollect. Ces données ont été transmises en fichier électronique pour traitement et analyse en vue de la production des livrables et autres documents nécessaires.

L'environnement de cet outil s'articule autour de quatre (04) aspects essentiels :

- l'élaboration du questionnaire (création, rédaction) ;
- la saisie des réponses collectées ;
- le traitement des données collectées ;
- l'analyse des résultats.

Le traitement des données a consisté à apurer et archiver les données traitées de l'enquête en vue de leur exploitation. Ce traitement a contribué considérablement à l'assurance qualité de ces données.

Des outils de traitement des données statistiques et géographiques notamment le logiciel Excel ont été utilisés pour bien conduire le traitement et l'analyse des données collectées. En effet, ces données tant statistiques que géographiques collectées à partir de l'outil KoboCollect ont été transférées sous Excel afin de codifier les questions ouvertes, de contrôler la cohérence des données, de corriger les données erronées et enfin de produire les premiers tableaux et graphiques. Les données géographiques ont été exploitées sous des logiciels appropriés pour les besoins de production de cartes topographiques et thématiques.

Les tableaux statistiques et les cartes thématiques produits ont fait l'objet d'analyses. Les analyses ont consisté à des interprétations descriptives.

2.7. CONTRAINTES LIÉES À LA COLLECTE DES DONNÉES

En dehors des contraintes météorologiques notamment la pluie et autres difficultés liées à tout travail de terrain tel que le mauvais état des routes rendant certaines zones très difficiles d'accès, il sied de signaler cependant certains éléments.

Généralement dans la matinée, les personnels des soins étaient préoccupés à recevoir les patients. Les enquêteurs étaient souvent contraints d'interrompre les entretiens lorsqu'il y a des cas d'urgence. Egalement, ils ont été confrontés à l'absence ou à l'insuffisance de certaines catégories de cibles dans des établissements publics de soins visités notamment l'absence de patients et d'accompagnants dans l'après-midi, certains établissements ne disposant qu'un seul personnel des soins en leur sein.

Aussi l'enquête avait-elle prévu de collecter les données de manière exhaustive au sein de 492 établissements publics de soins issus des 19 districts sanitaires des six (06) régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF. Cette hypothèse n'a pu être respectée sur le terrain, en raison de la non fonctionnalité ou de la fermeture pour réhabilitation de certains établissements figurant initialement sur la carte sanitaire de 2018.

Par ailleurs, il convient de souligner que la pandémie de la COVID-19 a négativement impacté l'étude. En effet, il y a eu un écart important entre la période de formation des Chefs d'équipe (13 et 14 mars 2020) et celle du déploiement sur le terrain (08 au 30 juin 2020). Ce temps de latence ne fut pas bénéfique pour les Chefs d'équipe qui étaient obligés de faire constamment recours au Consultant principal pour un rappel des directives.

Toutefois, la plupart de ces difficultés ont pu être surmontées. Consultant principal pour un rappel des directives.

Toutefois, la plupart de ces difficultés ont pu être surmontées.

Figure 2 : *Image illustrative du mauvais état des voies d'accès aux zones d'intervention (Véhicule coincé dans la boue et coupant la voie sur l'axe Touandrou-Béoué à Totrodrou dans le Département de KOUIBLY)*

PARTIE III :
GENERALITES

3.1. CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA CÔTE D'IVOIRE

3.1.1. Géographie et démographie

La Côte d'Ivoire, avec une superficie de 322 462 Km², est située dans la région occidentale de l'Afrique subsaharienne. Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée. Le pays bénéficie de quatre (04) type climats : le climat Attiéen (majeure partie de la forêt méridionale), le climat baouléen (centre du pays), le climat Soudano-guinéen (Nord), le climat de montagne (Ouest). La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au Sud et 900 mm au Nord. Les températures, sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C. Le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d'eau dont quatre (04) grands fleuves : le Cavally à l'extrême Ouest, le Sassandra à l'Ouest, le Bandama au Centre et le Comoé à l'Est. Le relief, relativement peu accidenté, est composé de plaines (Sud, Centre et Nord) de plateaux étagés (Est) et de montagnes (Ouest). La végétation est dominée par la forêt au Sud et la savane au Nord (PNDS, 2016). Cette végétation est déterminée par la diversité des zones climatiques et l'inégale répartition des précipitations entre le Nord et le Sud.

La population est estimée à 22 671 331 habitants (51,7 % d'hommes et 48,3 % de femmes), avec 50,2 % vivant en milieu urbain contre 49,8 % en milieu rural. Cette population est très jeune avec près de 67 % ayant moins de 25 ans. Les enfants de moins de 5 ans représentent 16 % de la population. Avec un fort taux d'immigration, la population étrangère est estimée à 24,2 % de la population totale (INS, 2014).

3.1.2. Administration et contexte sociopolitique

Au niveau administratif, la Côte d'Ivoire compte deux types d'administrations territoriales :

- l'administration territoriale déconcentrée avec 02 Districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 108 Départements, 509 Sous-préfectures et plus de 8 600 villages ;
- l'administration territoriale décentralisée avec 31 Régions et 197 Communes.

La capitale politique, Yamoussoukro se trouve au Centre du pays, à 236 km d'Abidjan qui est la capitale économique.
Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) dispose d'un système administratif et sanitaire qui lui est propre. Ce système national comprend trois (3) niveaux dans sa structuration administrative :

- le niveau central avec le Cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux, les Programmes de santé, chargés de la définition de la Politique, de l'appui et de la coordination globale de la santé ;
- le niveau intermédiaire composé de 33 régions sanitaires (directions régionales de la santé et de l'hygiène publique) qui ont une mission d'appui aux districts sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire ;
- le niveau périphérique composé de 113 districts sanitaires (directions départementales de

la Santé et de l'hygiène publique) qui sont chargés de coordonner l'action sanitaire au niveau des services de santé dépendant de leur ressort territorial. Le district sanitaire, unité opérationnelle du système de santé, est subdivisé en aires sanitaires.

Au plan sociopolitique, la République de Côte d'Ivoire, avec un régime de type présidentiel, a traversé une série de crises sociopolitiques notamment de 2002 à 2011. Elle compte une soixantaine d'ethnies réparties, selon des critères linguistiques, en quatre (04) grands groupes (Akan, Gour, Krou et Mandé) :

- les Akan (Baoulé, Agni, Abron, Ebrié, Abouré, Adioukrou, Appolloniens, etc.) qui se trouvent à l'est, au centre et au sud-est ;
- les Gour (Sénoufo, Lobi, etc.) qui habitent le nord le nord-est ;

- les Krou (Bété, Dida, kroumen, etc.) qui résident au centre-sud et au sud-ouest ;
- les Mandé (Malinké, Bambara, Foula, Gouro, Gagou, Dan, etc.) localisés dans le nord-ouest, le centre-ouest et l'ouest.

La langue officielle de la Côte d'Ivoire est le Français. Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme. Le taux d'alphabétisation des personnes âgées de plus de 15 ans est estimé à 45%. Ce taux est de 51,2 % à Abidjan, de 42,9 % dans les autres villes et de 25,6 % en milieu rural. Il est de 53,3 % chez les hommes contre 36,3 % chez les femmes (ENV, 2015).

3.1.3. Contexte socio-économique

L'économie ivoirienne, reposant sur trois (3) secteurs d'activité, a pour pilier l'agriculture qui contribue à elle seule à 21,9 % du PIB. Elle constitue la source de revenus de plus de deux tiers (2/3) des ménages. L'agriculture procure environ 75 % des recettes d'exportation non pétrolière et occupe 46 % de la population active.

La Côte d'Ivoire produit le gaz et le pétrole qui contribuent pour environ 4,3 % au PIB. Le taux de croissance réel du PIB est de 8,9% en 2017, avec un PIB réel par habitant estimé à 842 798 FCFA (INS, 2018).

Malgré cette croissance économique, la proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté reste élevée, plus de 46 % en 2015. La pauvreté est plus accentuée en milieu rural (56,8 %) qu'en milieu urbain (35,9 %). On n'observe pas de différence significative en termes de pauvreté entre les hommes (50,6 %) et les femmes (49,4%) (ENV, 2015).

La Côte d'Ivoire demeure dans le groupe des pays à faible développement humain avec un Indice de Développement Humain (IDH) estimé à 0,46 en 2015 (PNUD, 2015). Dans le domaine de la santé, le pays affiche une espérance de vie de 50,7 ans nettement inférieur à celle de l'ensemble de l'Afrique Subsaharienne (56,8 ans) et encore plus bas par rapport aux pays à faible IDH (59,4). Par contre, selon l'INS l'espérance de vie en Côte d'Ivoire est estimée à 54,3 ans.

3.1.4. Organisation des services de soins publics

Le système de santé en Côte d'Ivoire est composé du secteur public (prépondérant), du secteur parapublic et du secteur privé y compris le privé confessionnel. A côté de ces trois secteurs, il existe la médecine traditionnelle.

Les établissements publics de soins sont organisés en trois niveaux :

- le niveau primaire ou périphérique représenté par 2 431 Etablissements de Soins de Premiers Contacts (ESPC), dont 1 780 Centres de Santé Ruraux (CSR) et 651 Centres de Santé Urbains (CSU) ;
- le niveau secondaire constitué des établissements de soins de recours pour la première référence. Il est composé de 94 Hôpitaux Généraux, 18 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et 02 Centres Hospitaliers Spécialisés ;
- le niveau tertiaire, comprenant les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence, est essentiellement composé d'Etablissements Publics Nationaux (EPN), avec :
- 05 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ;
- 05 Instituts Nationaux Spécialisés (Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR) et Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA)) ;
- 04 autres EPN d'appui (Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) et Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

3.2. CADRE JURIDIQUE, RÉGLEMENTAIRE ET INSTITUTIONNEL DU SECTEUR EHA

3.2.1. Sous-secteur de l'eau potable

Pour le sous-secteur de l'eau potable, au plan institutionnel et en termes de rôles et responsabilités des acteurs, l'Etat a confié à la Société de Distribution d'Eau de Côte d'Ivoire (SODECI) la gestion du service public d'eau potable (besoins domestiques, industriels, ...) en milieu urbain à travers un contrat d'affermage. L'Office National de l'Eau Potable (ONEP) est quant à lui chargé du contrôle de ce contrat d'affermage (Figure 3).

En milieu rural, les compétences en matière de gestion du service public d'eau potable sont transférées par l'Etat aux Collectivités territoriales (Conseils Régionaux et Mairies). A cet effet, le Ministère en charge de l'eau potable a envisagé de promouvoir la gestion professionnalisée des points d'eau. Ainsi, les Collectivités territoriales pourraient déléguer l'entretien des infrastructures (HV et HVA) à des entreprises privées. La figure 1 présente les structures en charge de l'eau potable en Côte d'Ivoire.

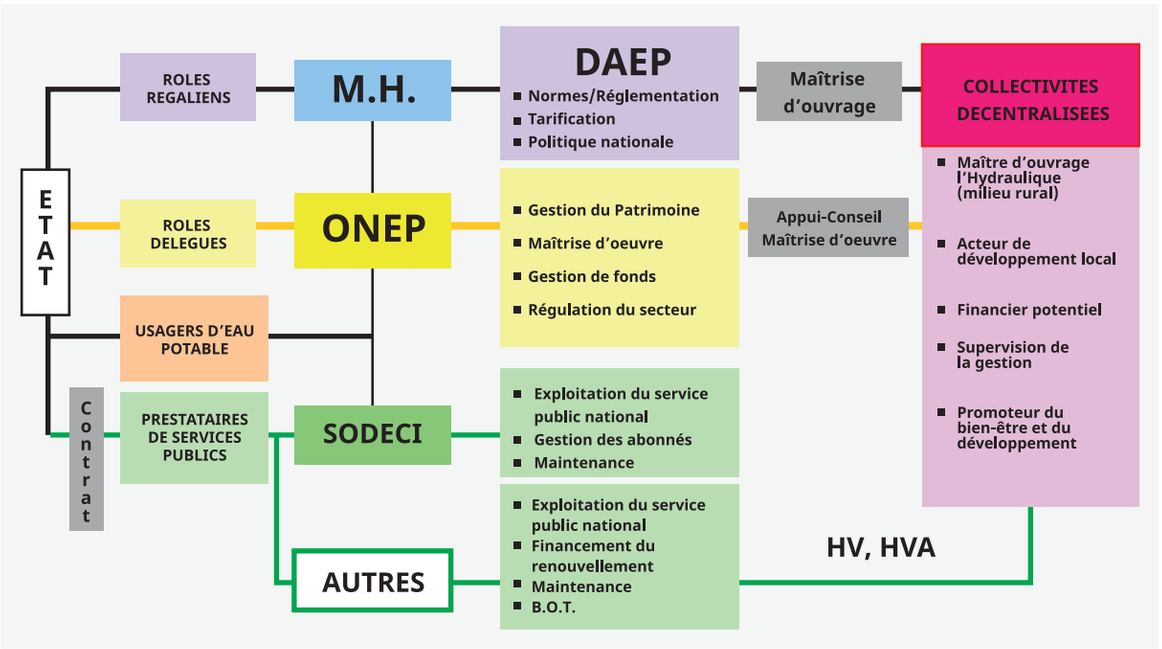

***Figure 3** : Cadre institutionnel du secteur de l'eau potable en Côte d'Ivoire (Source : ONEP)*

Au niveau juridique et réglementaire, des documents (Plans, Politiques) et textes (Décrets, Arrêtés) relatifs à la gestion de l'eau potable existent. Il s'agit entre autres de :

- le Plan National de Développement (PND) 2016-2020. L'effet 2 du PND 2016-2020 qui stipule que "Les infrastructures d'hydraulique humaine de qualité sont développées" est relatif au développement dans le secteur de l'eau potable ;
- le Plan Stratégique 2012-2015 qui définit les challenges et les stratégies dans le domaine de l'eau potable demeure le dernier texte en termes de plan stratégique dans le secteur ;
- la Politique Nationale de l'Eau (PNE) de 2010. Cette politique, non encore approuvée, décline la vision nationale de l'eau à l'horizon 2040. Les orientations stratégiques de cette politique ont été reprises dans le PND 2016-2020 ;
- le Projet de Politique Sectorielle de l'Eau Potable en Côte d'Ivoire élaboré en 2016 dans le cadre du Programme Hydraulique et Assainissement pour le Millénaire (PHAM). Cette politique, non encore validée par le Ministère en charge de l'Eau potable après son adoption en atelier, décrit la réforme institutionnelle envisagée dans le secteur, les directives de développement des infrastructures et du système de maintenance ainsi que les orientations

stratégiques et les axes d'intervention ;
- Décret N° 87-1472 du 17 décembre 1987 portant création du Fonds National de l'Eau (FNE) et fixant les modalités de son fonctionnement ;
- Décret N° 94-657 du 14 décembre 1994 fixant le tarif de la taxe spéciale sur la consommation d'eau et portant modalités de son recouvrement ;
- Arrêté N° 162 MIE CAB du 30 juillet 2002 portant détermination des conditions d'application du régime des branchements subventionnés ;
- Décret N° 2004-378 du 06 août 2004 portant fixation du prix et tarif de vente d'eau pour la période 2003-2007 ;
- Décret N° 2006-274 du 23 août 2006 portant création de la Société d'Etat dénommée Office National de l'Eau Potable (ONEP) ;
- Décret N° 2008-44 du 21 février 2008 portant approbation du Contrat d'affermage signé entre l'Etat de Côte d'Ivoire et la SODECI.

En termes de financement du secteur de l'eau potable, conformément au Contrat d'affermage entre l'Etat et la SODECI, cette dernière reverse à l'Etat des taxes spéciales dédiées à l'investissement dans le secteur à travers deux fonds :
- le Fonds de Développement de l'Eau (FDE), d'une part pour le fonctionnement de l'ONEP et d'autre part pour le financement des travaux de développement du secteur (branchements sociaux, travaux de renouvellement des installations, travaux de renforcement et d'extension de réseau, ...) ;
- le Fonds National de l'Eau (FNE), une surtaxe destinée entre autres pour l'étude et la réalisation des travaux d'installation et réseaux d'hydraulique (HU et HV), d'assainissement et de drainage. Le FNE assure par ailleurs le remboursement des emprunts contractés au profit du secteur.

D'autres mécanismes de financement du secteur de l'eau potable en Côte d'Ivoire existent notamment :
- le financement direct de certains bailleurs de fonds ;
- les emprunts et dons des bailleurs de fonds à l'Etat et aux collectivités territoriales ;
- les subventions et dons des partenaires au développement à l'Etat et aux collectivités territoriales ;
- les investissements et financement par des tiers.

3.2.2. Sous-secteur de l'assainissement

Concernant le sous-secteur de l'assainissement en Côte d'Ivoire, deux textes de loi, le code de l'environnement et le code de l'eau disposent d'articles qui font référence à la gestion des eaux usées. Le Gouvernement a par ailleurs pris des engagements à travers le PND 2016-2020 arrimé aux Objectifs de Développement Durable (ODD). Certains de ces engagements se traduisent par les orientations données au sous-secteur dans la Lettre de Politique Sectorielle d'Assainissement et de Drainage.

Le niveau institutionnel du sous-secteur de l'assainissement, tout comme ceux de l'eau et de l'hygiène, se décline en trois (03) niveaux : central, déconcentré et décentralisé. Au niveau central, le Ministère en charge de l'assainissement définit la politique nationale. Ce Ministère dispose de plusieurs Directions centrales notamment la Direction de l'Assainissement Urbain et du Drainage (DAUD) et la Direction de l'Assainissement en milieu Rural (DAR). Ce dispositif institutionnel a été renforcé par la création de l'Office National de l'Assainissement et du Drainage (ONAD).

Ce Ministère travaille en étroite collaboration avec d'autres Ministères partenaires pour la définition, l'élaboration des documents et la mise en œuvre de programmes nationaux de développement. Au niveau déconcentré, les Préfectures, les Sous-préfectures sont garantes de la politique gouvernementale au niveau local. Les Directions régionales et les Directions départementales du Ministère en charge de l'assainissement et des Ministères partenaires sont chargées de la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'assainissement.

Pour le niveau décentralisé, les compétences de l'Etat sont transférées aux Districts Autonomes, aux Régions et aux Communes pour assurer le développement local conformément à la loi n°2003-208 du 07 juillet 2003 portant transfert des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales. Cependant, le secteur de l'assainissement reste marqué par la faiblesse du cadre institutionnel et réglementaire (PND 2016-2020).

3.2.3. Sous-secteur de l'hygiène

En matière d'hygiène, il existe une multitude de textes juridiques qui traitent de la question de l'hygiène publique et dont les plus significatifs pour les établissements publics de soins sont les suivants :

- la loi n°96-766 du 3 Octobre 1996 portant Code de l'environnement ;
- la loi n°98-755 du 23 décembre 1998 portant Code de l'eau ;
- la loi n°2003-208 du 07 Juillet 2003 portant Transfert et répartition de compétences de l'Etat aux Collectivités Territoriales ;
- l'arrêté n°131 du 03 juin 2009 portant Règlementation de la gestion des déchets sanitaires ;
- la loi n°2015-532 du 20 Juillet 2015 portant Nouveau code du travail ;
- l'arrêté n°0132/MSHP/CAB du 26 juillet 2017 portant Protection des denrées alimentaires vendues dans les lieux publics en Côte d'Ivoire ;
- l'arrêté n° 02193 du 31 décembre 2018 portant polarisation de la gestion des déchets sanitaires dans les établissements de santé de Côte d'Ivoire ;
- l'arrêté n° 0206/MSHP/CAB du 14 septembre 2020 portant Installation et utilisation des dispositifs de lavage des mains dans les lieux de restauration collective et commerciale en Côte d'Ivoire.

Il existe un projet de loi portant code de l'hygiène publique dont le vote par l'Assemblée Nationale et la promulgation par le Chef de l'Etat pourraient renforcer le cadre juridique actuel.

Au niveau stratégique et politique, les domaines de l'hygiène hospitalière et de la Santé-Environnement ont été adressés par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) respectivement à travers l'élaboration du Document de politique nationale de sécurité des injections et de gestion des déchets médicaux (Edition 2009) et du Document de Politique Nationale de Santé-Environnement (Edition 2016). Aussi, la Côte d'Ivoire dispose-t-elle d'un document de stratégie intitulé «Stratégie Nationale de la Promotion de l'Hygiène» accompagné d'un Plan d'investissement 2019-2023.

En ce qui concerne le cadre institutionnel, il existe une pluralité d'acteurs qui interviennent à divers niveaux dans la promotion de l'hygiène. On recense plusieurs ministères des établissements publics nationaux, des sociétés d'Etat, les collectivités territoriales, les partenaires techniques et financiers ainsi que les organisations de la société civile qui ont des compétences en matière d'hygiène. En cette matière, le problème auquel est confrontée la Côte d'Ivoire à ce stade est lié au manque de coordination et de leadership institutionnel.

3.3. SITUATION GÉNÉRALE DE L'ACCÈS À L'EAU, L'HYGIÈNE ET L'ASSAINISSEMENT

3.3.1. Accès des ménages aux services EHA

Au niveau de l'accès à l'eau potable, le taux de couverture en hydraulique urbaine (HU) était de 60 % en 2014. Le taux de couverture en hydraulique villageoise améliorée (HVA) est de 13 %. En ce qui concerne l'hydraulique villageoise (HV), le programme national a permis de couvrir 76 % des besoins. L'accès des populations à l'eau de robinet dans leurs concessions est plus fréquent en milieu urbain (63 %) qu'en milieu rural (07 %) où l'utilisation des pompes publiques (41 %) est plus répandue qu'en milieu urbain (12 %). En 2015, la proportion des ménages ayant accès à l'eau potable s'établit comme suit : 70 %, 15 % et 73 % respectivement en milieux urbain, périurbain et rural (PND 2016-2020). Mais, selon le rapport conjoint OMS/UNICEF sur l'EHA, ce taux d'accès

estde 73 % au niveau national en 2017, avec 58 % en milieu rural et 88 % en milieu urbain (JMP, 2019).

Pour le sous-secteur de l'assainissement, seulement 22 % de la population a accès à une installation d'assainissement améliorée dont 33 % en milieu urbain contre 11 % en milieu rural. Le rapport conjoint OMS/UNICEF sur l'EHA révèle que 32 % de la population a accès à un assainissement amélioré, 46 % en milieu urbain et 18 % en milieu rural (JMP, 2019).

La proportion de la population sans accès à une latrine qui pratique la défécation à l'air libre (DAL) est très élevée avec 28 % au niveau national dont 6 % en milieu urbain et 51 % en milieu rural selon le PND 2016-2020. Tandis que ce taux est de 16 % en milieu urbain contre 39 % en milieu rural selon le MICS (2015).

En matière d'hygiène, il est enregistré, selon le rapport conjoint OMS/UNICEF sur l'EHA (JMP, 2019), 19 % de la population ayant accès aux installations d'hygiène au niveau national, avec 28 % en milieu urbain et 10 % en milieu rural.

Par ailleurs, il existe des inégalités dans la fourniture des services EHA en Côte d'Ivoire. Le rapport conjoint OMS/UNICEF sur l'EHA montre que 98 % des riches ont accès à l'eau potable contre 46 % de pauvres en 2000. Sur la même période, 67 % des riches ont accès à des installations d'assainissement améliorées contre 05 % de pauvres qui y ont accès (JMP, 2019).

Toutefois, plusieurs facteurs limitent l'accès à l'EHA à savoir : les textes d'application des lois portant Code de l'eau, Code de l'environnement et Transfert des compétences de l'Etat aux Collectivités territoriales qui ne sont pas encore pris.

3.3.2. Accès des établissements de soins aux services EHA

Quant à l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement (EHA) dans les établissements de soins, le rapport du JMP sur les services EHA dans les établissements de soins indique que la couverture des services élémentaires d'approvisionnement en eau était de 51 % en Afrique subsaharienne en 2016, contre 26 % des établissements de soins sans service d'approvisionnement en eau. La Côte d'Ivoire fait partie des pays où la proportion des établissements de soins sans service d'approvisionnement en eau était comprise entre 11 % et 20 % (JMP, 2019).

Pour ce qui concerne l'assainissement, en Afrique subsaharienne, 23 % des établissements de santé disposaient de services élémentaires d'assainissement, contre 29 % qui ne disposaient d'aucun service. Au niveau de la Côte d'Ivoire, il n'existait pas d'estimations de base en matière de services d'assainissement pour établir les statistiques en termes de couverture (JMP, 2019).

En matière d'hygiène, en Afrique subsaharienne, 84 % des hôpitaux étaient dotés d'installations pour l'hygiène des mains au point de prestation de soins en 2016, comparativement à 64 % des autres établissements de santé. En outre, la moitié des établissements de santé (51 %) étaient pourvus d'une solution hydroalcoolique pour les mains aux points de prestation de soins.

La Côte d'Ivoire fait partie des pays où la proportion des établissements de soins sans installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins oscille entre 21 % et 50 % (JMP, 2019).

Pour ce qui concerne la gestion des déchets, en Afrique subsaharienne, 60 % des hôpitaux et 38 % des autres établissements de santé étaient pourvus de services élémentaires de gestion des déchets, en 2016. Sept établissements de santé gouvernementaux sur dix (71 %) et la moitié des établissements de santé non gouvernementaux (55 %) triaient les déchets de manière sûre. Le manque d'estimations de base sur les services de gestion des déchets dans les établissements de soins au niveau de la Côte d'Ivoire n'a pas permis de calculer la couverture des services de gestion des déchets (JMP, 2019).

3.4. GRANDES ORIENTATIONS SECTORIELLES EN MATIÈRE D'EHA

L'axe stratégique 4 du PND 2016-2020 traite la question du Développement des infrastructures harmonieusement réparties sur le territoire national et de la Protection de l'environnement.

En matière d'eau potable l'Etat envisage la réhabilitation des infrastructures d'hydraulique humaine et la construction de nouvelles infrastructures de qualité en vue de faire passer la proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable à 96,4 % en 2018 puis à 100 % en 2020. Cette proportion était de 76,5 % en 2013 (PND 2012-2015) et 95 % en 2015 (ENV, 2015). Concernant le sous-secteur de l'assainissement, la proportion de la population ayant un meilleur système d'assainissement de base était de 66,8 % selon l'ENV (2015). L'Etat entendait, entre autres, améliorer le cadre institutionnel, élaborer des outils de planification, maintenir et renforcer les ouvrages d'assainissement et de drainage. Ces actions devraient permettre de passer à 75,3 % en 2018, par la suite à 81 % en 2020.

Par ailleurs, une Lettre de Politique Sectorielle d'Assainissement et de Drainage a été élaboré et adopté en 2016. Les axes stratégiques de la lettre de politique sectorielle de l'assainissement et du drainage se déclinent en cinq points :

(i) réaliser un programme de développement des infrastructures ;
(ii) susciter le changement de comportement, la demande et l'offre en assainissement et créer une émulation entre les Collectivités territoriales pour promouvoir l'assainissement autonome et mettre fin à la défécation à l'air libre (DAL) ;
(iii) renforcer la coordination avec les acteurs publics et privés et les Collectivités territoriales ;
(iv) renforcer les capacités de planification, de programmation, de réalisation, d'exploitation, de suivi-contrôle et d'évaluation des acteurs publics et privés et des Collectivités territoriales ;
(v) accroitre et pérenniser les ressources financières de ce sous-secteur.

Pour le sous-secteur de l'hygiène, au plan stratégique et politique, les domaines de l'hygiène hospitalière et de la Santé-Environnement ont été adressés par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) respectivement à travers l'élaboration du Document de politique nationale de sécurité des injections et de gestion des déchets médicaux (Edition 2009), du Document de Politique Nationale de Santé-Environnement (Edition 2016) et du Document de politique nationale d'hygiène hospitalière (Edition 2017). A travers l'orientation stratégique 3 de la politique de Santé-Environnement, l'Etat compte rendre accessible, par le biais du MSHP, les services d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène à toute la population. Aussi, pour la promotion des bonnes pratiques d'hygiène, la Côte d'Ivoire dispose-t-elle d'un document de stratégie intitulé «Stratégie Nationale de la Promotion de l'Hygiène» accompagné d'un Plan d'investissement 2019-2023.

PARTIE IV :

RESULTATS DU DIAGNOSTIC DE L'ACCES AUX SERVICES D'EAU, D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT (E.H.A.) DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SOINS DES SIX (06) REGIONS PRIORITAIRES DU PROGRAMME DE COOPERATION COTE D'IVOIRE / UNICEF

4.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-SANITAIRES DES EPS

4.1.1. Types d'établissements visités

Au total 466 EPS appartenant aux deux (02) premiers niveaux de la pyramide sanitaire (primaire et secondaire) ont été visités. Il s'agit de six (06) types d'EPS, dont quatre (04) pour le niveau 1 et deux (02) pour le niveau 2, répartis comme suit :

- ✓ niveau primaire (444 établissements) ;
  - 08 Formations Sanitaires Urbaines (FSU) ;
  - 79 Centres de Santé Urbains (CSU) ;
  - 12 Services de Santé Scolaires et Universitaires - Santé Adolescents et Jeunes (SSSU-SAJ) ou Médico-scolaires ;
  - 345 Centres de Santé Ruraux (CSR).
- ✓ niveau secondaire (22 établissements) :
  - 03 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ;
  - 19 Hôpitaux Généraux (HG).

L'ensemble des 466 EPS visités peut être réparti, selon le milieu de vie des populations, en 121 établissements urbains et 345 établissements ruraux.

4.1.2. Capacité d'accueil et taux de fréquentation

L'enquête situationnelle de l'accès à l'Eau, à l'Hygiène et à l'Assainissement (EHA) montre que les EPS sont généralement équipées de lits répartis dans divers types de salles de soins :

- salles de mise en observation,
- salles de consultation,
- salles d'hospitalisation,
- salles de petite chirurgie et
- salles d'accouchement ou de maternité.

Leur capacité d'accueil est très diversifiée pour l'ensemble des six (06) Régions sanitaires prioritaires. Onze (11) classes de taille égale ont alors été déterminées. Il ressort que, dans l'ensemble des six (06) Régions prioritaires, la majorité des établissements de soins (96,3 %) a une capacité d'accueil inférieure à 30 lits (***Tableau III***). Mais environ 80 % de ces établissements disposent d'une capacité d'accueil inférieure à 10 lits et près de 14 % avec une capacité d'accueil comprise entre 10 et 19 lits inclus. Seulement 03 % des EPS ont une capacité d'accueil oscillant entre 20 et 29 lits.

Ces EPS sont par ailleurs équipés de divers bureaux pour le personnel de santé et de salles d'attente pour les patients et accompagnants de malades.

Tableau III : *Capacité d'accueil moyenne des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

	<10	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-100	>100
Niveau 1	83,0%	13,6%	01,7%	01,0%	00,2%	00,0%	00,2%	00,0%	00,0%	00,0%	00,2%
Niveau 2	09,5%	19,0%	28,6%	00,0%	14,3%	00,0%	04,8%	04,8%	00,0%	09,5%	09,5%
Régions	79,4%	13,9%	03,0%	00,9%	00,9%	00,0%	00,5%	00,2%	00,0%	00,5%	00,7%

Pour ce qui concerne le taux de fréquentation des EPS visités, onze (11) classes de même taille ont également été déterminées. Les résultats de l'enquête révèlent que, pour tous les cas de maladies confondus, 15 % des EPS de l'ensemble des six (06) Régions prioritaires ont un taux de fréquentation inférieur à 10 % (***Tableau IV***).

Près de 60 % des EPS sont fréquentés par moins de 50% de la population de l'aire géographique couvert. Seuls 10 % des établissements enregistrent un taux de fréquentation supérieur à 100 %.

***Tableau IV** : Taux de fréquentation moyen des établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

Taux de fréquentation (%)	Niveau 1	Niveau 2	Régions prioritaire
<10	15,29%	4,76%	14,78%
10-19	13,11%	9,52%	12,93%
20-29	8,50%	4,76%	8,31%
30-39	10,68%	38,10%	12,01%
40-49	9,95%	23,81%	10,62%
50-59	11,89%	4,76%	11,55%
60-69	6,31%	4,76%	6,24%
70-79	3,64%	9,52%	3,93%
80-89	4,61%	0,00%	4,39%
90-100	5,34%	0,00%	5,08%
>100	10,68%	0,00%	10,16%
Total général	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

4.1.3. Personnel de soins

Le personnel de soins interviewé au cours de l'enquête est composé de Médecins, d'Infirmiers, de Sages-femmes, de Techniciens en Hygiène et Assainissement, d'Aides-soignants, de Garçons et Filles de salles et d'Agents d'hygiène. Au total 823 personnes ont été interviewées.

Dans certains EPS, le personnel de soins est aidé dans sa tâche par des Agents de Santé Communautaire (ASC).

4.2. ETAT DES LIEUX DES SERVICES D'ACCÈS À L'EAU, D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SOINS

4.2.1. Accès à l'eau

4.2.1.1. Existence et typologie des principales sources d'accès à l'eau

Existence de sources d'accès à l'eau

Au niveau de l'ensemble des six (06) régions prioritaires
La figure 4 ci-après présente la proportion des EPS disposant d'une source d'eau en leurs seins et ceux en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire. Les résultats d'enquête indique qu'il existe une source d'alimentation en eau dans la majorité des EPS dans l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires du Programme de Coopération Gouvernement/UNICEF. En effet, l'existence de source d'alimentation en eau a été observée dans près de 07 EPS sur 10 soit environ 68% des EPS visités.

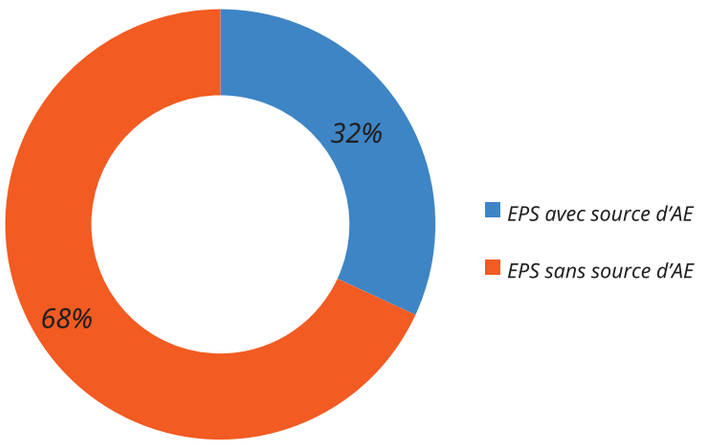

***Figure 4** : Répartition des EPS selon l'existence de source en eau dans l'ensemble des 06 régions prioritaires*

Au niveau de la pyramide sanitaire

Les analyses effectuées en fonction de la pyramide sanitaire révèlent que les EPS ne disposant pas de sources d'alimentation en eau sont tous du niveau 1. 33% des EPS du niveau 1 ne disposent pas d'une source d'accès à l'eau comme l'indique la figure 5. Tous les EPS du niveau secondaire de la pyramide sanitaire disposent d'une source d'approvisionnement pour faire face à leur besoin en eau.

Pour rappel, il n'existe pas d'EPS du niveau tertiaire de la pyramide sanitaire dans ces six (06) régions sanitaires prioritaires.

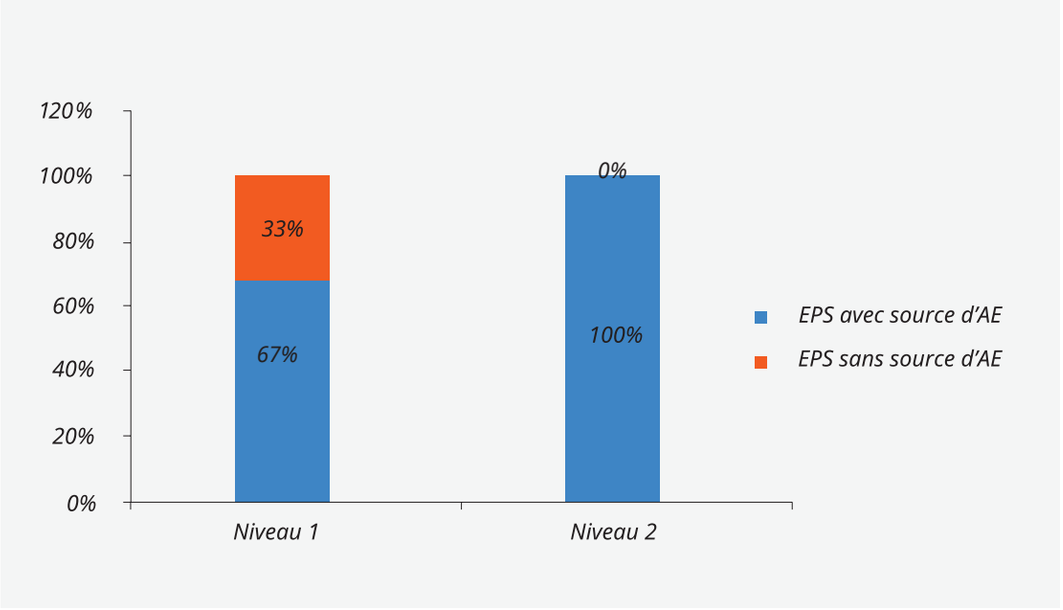

***Figure 5** : Répartition des EPS dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire selon l'existence de source d'approvisionnement en eau*

Au niveau de chacune des six (06) régions prioritaires

Il existe toutefois une disparité des taux d'établissements disposant d'une source d'approvisionnement en eau en fonction des différentes Régions sanitaires. Les régions dans lesquelles les EPS disposent le moins de sources d'accès à l'eau sont le Poro, le Tchologo et la Bagoué avec respectivement des taux d'existence de 47%, 40% et 36%. Ce taux est relativement plus faible au niveau des régions sanitaires du Kabadougou (21 %) et du Guémon (19 %) (***Figure 6***). Ces deux (02) régions sanitaires renferment plus d'établissements (environ 80 %) ayant une source d'approvisionnement en eau.

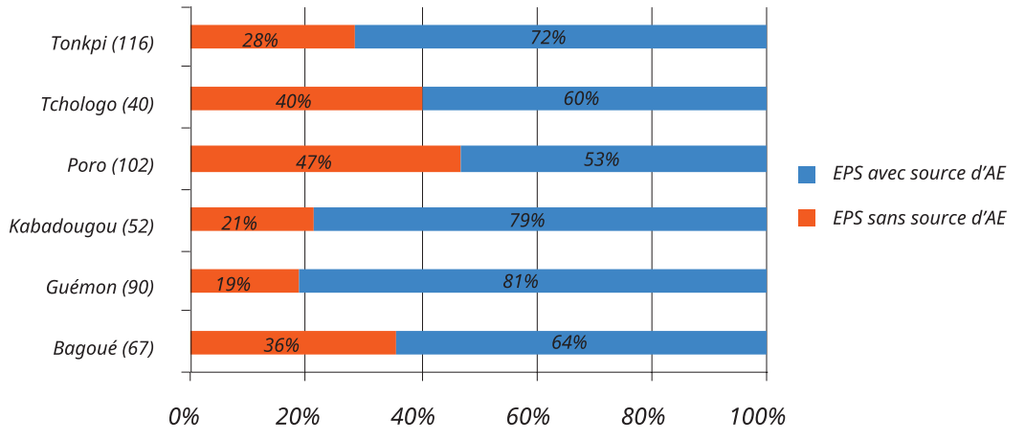

Figure 6 : *Répartition des EPS dans les six (06) régions sanitaires prioritaires selon l'existence de source d'approvisionnement en eau (AE)*

Principales sources d'approvisionnement en eau

Au niveau de l'ensemble des six (06) régions prioritaires

L'enquête révèle l'existence de trois (03) principales sources d'approvisionnement en eau dans les EPS visités : (i) l'eau courante provenant du réseau public d'eau potable (RéPEP), (ii) les forages ou puits équipés de pompes à motricité humaine (PMH) et (iii) les puits traditionnels non protégés. Les forages sont utilisés par 60 % des EPS dans l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires (cf. ***Figure 7***). Le RéPEP est utilisé par 29 % des établissements de soins. Seul 11 % des établissements de soins s'approvisionnent en eau à partir des puits traditionnels non protégés. Le faible taux de représentativité du RéPEP pourrait être lié au taux élevé de CSR (74 % des établissements) dans ces régions sanitaires prioritaires.

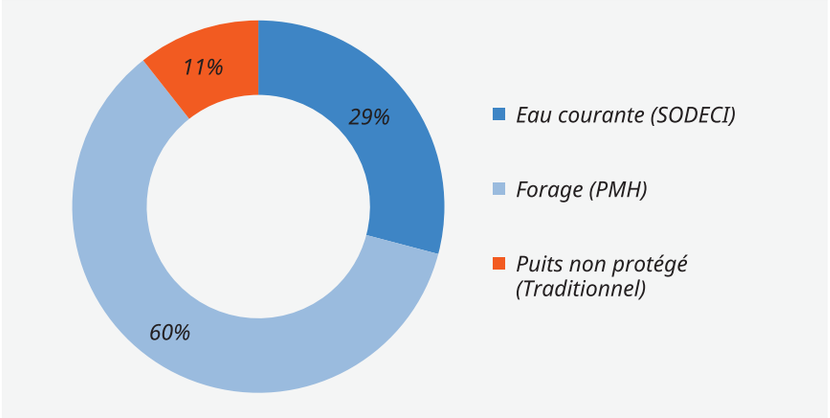

Figure 7 : *Principales sources d'alimentation en eau dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires du programme de Coopération Gouvernement/UNICEF*

Au niveau de la pyramide sanitaire

L'analyse en fonction de la pyramide sanitaire montre que presque tous les EPS du niveau 2 de la pyramide sanitaire soit 95% ont recours à l'eau courante (RéPEP) pour leur besoin. Seulement 05 % des établissements de ce niveau 2 utilisent les forages comme source d'approvisionnement en eau. Aucun établissement n'a recours aux puits traditionnels non protégés (Figure 8).

Les EPS du niveau 1 de la pyramide sanitaire ont plus recours aux forages équipés de PMH ou pompes électriques comme source d'approvisionnement en eau (63 %). Seulement 11 % de ces établissements utilisent l'eau issue des puits traditionnels non protégés. Un peu plus d'un quart des EPS du niveau 1 (26 %) ont recours à l'eau provenant du RéPEP.

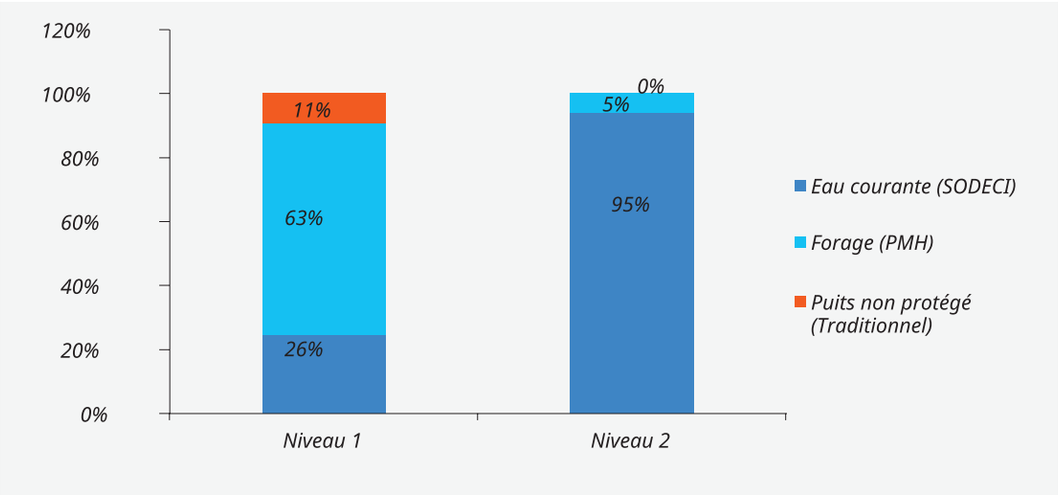

Figure 8 : Répartition des principales sources d'approvisionnement en eau des EPS en fonction de la pyramide sanitaire

Au niveau de chacune des six (06) régions prioritaires

Les puits traditionnels non protégés sont plus utilisés dans les régions sanitaires du Guémon et du Tonkpi, respectivement 16 % et 21 % (Figure 9). Dans les quatre (04) autres régions sanitaires, l'usage de cette source d'approvisionnement en eau dans les EPS reste faible (4 % et 6 %). La région sanitaire du Poro enregistre le taux le plus élevé d'utilisation des PMH (70 %). Elle est suivie de la région sanitaire du Guémon (64 %). L'usage de l'eau issue du RéPEP est plus notable dans les régions sanitaires du Kabadougou (40%), de la Bagoué (38%) et du Tchologo (36 %).

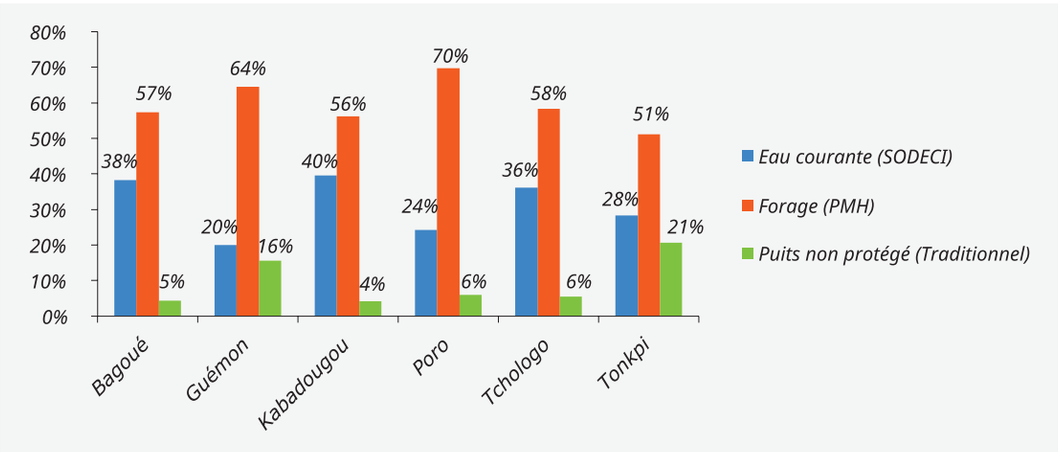

Figure 9 : Répartition des principales sources d'approvisionnement en eau des EPS par Régions sanitaires

La figure 10 ci-dessous présente une illustration des principales sources d'approvisionnement en eau dans les EPS visités.

***Figure 10** : Vue des principales sources d'approvisionnement en eau observées dans les EPS des six (06) régions prioritaires*

4.2.1.2. Etat de fonctionnement des points d'eau

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires
La figure 11 présente une répartition des EPS en fonction de l'état de fonctionnement des postes d'eau dans les établissements de soins dans l'ensemble des 06 régions prioritaires.

Les résultats d'enquête révèlent que dans la majorité des EPS, tous les points d'eau sont fonctionnels. Comme l'indique la figure ci-dessous, 74,2 % des EPS visités ont tous les points d'eau sont fonctionnels. Seul dans 8,5 % des établissements où aucun point d'eau n'est fonctionnel. L'enquête a révélé un dysfonctionnement des points d'eau dans 17,3 % des EPS, restreignant ainsi l'accès à l'eau pour les services de santé.

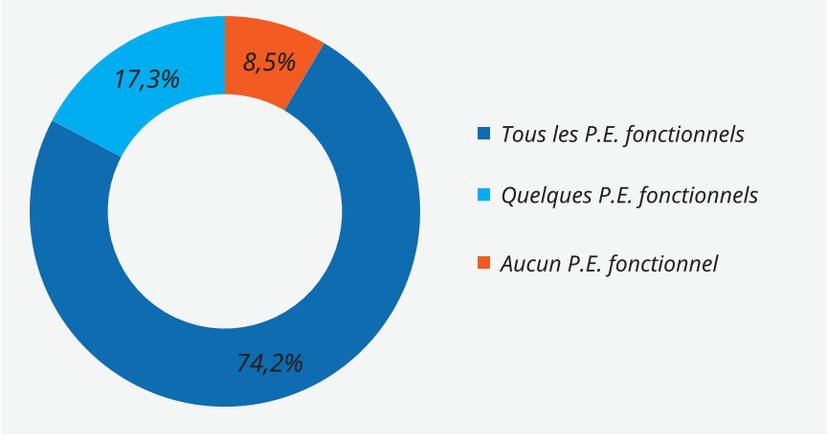

***Figure 11** : Répartition des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires selon la fonctionnalité des points d'eau (P.E.)*

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires
L'état de fonctionnement des postes d'eau dans les EPS diffère d'une Région sanitaire à l'autre. Dans les Régions sanitaires de la Bagoué et du Tonkpi, plus de trois (03) établissements sur quatre (04) disposent de points d'eau qui sont tous fonctionnels, soit respectivement 77 % et 81 % (***Figure 12***). La proportion des établissements où aucun point d'eau n'est fonctionnel varie de 02 % dans la Région sanitaire du Kabadougou à 17 % dans la Région sanitaire du Tchologo. Toutefois, la Région sanitaire du Guémon présente le plus faible taux d'établissements ayant l'ensemble des points d'eau fonctionnels.

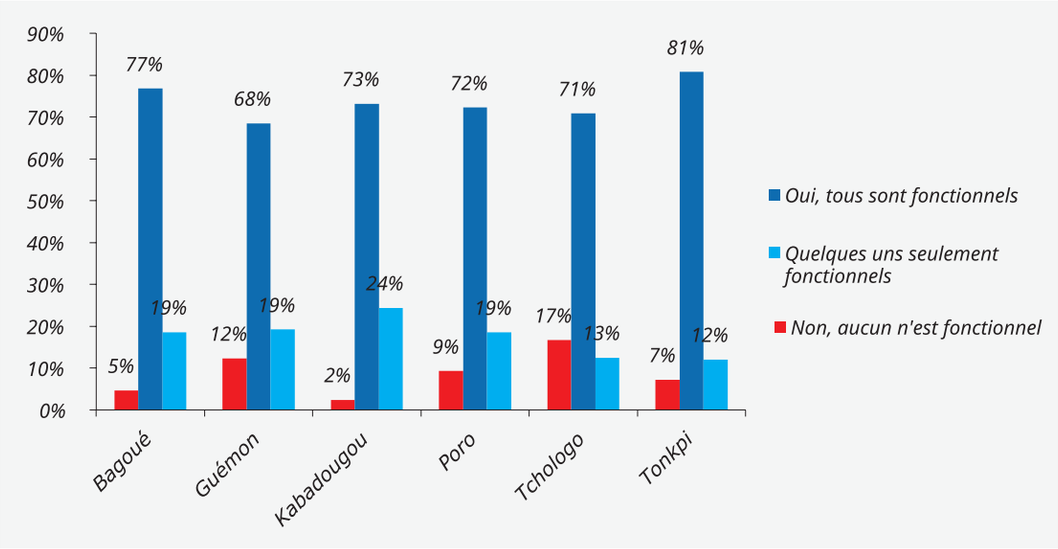

***Figure 12** : Répartition des EPS par Région sanitaire selon la fonctionnalité des points d'eau (P.E.)*

Au niveau de la pyramide sanitaire

Par ailleurs, en fonction de la pyramide sanitaire, il a été constaté que les proportions des EPS des niveaux primaire et secondaire disposant de points d'eau non fonctionnels restent faibles (en moyenne 8,5 %). Trois (03) établissements de soins sur quatre (04) renferment des points d'eau qui sont tous fonctionnels au niveau 1 de la pyramide sanitaire, soit 75 %. Au niveau secondaire de la pyramide sanitaire, ce sont 64 % des établissements de soins dont les points d'eau sont fonctionnels (***Figure 13***).

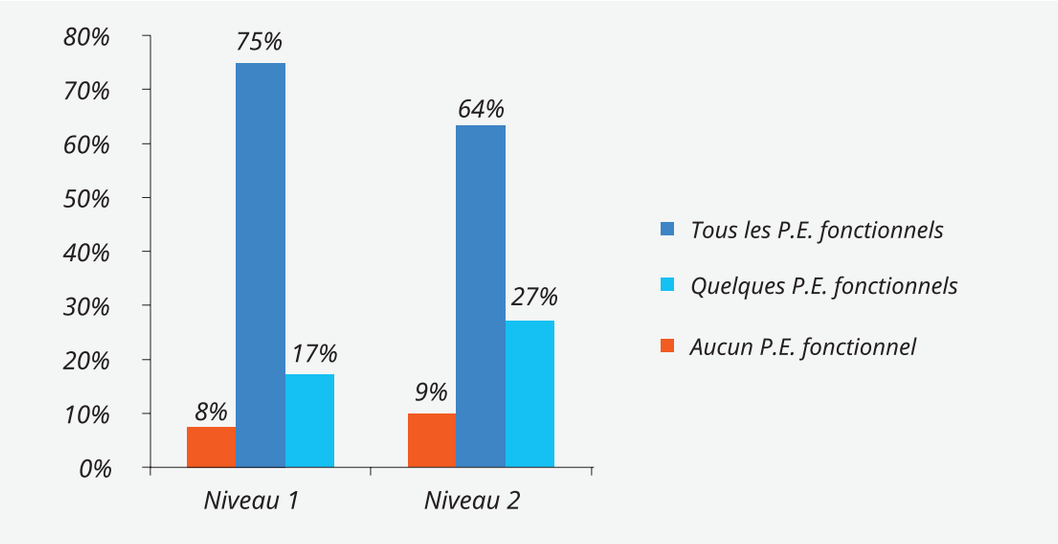

***Figure 13** : Fonctionnalité des points d'eau (P.E.) des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires en fonction de la pyramide sanitaire*

4.2.1.3. Existence de système alternatif de stockage dans les EPS

Pour pouvoir faire face aux problèmes de dysfonctionnement des infrastructures d'approvisionnement en eau, certains établissements ont recours au stockage et à la conservation de l'eau dans divers contenants. Il s'agit entre autres de fûts, de barriques, de cubitenaires, de bacs de stockage et de bidons.

Observé dans 36% de l'ensemble des EPS des 06 régions prioritaires visités, la mise en place de système alternatif utilisé en cas de dysfonctionnement est une pratique adoptée dans les six (06) Régions sanitaires prioritaires en vue de satisfaire leurs besoins en eau (*Figure 14*). Parmi ces EPS, où l'usage de ces voies de recours est fait afin de garantir la disponibilité de l'eau, 90 % appartiennent au niveau 1 de la pyramide sanitaire.

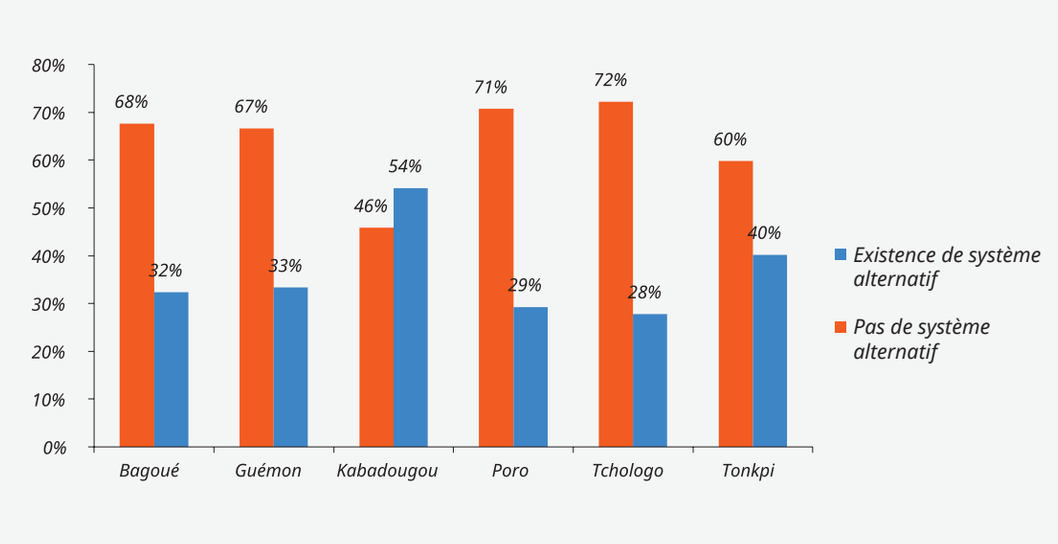

Figure 14 : Proportion des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires ayant recours à un système alternatif pour garantir la disponibilité de l'eau

Figure 15 : Vue de quelques sources d'approvisionnement en eau non fonctionnelles

4.2.1.4. Emplacement des points d'eau par rapport à l'EPS

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires

Les résultats d'enquête révèlent que dans l'ensemble des Régions sanitaires prioritaires, les postes de puisage ou points d'eau se trouvent à l'extérieur des bâtiments. Ce constat a été fait dans 62 % des EPS visités. Parmi ces derniers, 66 % se trouvent dans un rayon de 200 m et 14 % situés à plus de 500 m. Les autres points d'eau (20 %) hors des bâtiments de l'établissement de soins sont dans un rayon de 200 à 500 m.

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires

La répartition des EPS de chacune des régions en fonction de l'emplacement des points d'eau par rapport à l'établissement de soins est illustrée par la Figure 16.

Dans les régions sanitaires de la Bagoué et du Tchologo, près de la moitié des points d'eau se trouvent à l'intérieur des établissements de soins, respectivement 48 % et 53 %. Au niveau de la Région sanitaire du Guémon, il ressort que 56 % des points d'eau sont situés dans un rayon de 200 m des établissements des soins. Les Régions sanitaires du Poro (15 %) et du Guémon (12 %) présentent les proportions les plus élevées de points d'eau situés à plus de 500 m des établissements des soins.

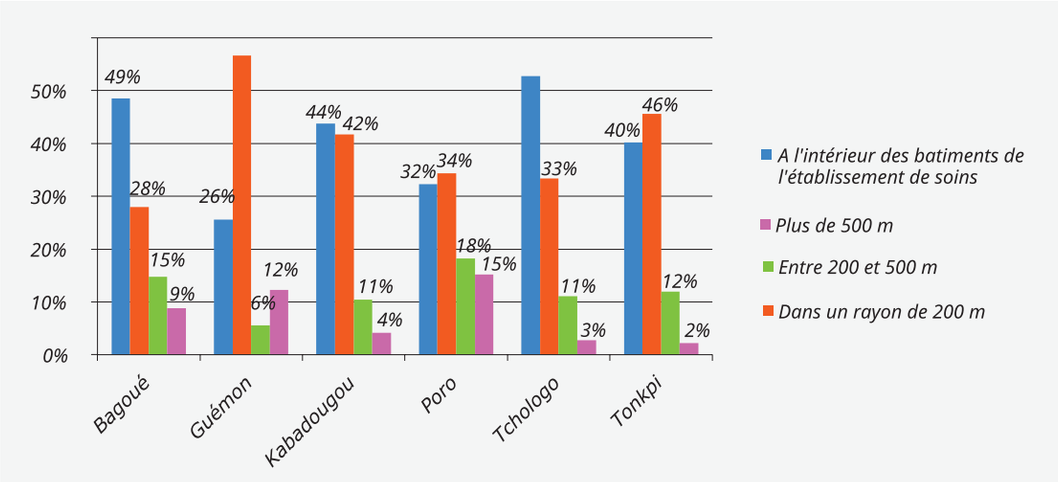

***Figure 16** : Répartition des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires en fonction de l'emplacement des points d'eau*

Au niveau de la pyramide sanitaire

L'analyse en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire montre que la quasi-totalité des EPS du niveau 2 ont des points d'eau situés à l'intérieur des bâtiments (95 %). Seulement 05 % des EPS de ce niveau secondaire ont des points d'eau se trouvant dans un rayon de 200 m. Aucun point d'eau n'est situé au-delà de 200 m de l'EPS (***Figure 17***).

Pour le niveau primaire de la pyramide sanitaire, les points d'eau sont diversement répartis par rapport à l'établissement de soins. Il y a 35 % des établissements de soins qui disposent de points d'eau se trouvant à l'intérieur des bâtiments contre 43 % des établissements où les points d'eau sont installés dans un rayon de 200 m. Les autres EPS du niveau 1 ont des points d'eau situés à plus de 200 m (13 % ayant des points d'eau entre 200 et 500 m et 9 % avec des points d'eau à plus de 500 m) (***Figure 17***).

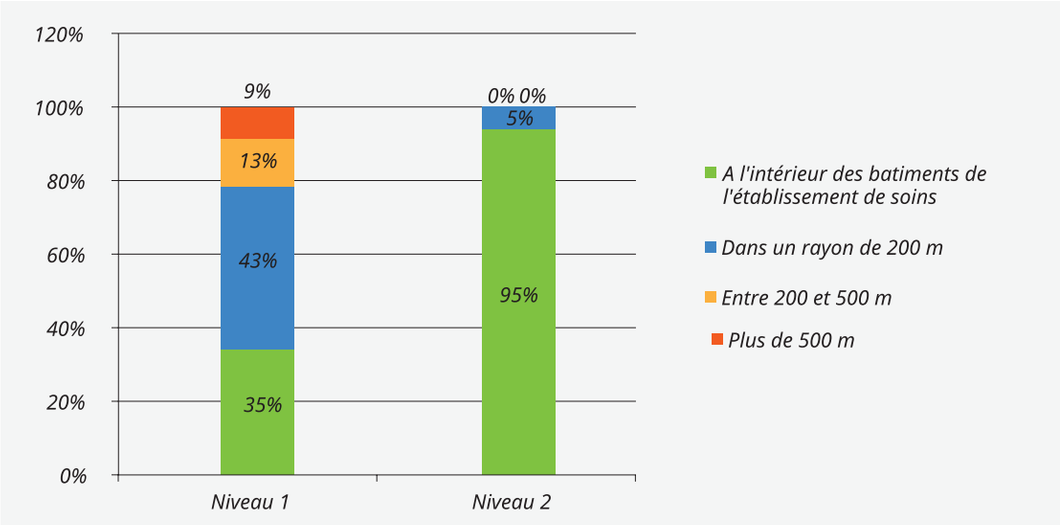

***Figure 17** : Emplacement des points d'eau des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires selon la pyramide sanitaire*

4.2.1.5. Qualité de l'eau dans les EPS

La qualité de l'eau a été généralement appréciée à partir de sa coloration, de son odeur et des dépôts observés dans les récipients de stockage et de conservation.

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires
L'eau collectée à partir des différentes sources d'approvisionnement en eau est généralement de bonne qualité. Seulement 14 % des EPS visités des six (06) Régions sanitaires prioritaires ont une eau de mauvaise qualité.

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires
Dans chacune des Régions sanitaires prioritaires, la proportion d'établissements de soins disposant d'une eau de bonne qualité varie de 78 % (Tonkpi) à 94 % (Poro). La Région sanitaire du Poro, avec le taux le plus élevé, est suivie des Régions sanitaires de la Bagoué (93 %) et du Kabadougou (93 %).

En termes d'eau de mauvaise qualité, la Région sanitaire du Tonkpi enregistre la plus forte proportion d'EPS (22 %). Elle est suivie des Régions sanitaires du Guémon (18 %) et du Tchologo (17 %). Les Régions sanitaires de la Bagoué, du Kabadougou et du Poro renferment les taux les plus faibles d'établissements de soins où l'eau est de mauvaise qualité, respectivement 7 % et 06 % (*Figure 18*).

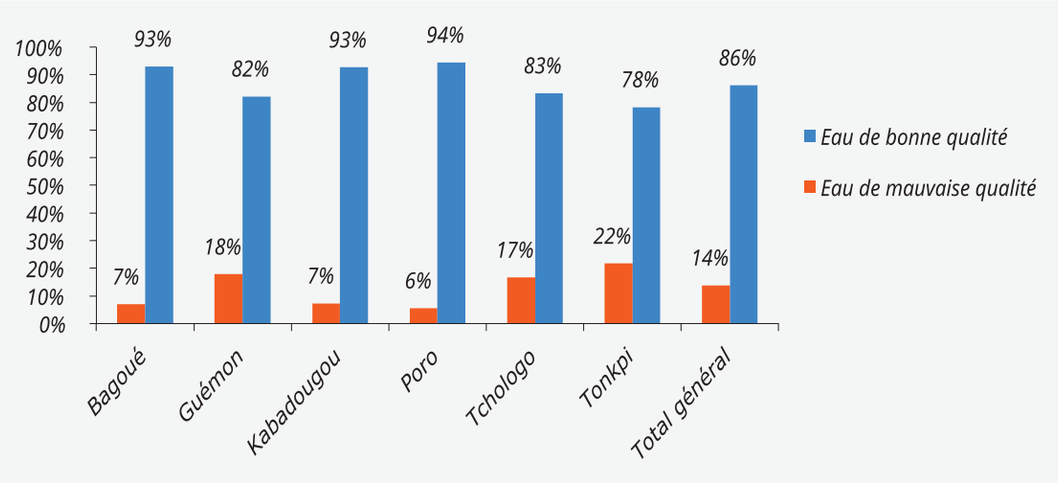

***Figure 18** : Répartition des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires en fonction de la qualité de l'eau*

Au niveau de la pyramide sanitaire
Dans la plupart des établissements de soins du niveau 1 (86 %) et du niveau 2 (91 %) de la pyramide sanitaire, l'eau est de bonne qualité. Le taux d'EPS où la qualité de l'eau est jugée mauvaise est faible dans l'ensemble des niveaux primaire et secondaire de la pyramide sanitaire (*Figure 19*).

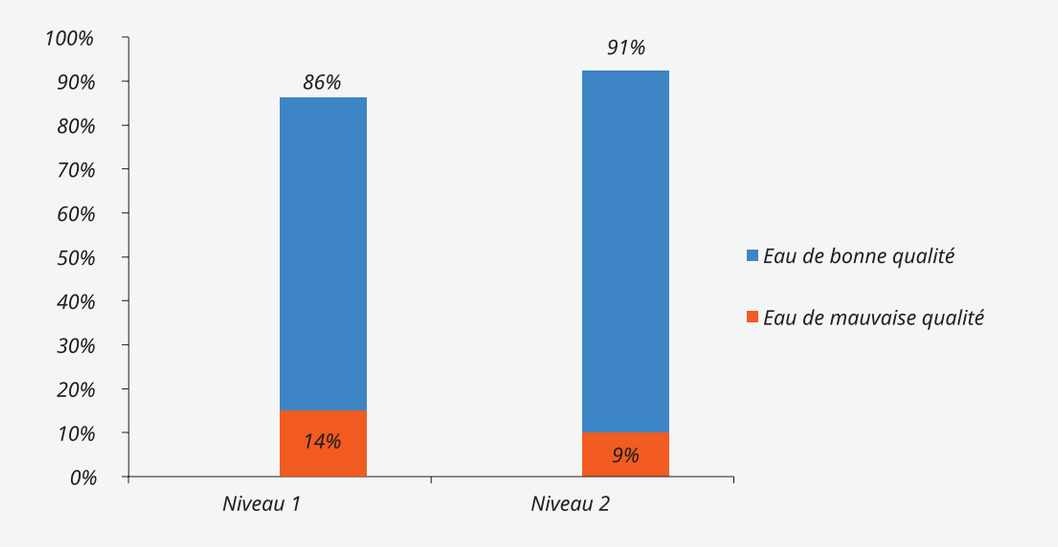

***Figure 19** : Qualité de l'eau en fonction de la pyramide sanitaire dans les EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

Il convient toutefois de souligner que lorsque la qualité de l'eau est mauvaise pour la satisfaction des besoins, certains établissements de soins (33 %) procèdent à un traitement préalable avant usage. Les types de traitement les plus pratiqués sont, par ordre d'occurrence, la chloration, la filtration et en dernier recours la décantation.

Cette pratique est plus observée dans les établissements de soins des niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire, respectivement 31 % et 24 % des établissements.

4.2.1.6. Disponibilité de l'eau dans les salles de soins

Sur l'ensemble des EPS étudiés, plus de 65 % ne disposent pas d'eau dans les salles de soins. Dans l'ensemble, on note une disponibilité de postes de puisage ou robinets dans les salles de soins à seulement 35% dans les six (06) régions sanitaires prioritaires. Ce constat de non disponibilité de l'eau est quasiment pareil dans le cas particulier des salles de maternité (ou salles d'accouchement) où il est enregistré un peu plus de 62 % des EPS.

L'appréciation de cet indicateur en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire révèle que l'eau n'est pas disponible dans les salles de soins de 68 % des EPS du niveau 1. Contrairement à ce constat, il a été enregistré que l'eau est disponible dans la quasi-totalité des salles de soins des EPS du niveau 2 (90%).

Les mêmes tendances sont observées dans les salles de maternité à ces niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire. Il ressort que l'eau n'est pas disponible dans les salles de soins de 66 % des EPS du niveau 1 tandis que 86 % des EPS du niveau 2 ont de l'eau disponible dans les salles de maternité.
Cette situation explique le fait que les praticiens de santé soient obligés de stocker de l'eau dans des récipients pour pouvoir s'en servir en cas de besoins.

La répartition de la disponibilité de l'eau dans les salles de soins par Région sanitaire prioritaire est illustrée par la figure 20. Plus de la moitié des établissements de soins de chacune de ces Régions sanitaires n'ont pas d'eau dans les salles de soins, excepté la Région sanitaire du Tchologo qui présente une tendance contraire. La proportion d'établissements où l'eau n'est pas disponible dans les salles de soins varie de 47 % dans la Région sanitaire du Tchologo à 77 % dans celle du Guémon (***Figure 20***).

La Région du Guémon est donc la plus faiblement pourvue en point d'eau dans les salles de soins avec 23%. Quant à la Région du Tchologo, elle dispose de salles de soins pourvus de postes de puisage à hauteur de 53%.

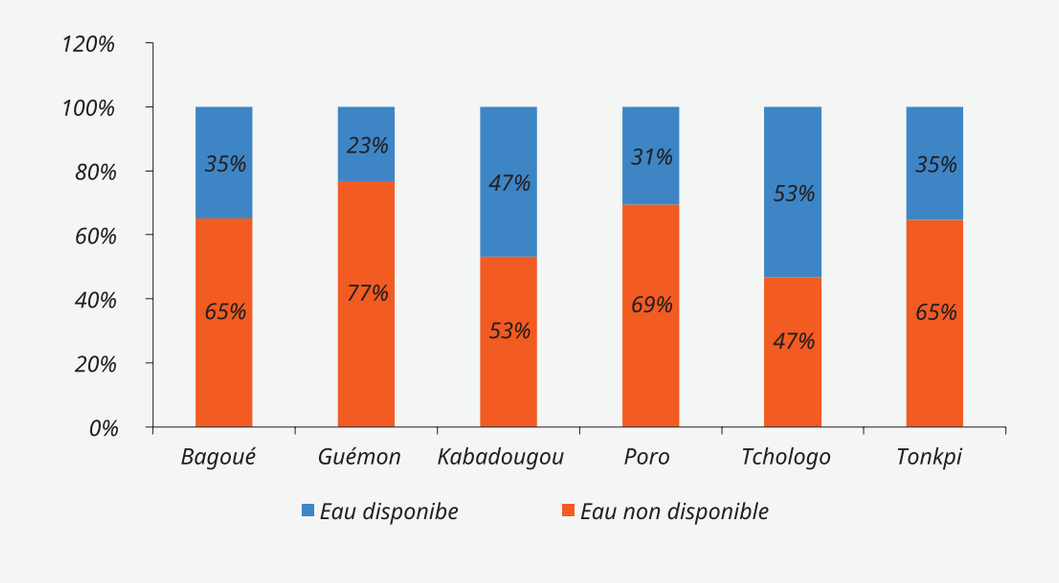

***Figure 20** : Disponibilité de l'eau dans les salles de soins par Région prioritaire*

4.2.1.7. Disponibilité de postes de puisage d'eau pour les patients

En général, dans plus de la moitié des EPS visités (54 %) des six (06) Régions sanitaires prioritaires, il existe des postes de puisage d'eau pour les patients et accompagnants. Cette disponibilité de postes de puisage d'eau pour les patients et accompagnants est observée dans la totalité (100 %) des EPS du niveau 2 de la pyramide sanitaire. Pour les établissements de soins du niveau 1, il est enregistré 56 % qui disposent de postes de puisage pour patients et accompagnants contre 44 % établissements de soins qui n'en disposent pas (***Tableau V***).

***Tableau V** : Répartition des EPS des Régions sanitaires (RS) prioritaires en fonction de la disponibilité de postes de puisage d'eau pour les patients et accompagnants*

Modalités	RS prioritaires	Niveau 1	Niveau 2
Existence de postes de puisage pour patients	54 %	56 %	100 %
Inexistence de postes de puisage pour patients	46 %	44 %	0 %

La figure 21 présente la répartition de cet indicateur en fonction de chacune des Régions sanitaires prioritaires. La Région sanitaire du Kabadougou renferme plus d'établissements (67 %) où il existe des postes de puisage d'eau pour les patients et accompagnateurs de patients. La proportion la plus faible (47%) est observée dans la Région sanitaire du Poro.

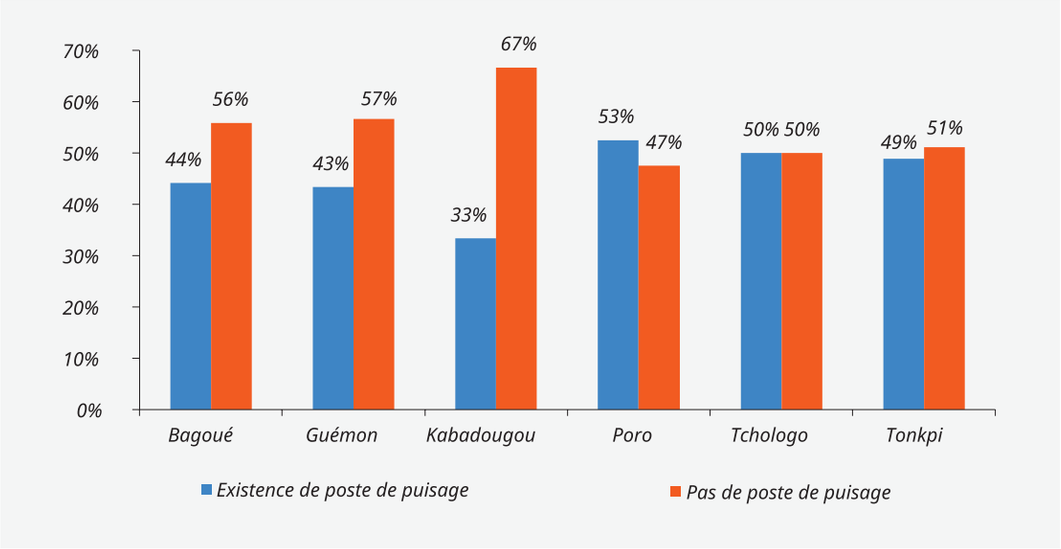

***Figure 21** : Existence de postes de puisage pour les patients par Région prioritaire*

4.2.1.8. Accès aux services de base d'approvisionnement en eau

Afin d'estimer la couverture des services de base d'approvisionnement en eau dans les EPS visités, une analyse supplémentaire a été effectuée sur la base de la disponibilité de l'eau dans les salles de soins, de la typologie des sources d'approvisionnement en eau et de l'emplacement des points d'eau.

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires

L'enquête révèle que dans l'ensemble des six (06) Régions prioritaires, seuls 32 % des EPS disposent de services de base d'approvisionnement en eau (***Figure 22***). Cela signifie que l'eau est disponible sur place dans l'EPS et qu'elle provient d'une source améliorée (eau courante issue du RéPEP de la SODECI et/ou Forage/PMH). Près de 60 % des EPS sont dotés de services limités d'approvisionnement en eau. Environ 10 % des EPS ne sont pourvus d'aucun service d'approvisionnement en eau, c'est-à-dire que l'eau provient d'une source non améliorée (puits traditionnels non protégés) située à plus de 500 m de l'EPS.

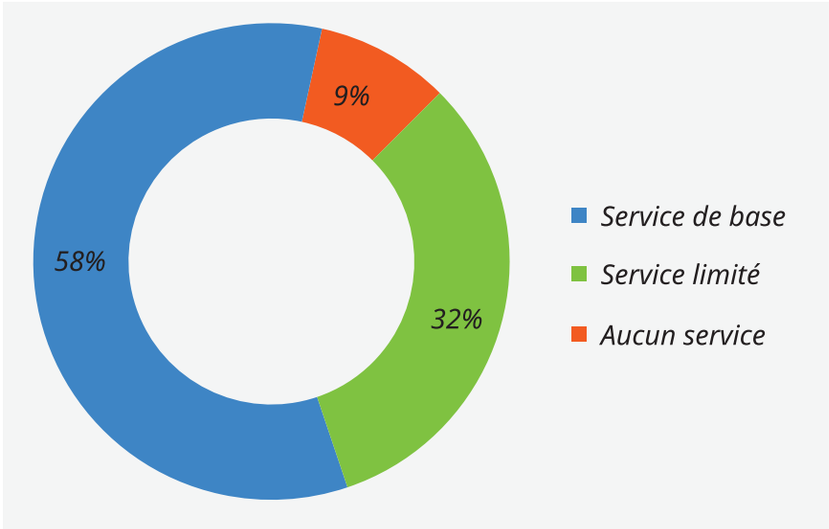

***Figure 22** : Proportion des EPS relativement aux échelles de services d'eau dans l'ensemble des six (06) Régions prioritaires*

Au niveau de la pyramide sanitaire

Des disparités sont toutefois observées entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Seuls 29 % des EPS du niveau 1 disposent de services de base d'approvisionnement en eau contre 90 % des EPS du niveau 2 qui en disposent (*Figure 23*). Au premier niveau de la pyramide sanitaire, six (06) établissements sur dix (10) sont équipés de services limités d'approvisionnement en eau. Il n'existe pas d'EPS du niveau 2 pourvus d'aucun service d'approvisionnement en eau comparativement au niveau 1 où 10 % des EPS sont dépourvus de services d'approvisionnement en eau.

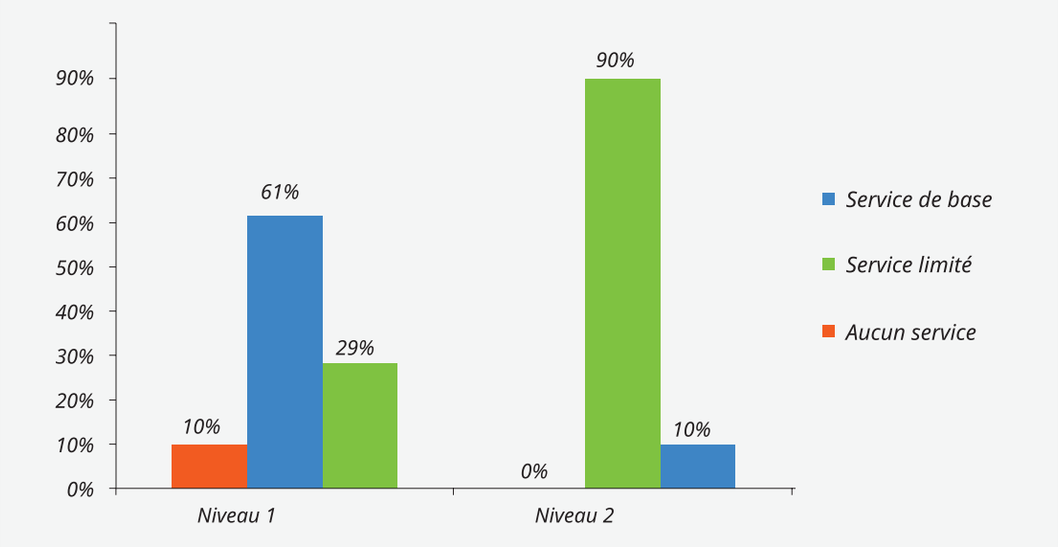

Figure 23 : Proportion des EPS en fonction des services d'eau dans les six (06) régions prioritaires suivant les niveaux de la pyramide sanitaire

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires

L'analyse par région prioritaire de l'accès au service d'accès à l'eau est présentée par la figure ci-dessous. Il ressort que dans chacune des 06 régions prioritaires moins de la moitié dans EPS à un service de base en eau. Cependant, les régions sanitaires avec les taux de service de base les plus élevées sont celles du Tchologo (44%) et du Kabadougou (42%). Les régions sanitaires les moins nanties en service de base sont le Guémon (22%) et Poro (28%).

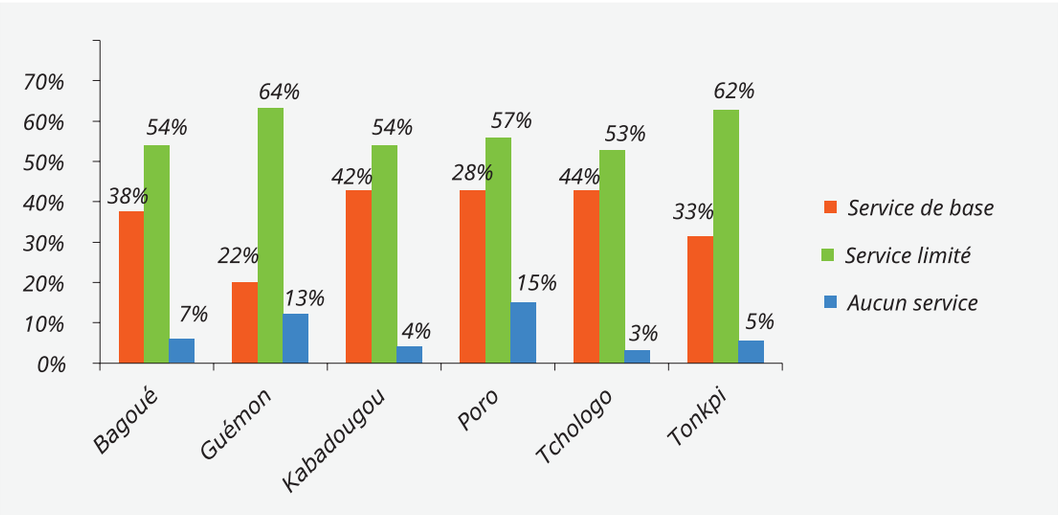

Figure 24 : Proportion des EPS en fonction des services d'eau dans chacune des six (06) Régions prioritaires

4.2.2. Accès à l'assainissement

4.2.2.1. Existence et typologie des infrastructures

Existence d'infrastructures d'assainissement dans les EPS

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires
Au cours de l'enquête, il a été constaté que les principales infrastructures d'assainissement utilisés dans les EPS sont des latrines.

Il ressort que dans l'ensemble des six (06) Régions sanitaires prioritaires, 12 % des EPS ne disposent d'aucune latrine pour la gestion des excréta. Aussi, dans 18 % des établissements de soins, n'existe-t-il pas de latrines réservées aux patients.

Au niveau de la pyramide sanitaire
Tenant compte de la pyramide sanitaire, l'enquête révèle que tous les établissements de soins du niveau secondaire disposent de latrines contre 87 % des établissements de soins appartenant au niveau primaire (*Figure 25*). Seulement 13 % des EPS du niveau 1 de l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires ne disposent d'aucune latrine en leur sein.

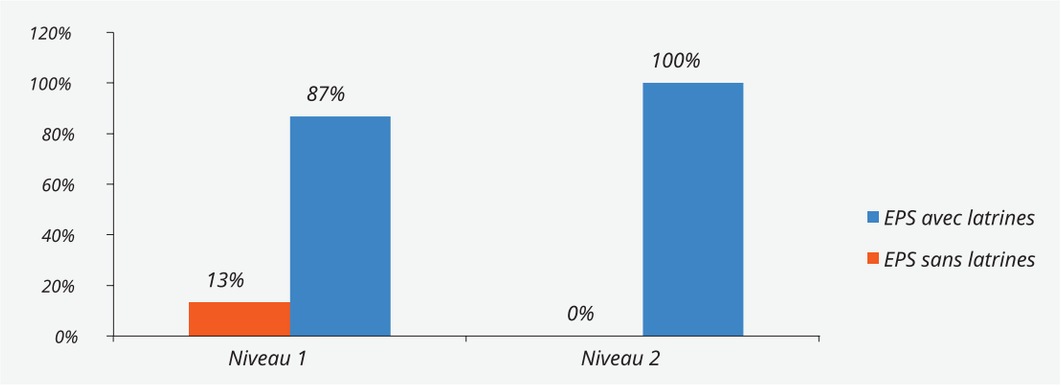

Figure 25 : Existence de latrines dans les des six (06) Régions sanitaires prioritaires en fonction de la pyramide sanitaire

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires
La répartition par Région sanitaire montre qu'au moins trois (03) établissements de soins sur quatre (04) disposent de latrines dans chacune des Régions. La proportion varie de 75 % dans la Région sanitaire du Poro à 96 % dans celle de la Bagoué (*Figure 26*). Les Régions sanitaires du Poro et du Tchologo renferment les taux relativement plus élevés d'EPS ne disposant pas de latrines, respectivement 25 % et 18 %.

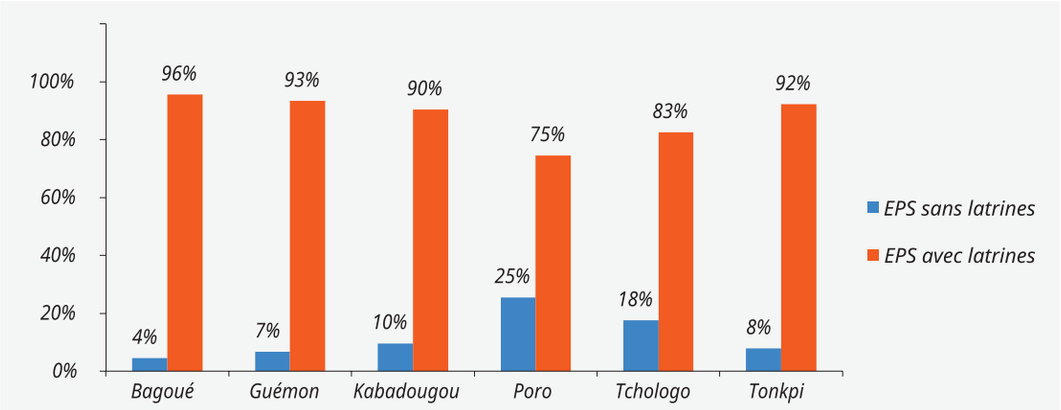

Figure 26 : Répartition des EPS (EPS) par Région sanitaire en fonction de l'existence de latrines

En dehors des latrines, 70 % des EPS renferment des espaces dédiés uniquement à la miction dans l'ensemble des six (06) Régions sanitaires prioritaires. Pour ces EPS, 64 % des espaces sont situés dans l'enceinte de l'établissement (*Figure 27*).

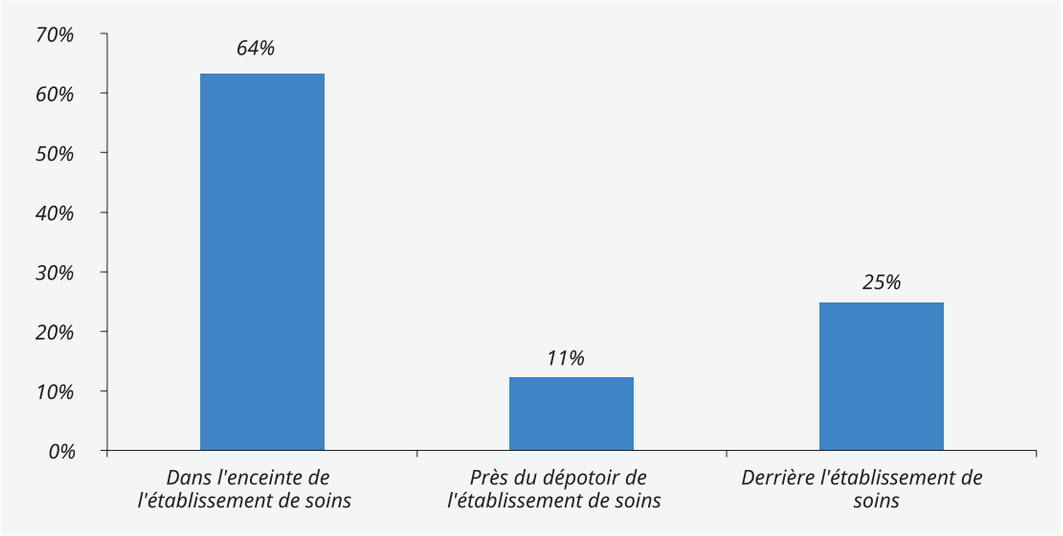

Figure 27 : *Existence de lieu de miction dans les établissements publics (EPS) des six (06) Régions sanitaires prioritaires de soins*

Typologie des latrines dans les EPS

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires

La figure 28 montre les types de latrines disponibles dans les EPS des six (06) régions sanitaires prioritaires. Les latrines les plus fréquentes sont les latrines traditionnelles, qui se retrouvent dans plus de 57 % des EPS. Elles sont suivies des toilettes à chasse manuelle (TCM) dans 38 % des cas. Les latrines VIP (05 %) se font rares dans les EPS visités. Près de six (06) latrines sur dix (10) enregistrées sont considérées comme non améliorées (latrines traditionnelles).

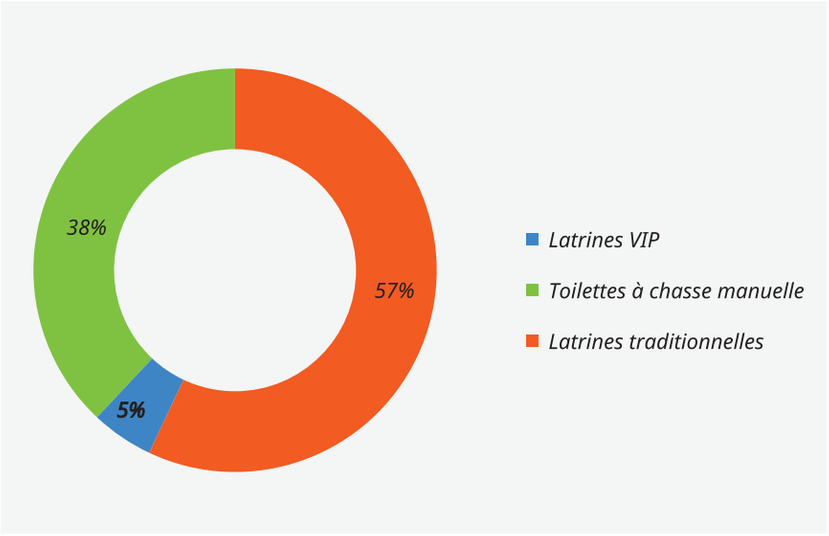

Figure 28 : *Types de latrines dans les EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

Au niveau de la pyramide sanitaire
La répartition des types de latrines suivant les différents niveaux de la pyramide sanitaire montre que les latrines traditionnelles sont utilisées dans plus de la moitié (56 %) des EPS du niveau 1. Elles sont suivies des toilettes à chasse manuelle (TCM) auxquelles ont recours 38 % des EPS du même niveau (Figure 29).

Par contre, au niveau secondaire de la pyramide sanitaire, les TCM sont les plus utilisées ; près de 80 % des EPS y ont recours. Par ailleurs, les latrines VIP ne sont pas utilisées au niveau 2 de la pyramide sanitaire.

Il ressort donc qu'au niveau secondaire de la pyramide sanitaire, seul deux (02) établissements de soins sur dix (10) utilisent des latrines non améliorées, contrairement au niveau 1 où plus de la moitié des EPS (55 %) ont recours aux latrines non améliorées.

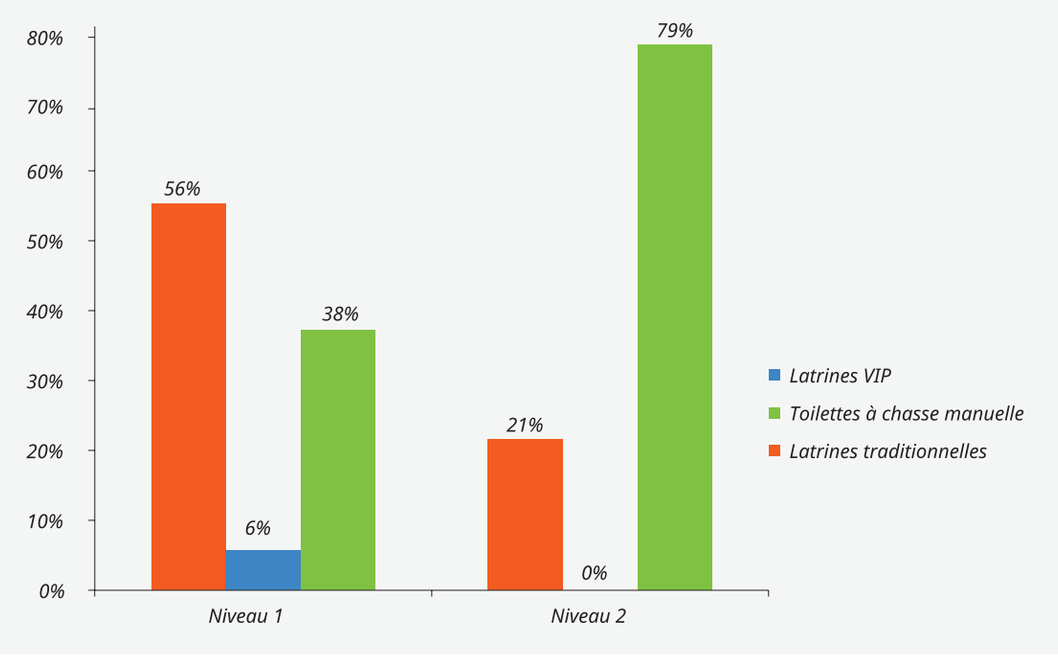

***Figure 29** : Répartition des types de latrines des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires selon la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires
La répartition par Région sanitaire des types de latrines existantes dans les EPS est illustrée par la figure 30. Les latrines traditionnelles, non améliorées, sont les plus utilisées (environ 60 % des EPS) dans quatre (04) des six (06) Régions sanitaires prioritaires : Bagoué (62 %), Poro (61 %), Tonkpi (60 %) et Guémon (57 %). Les toilettes à chasse manuelle (TCM) sont les seconds types de latrines utilisées dans ces Régions sanitaires exceptée la Région sanitaire du Guémon où les latrines VIP viennent en deuxième position.

Contrairement au constat précédent, dans les Régions sanitaires du Kabadougou et du Tchologo, les TCM, considérées comme des latrines améliorées, sont les plus utilisées, respectivement 74 % et 63 % des établissements de soins ensuite viennent les latrines traditionnelles non améliorées auxquelles ont recours 38 % des établissements de soins dans la Région sanitaire du Tchologo et 21 % dans la Région sanitaire du Kabadougou.

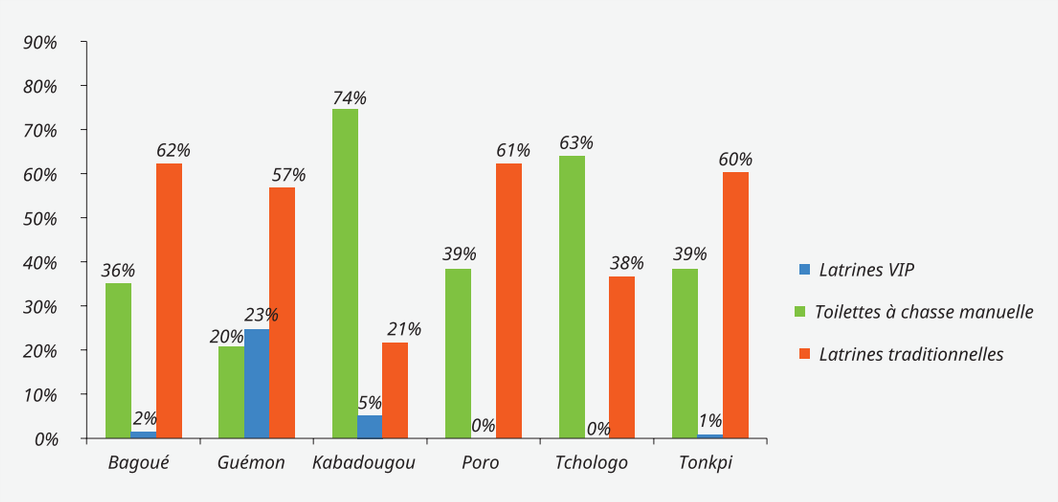

***Figure 30** : Répartition des types de latrines existantes dans les EPS par Région sanitaire*

La Figure 31 illustre quelques types de latrines enregistrés dans les EPS des six (06) régions prioritaires.

***Figure 31** : Vue de quelques latrines existantes dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

4.2.2.2. Etat de fonctionnement et hygiène des latrines

Fonctionnalité des latrines dans les EPS

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires

La figure 32 montre la répartition des EPS en fonction de l'état de fonctionnement des latrines observées dans les EPS de l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires. Les résultats de l'enquête révèlent que deux (02) EPS sur dix (10) ne disposent d'aucune latrine fonctionnelle. Cependant, plus de la moitié des établissements de soins renferment des latrines fonctionnelles.

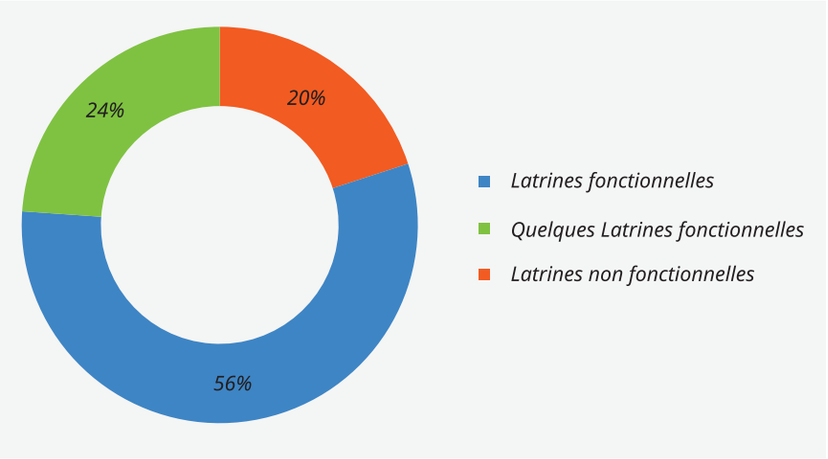

Figure 32 : *Répartition des établissements publics de soins de l'ensemble des six (06) Régions sanitaires prioritaires selon la fonctionnalité des latrines*

Au niveau de la pyramide sanitaire

En fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire, il est constaté que la proportion des EPS du niveau 2 disposant de latrines non fonctionnelles restent faibles (6 %) comparativement au niveau 1 où cette proportion est de 17 % (***Figure 31***). Cependant, la proportion la plus élevée d'EPS ayant des latrines fonctionnelles (62 %) est observées au niveau 1 de la pyramide sanitaire. Concernant le niveau 2, environ un (01) établissement de soins sur deux (02) renferme des latrines fonctionnelles (***Figure 33***).

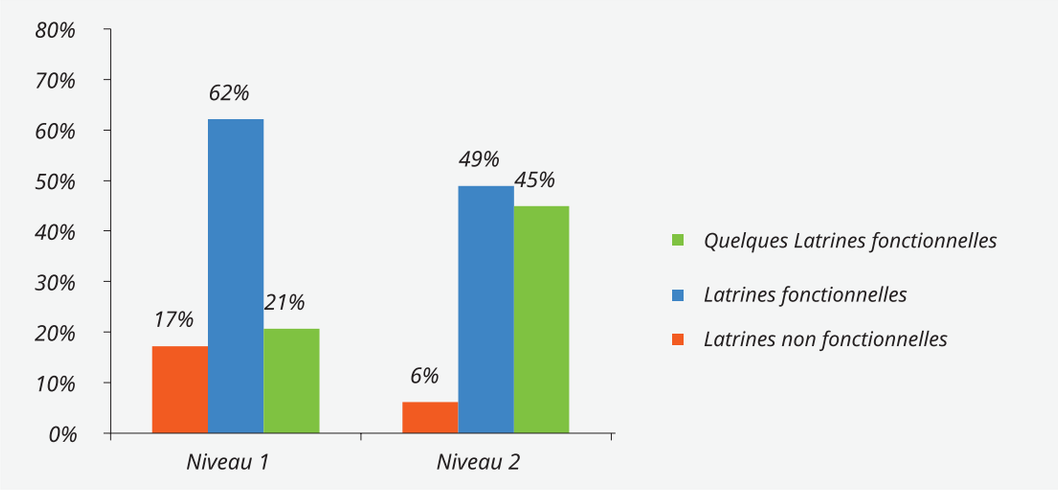

Figure 33 : *Fonctionnalité des latrines des établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires en fonction de la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires

La répartition par Région sanitaire prioritaire, illustrée par la figure 34, montre que la proportion des EPS ne disposant pas de latrines fonctionnelles est notable. Elle varie entre 15 % (Régions sanitaires du Guémon, du Kabadougou et du Tchologo) et 27 % (Région sanitaire de la Bagoué). Toutefois, dans chacune de ces Régions sanitaires prioritaires, il est observé que plus de la moitié des EPS renferment des latrines fonctionnelles, exceptée les Régions sanitaires de la Bagoué (45 %) et du Poro (49 %). En effet, pour les autres Régions sanitaires, le taux d'EPS disposant de latrines fonctionnelles varie de 55 % (Région sanitaire du Kabadougou) à 67 % (Région sanitaire du Tchologo) (***Figure 34***).

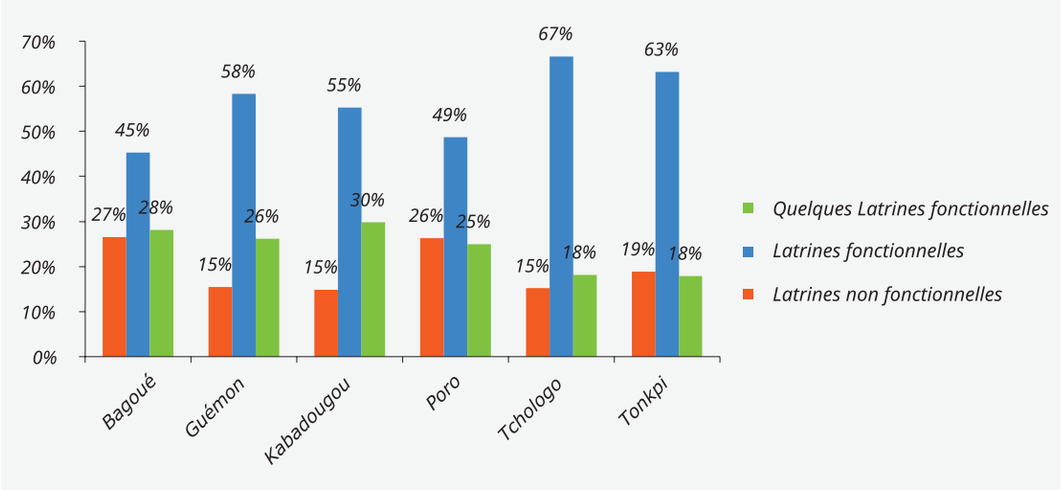

***Figure 34** : Répartition des établissements publics de soins par Région sanitaire selon la fonctionnalité des latrines*

Hygiène des latrines dans les établissements publics de soins

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires

L'un des problèmes les plus fréquents qui se posent au niveau des latrines, outre l'état de fonctionnement, est l'état hygiénique qui est fortement liée à leur fonctionnalité.

Dans l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires, plus de la moitié des EPS ne disposent pas de latrines hygiéniques (54 %). Seuls trois (03) EPS sur dix (10) renferment en leur sein des latrines hygiéniques (***Figure 35***).

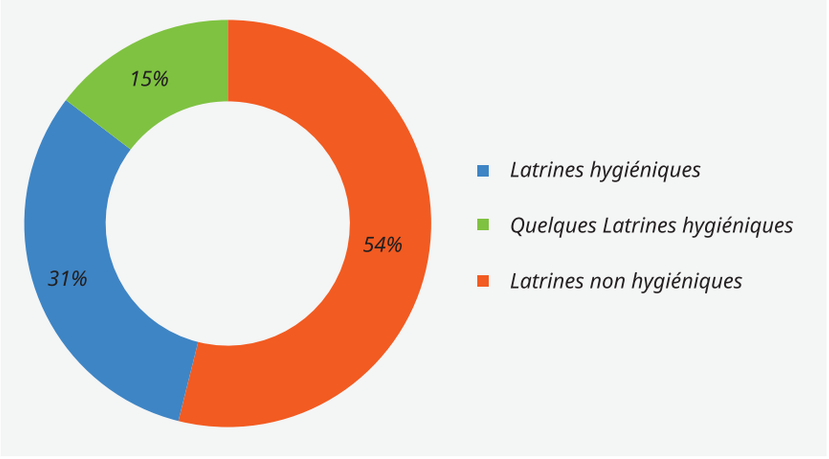

***Figure 35** : Etat d'hygiène des latrines dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires

Au niveau de la pyramide sanitaire

Conformément aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, l'enquête révèle que près de la moitié (48 %) des EPS du niveau 1 ne disposent pas de latrines hygiéniques. Seuls près de deux (02) EPS sur cinq (05) du niveau primaire de la pyramide (39 %) renferment des latrines hygiéniques (***Figure 36***). Le taux d'EPS où il existe des latrines non hygiéniques est également notable (27 %) au niveau 2 de la pyramide sanitaire. A ce niveau secondaire, seul 34 % des EPS disposent de latrines hygiéniques.

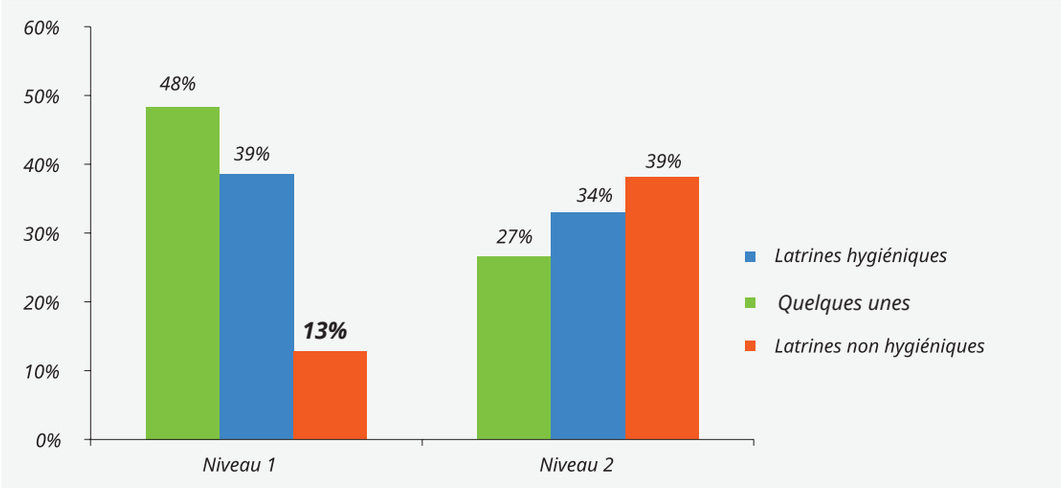

Figure 36 : *Répartition des établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires par niveau de la pyramide sanitaire selon l'état d'hygiène des latrines*

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires

Considérant séparément chacune des Régions sanitaires prioritaires, la proportion des EPS ne disposant pas de latrines hygiéniques oscille entre 24 % dans la Région sanitaire du Kabadougou et 82 % dans la Région sanitaire du Tchologo (***Figure 37***). Cette dernière Région sanitaire est suivie de la Région sanitaire du Guémon où sept (07) EPS sur dix (10) ne renferment pas de latrines hygiéniques (70 %).

Seul dans la Région sanitaire du Kabadougou au moins un (01) EPS sur deux (02) dispose de latrines hygiéniques (53 %). Elle est suivie de la Région sanitaire du Poro avec 44 % des EPS qui ont des latrines hygiéniques.

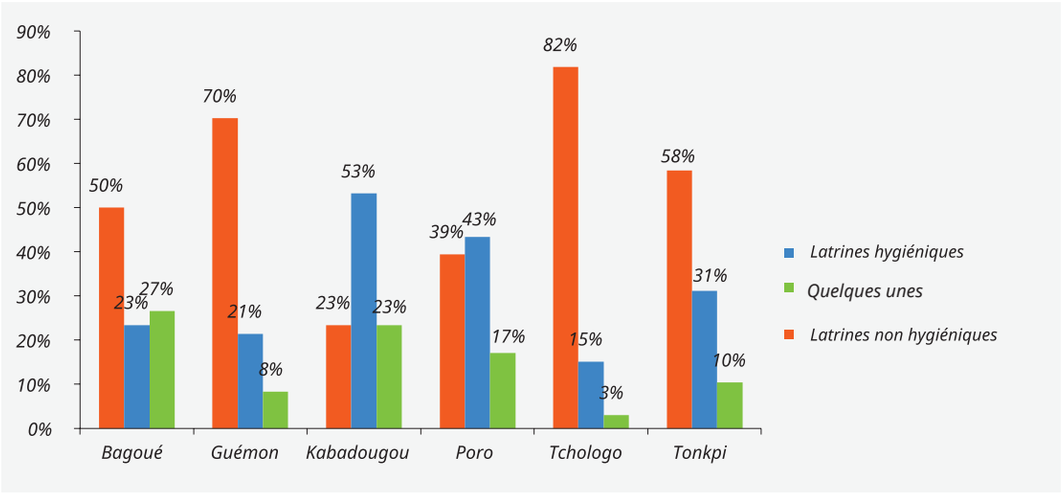

Figure 37 : *Répartition des établissements publics de soins de chacune des six (06) Régions prioritaires en fonction de l'état hygiénique des latrines*

Ci-dessous, une illustration de latrines non hygiéniques enregistrées dans les EPS des six (06) régions prioritaires (***Figure 38***).

***Figure 38** : Vue de latrines non hygiéniques enregistrées dans les EPS des six (06) Régions prioritaires*

4.2.2.3. Rapports de genre dans l'usage des latrines

Dans 78 % des EPS des six (06) régions sanitaires prioritaires, les latrines ne sont pas séparées par sexe (latrine pour homme - latrine pour femme).

Au niveau de la pyramide sanitaire

L'analyse en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire révèle les mêmes tendances. En effet, dans la plupart des EPS des niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire il n'y a pas de séparation des latrines existantes par sexe pour leur usage, respectivement 77 % et 71 % (***Figure 39)***.

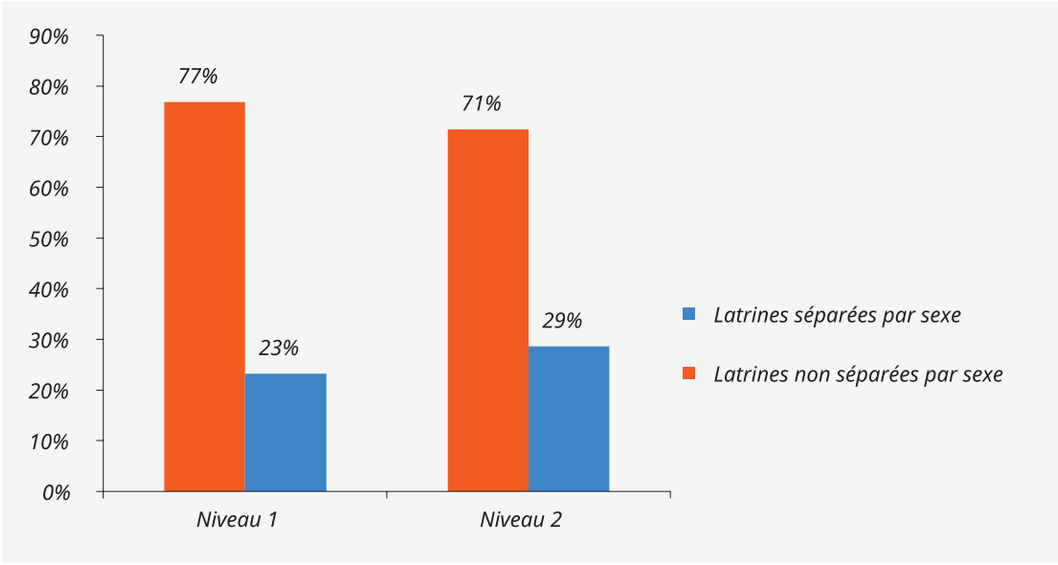

***Figure 39** : Séparation par sexe des latrines existantes dans les EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires selon la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires

La répartition par région sanitaire prioritaire est illustrée par la figure 40. Les proportions des EPS où les latrines ne sont pas séparées par sexe pour leur utilisation demeurent très élevées, surtout dans les Régions sanitaires de la Bagoué, du Poro, du Tchologo et du Tonkpi. Dans ces Régions sanitaires, les proportions varient de 79 % à 97 %.

Par contre, dans les régions sanitaires du Guémon et du Kabadougou, l'usage des latrines est séparé dans presque la moitié (45 %) des établissements de soins.

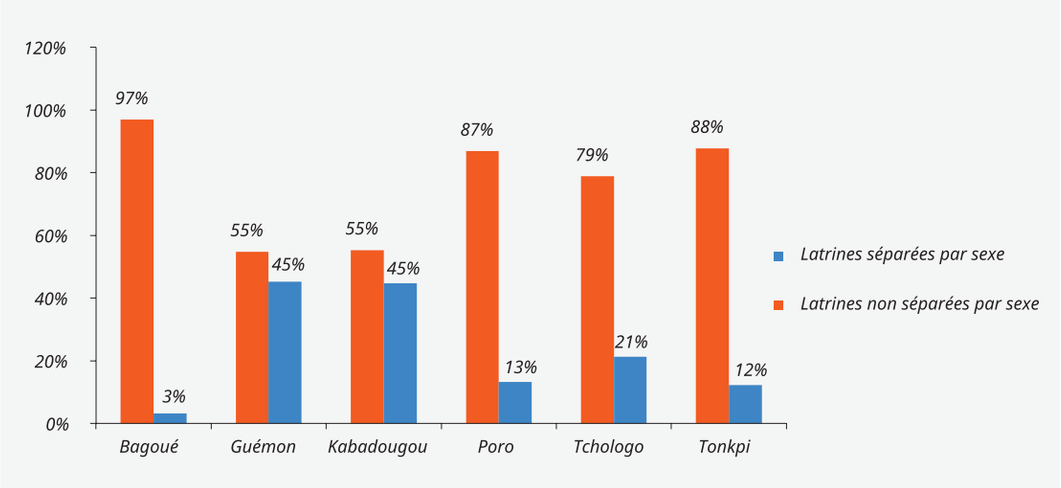

***Figure 40** : Séparation par sexe des latrines existantes dans les EPS dans chacune des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

Par ailleurs, dans l'ensemble des EPS de chacune des six (06) régions sanitaires prioritaires, il a été constaté que huit (08) établissements sur dix (10) disposent de latrines réservées aux patients (82 %). Mais, ces latrines ne sont pas séparées par sexe dans 69 % des cas.

Ce pourcentage élevé, à tous les niveaux, de latrines non séparées entre homme et femme pour leur utilisation s'explique par l'insuffisance du nombre des latrines existantes dans les EPS visités des six (06) Régions sanitaires prioritaires.

4.2.2.4. Accès aux services de base d'assainissement

Des analyses supplémentaires ont été effectuées en vue d'évaluer la couverture des services de base d'assainissement selon la typologie des infrastructures sanitaires, de l'existence de latrines réservées aux personnels de soins et de la séparation des latrines par genre.

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires

Il ressort qu'aucun établissement public de soins (EPS) n'est pourvu de services de base d'assainissement dans l'ensemble des six (06) Régions prioritaires. Plus de la moitié des EPS visités (55 %) ne disposent d'aucun service d'assainissement (*Figure 41*). Seuls les 45 % restants d'EPS sont pourvus de services limités d'assainissement.

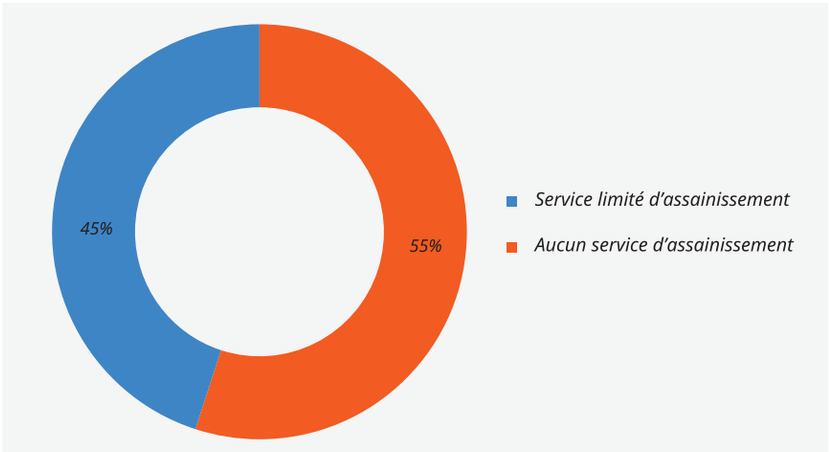

***Figure 41** : Proportion des établissements publics de soins en fonction des services d'assainissement dans l'ensemble des six (06) Régions prioritaires*

Au niveau de la pyramide sanitaire
La répartition suivant les niveaux de la pyramide sanitaire révèle des disparités entre les niveaux primaire et secondaire. Près de six (06) EPS sur dix (10) visités (57 %) du niveau 1 ne disposent d'aucun service de base d'assainissement contre seulement 14 % des EPS du niveau 2 qui n'en disposent pas (*Figure 42*). Pour le niveau primaire, seulement 43 % des EPS sont pourvus de services limités d'assainissement comparativement au niveau secondaire où près de neuf (09) établissements sur dix (10) disposent de services limités d'assainissement.

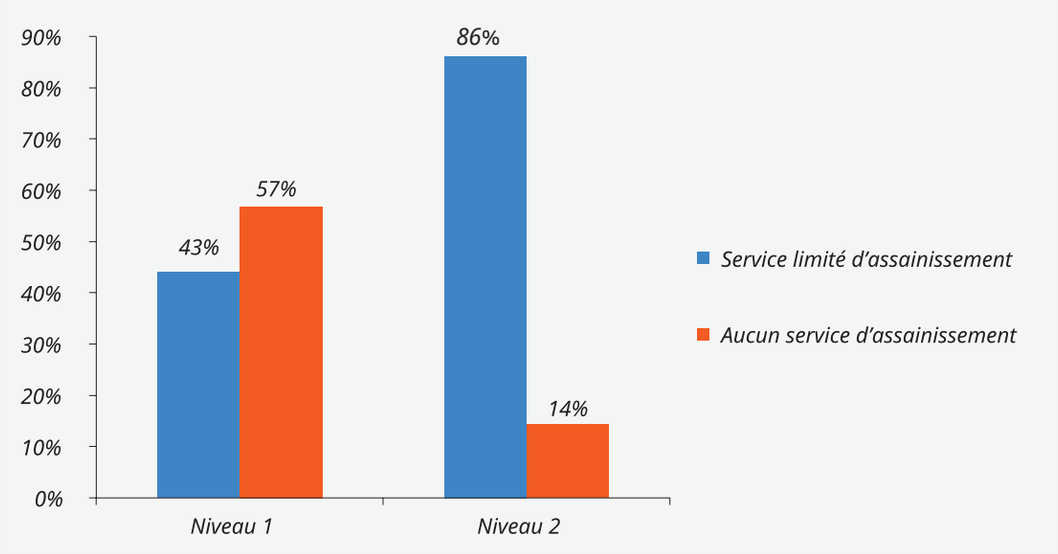

Figure 42 : Proportion des établissements publics de soins en fonction des services d'assainissement dans les six (06) régions prioritaires suivant les niveaux de la pyramide sanitaire

4.2.3. Accès aux infrastructures d'hygiène

4.2.3.1. Existence et typologie des dispositifs de lavage des mains

Existence de dispositifs de lavage des mains dans les EPS

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires
Les résultats de l'enquête révèlent la présence de dispositifs de lavage des mains (DLM) dans la quasi-totalité (95%) des EPS visités dans l'ensemble des six (06) Régions sanitaires prioritaires. Cette même proportion (95%) est observée dans les EPS du niveau 1 de la pyramide sanitaire. Au niveau 2, la totalité des EPS dispose de DLM en leur sein.

Toutefois, il convient de souligner que la proportion des EPS disposant de DLM était relativement plus faible (72 %) avant l'avènement de la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) survenue en Côte d'Ivoire en mars 2020.

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires
Dans chacune des six (06) Régions sanitaires prioritaires, il est observé qu'au moins six (06) établissement sur dix (10) disposent de DLM, exceptée la Région sanitaire du Kabadougou où plus de la moitié des EPS (55 %) ne dispose pas de DLM (*Figure 43*). En effet, dans ces cinq (05) Régions sanitaires, la proportion d'établissements de soins disposant de DLM oscille entre 61 % (Région sanitaire du Poro) et 95 % (Région sanitaire du Guémon). Cette dernière est suivie des Régions sanitaires du Tonkpi (88 %), du Tchologo (71 %) puis de la Bagoué (64 %).

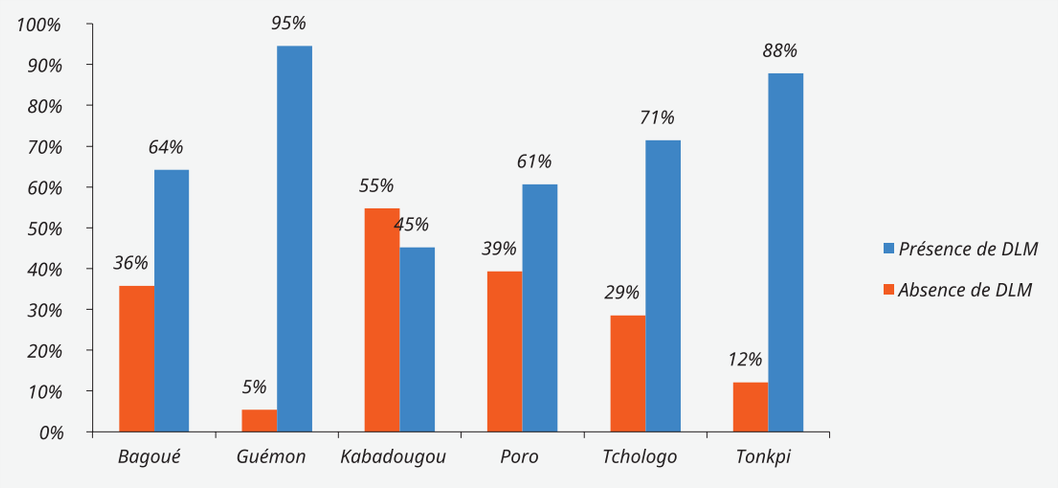

***Figure 43** : Présence de dispositifs de lavage des mains (DLM) dans les établissements publics de soins par Région sanitaire prioritaire*

Typologie des dispositifs de lavage des mains dans les établissements publics de soins

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires

Au cours de l'enquête, quatre (04) types de DLM ont été enregistrés dans les EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires. La figure 44 présente ces différents types de DLM observés. Par ordre de représentativité, il s'agit de :

- DLM constitué d'un seau de 20 à 100 L avec couvercle et équipé d'un robinet 1/4 de tour (84,4 %) ;
- Lavabo ordinaire de toilette avec un robinet associé (09,4 %) ;
- DLM composé d'un bidon de 20 L équipé d'un robinet 1/4 de tour (05,3 %) ;
- Tippy Tap (environ 01 %).

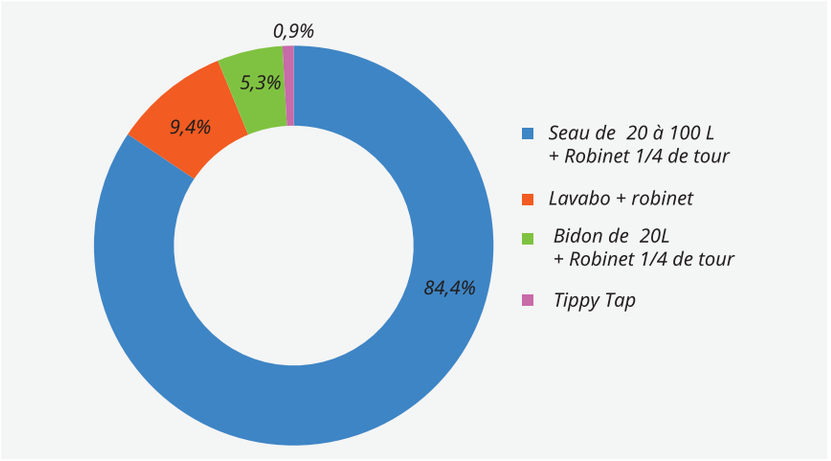

***Figure 44** : Types de dispositifs de lavage des mains dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

Au niveau de la pyramide sanitaire

L'analyse des résultats en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire, indique qu'au niveau 1, près de neuf (09) EPS sur dix (10) sont équipés de DLM constitué de seaux de 20 à 100 L avec couvercle et équipés d'un robinet 1/4 de tour (***Figure 45***). Les lavabos équipés de robinet (08 %), les DLM composés de bidons de 20 L équipés d'un robinet 1/4 de tour (05 %) et les Tippy Tap (01 %) y sont faiblement utilisés.

Par contre, au niveau 2 de la pyramide sanitaire, deux (02) types de DLM sont les plus utilisés les EPS. En premier lieu les DLM constitués de seaux de 20 à 100 L avec couvercle et un robinet 1/4 de tour sont utilisés dans 63 % des EPS (*Figure 43*). Les lavabos équipés de robinet sont utilisés en seconde position dans 31 % des EPS. Aucun établissement de soins du niveau 2 de la pyramide sanitaire n'est équipé de Tippy Tap.

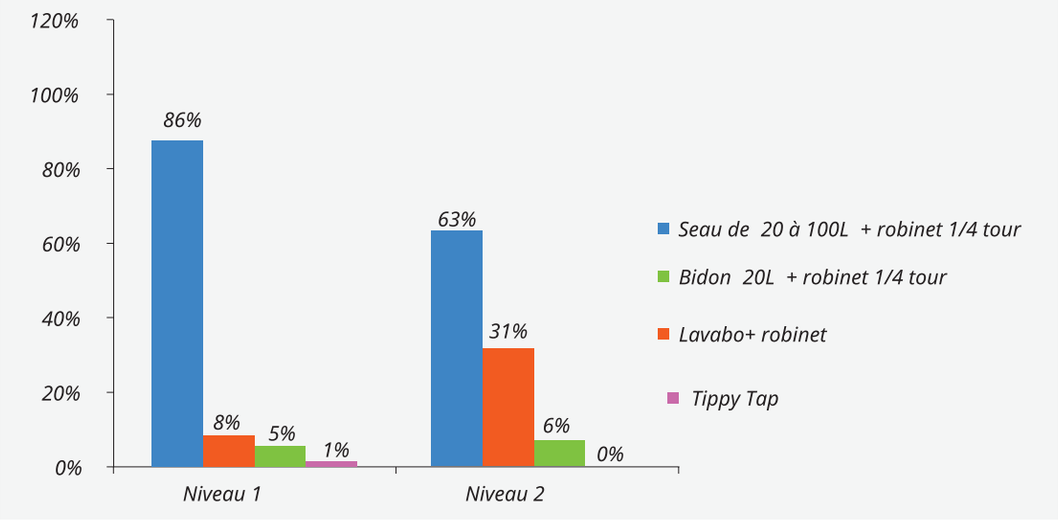

Figure 45 : *Répartition des dispositifs de lavage des mains des établissements publics de soins des six (06) Régions prioritaires selon la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires

La répartition des résultats par Région sanitaire montre qu'au moins de sept (07) EPS sur dix (10) sont équipés de DLM constitués de seaux de 20 à 100 L avec couvercle et un robinet 1/4 de tour. En effet, les proportions de ces EPS d'une Région sanitaire à l'autre varient de 65 % (Région sanitaire du Tchologo) à 91 % (Région sanitaire du Tonkpi). Les DLM de type "Lavabo+Robinet" sont installés plus secondairement dans les Régions sanitaires du Tchologo (27%), de la Bagoué (24 %) puis du Kabadougou (13 %). Quant aux DLM "Tippy Tap", ils ne sont utilisés que dans la Région sanitaire du Tonkpi (*Figure 46*).

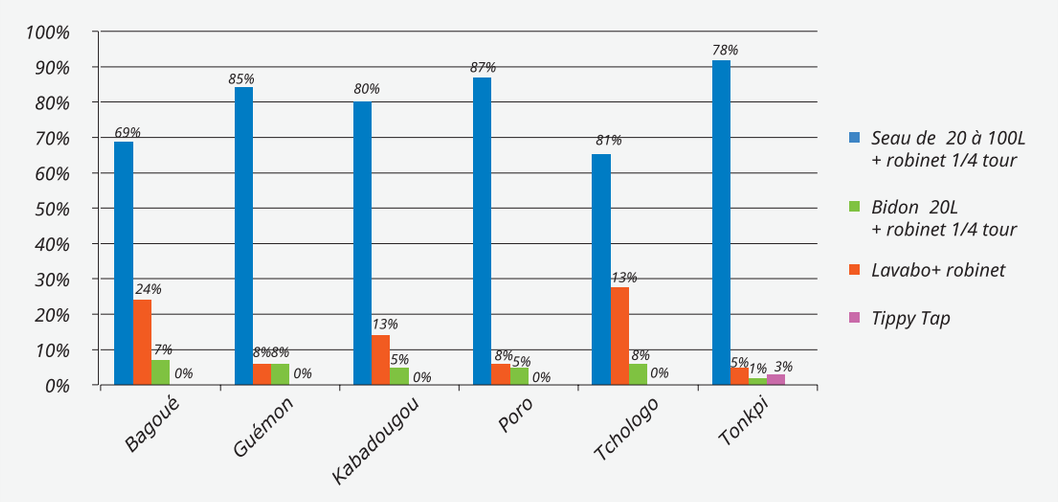

Figure 46 : *Répartition par région des dispositifs de lavage des mains des établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

Les différents types de dispositifs de lavage des mains sont illustrés par la figure 47.

***Figure 47** : Vue de quelques dispositifs de lavage des mains existants dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

4.2.3.2. Etat de fonctionnement des dispositifs de lavage des mains

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires

L'état de fonctionnement des DLM est illustré par la figure 48. Dans l'ensemble des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires, seul 08 % des DLM ne sont pas fonctionnels, c'est-à-dire qu'il y a absence d'eau et/ou de savon ou détergent. On enregistre donc une forte proportion (84 %) de DLM fonctionnels dans les EPS visités (présence d'eau et/ou de savon ou détergent).

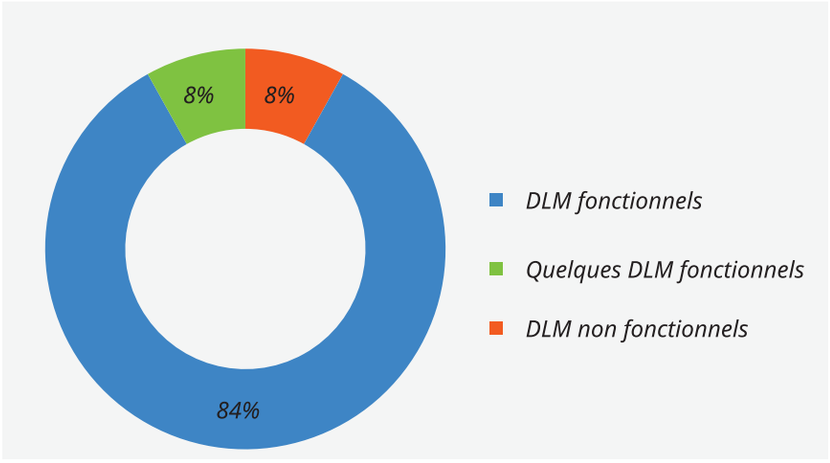

***Figure 48** : Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains dans les l'ensemble des établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

Au niveau de la pyramide sanitaire

Suivant les différents niveaux de la pyramide sanitaire, le niveau 2 referment plus d'établissements (14 %) avec des DLM non fonctionnels comparativement au niveau 1 qui présente un faible taux d'EPS disposant de DLM non fonctionnels (***Figure 49***).

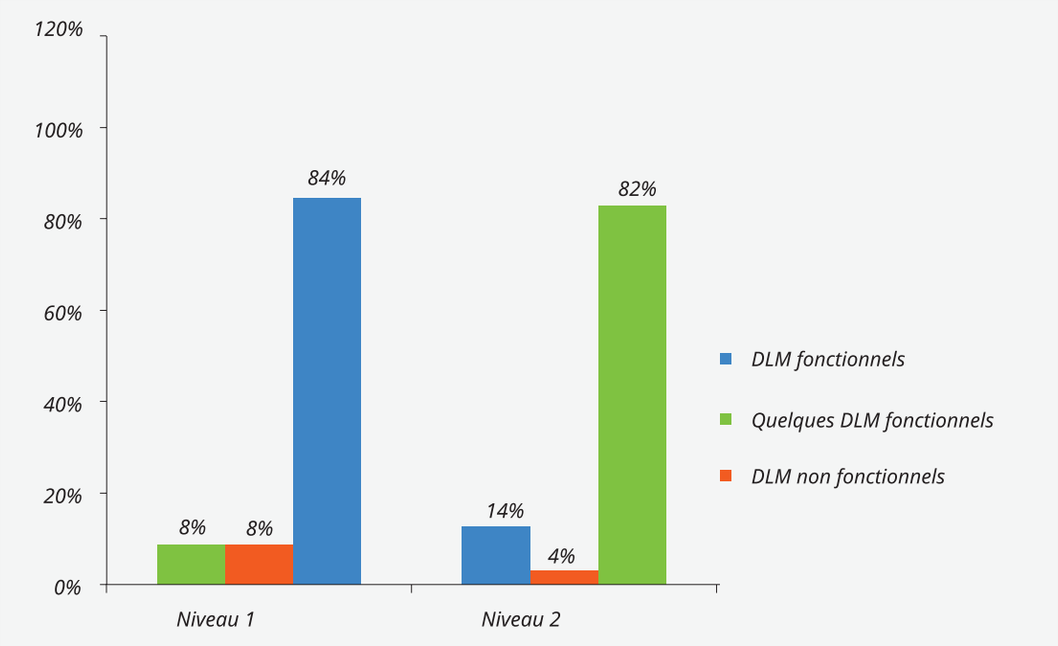

***Figure 49** : Proportion des établissements publics de soins selon l'état de fonctionnement des dispositifs de lavage des mains selon la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires

Dans chacune des six (06) Régions sanitaires prioritaires, il ressort que la proportion des établissements de soins disposant de DLM non fonctionnels oscille entre 05 % dans les Régions sanitaires de la Bagoué et du Tonkpi et 14 % dans la Région sanitaire Tchologo (***Figure 50***). Toutefois, dans la majorité des établissements de soins, les DLM sont fonctionnels (68 % à 91 %).

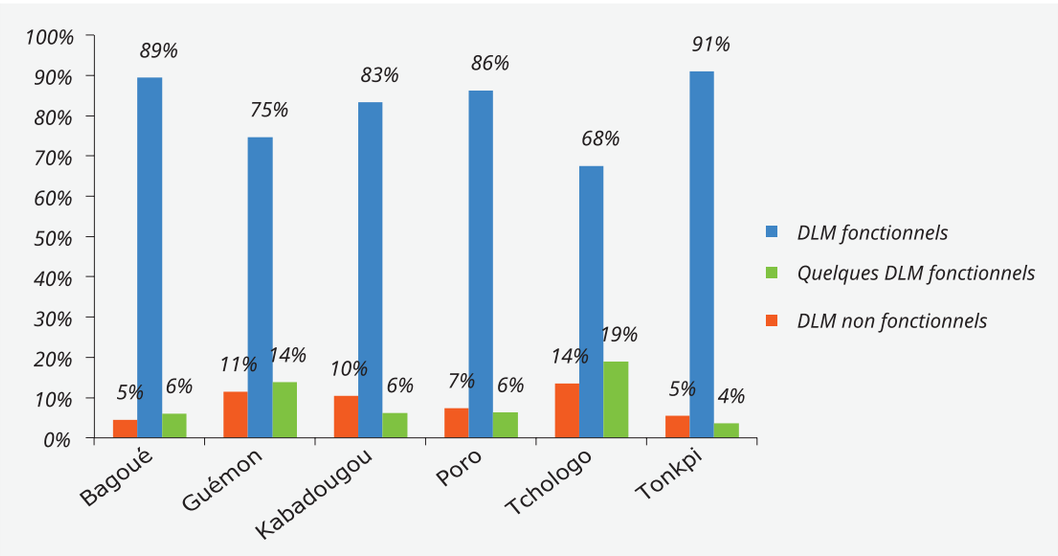

***Figure 50** : Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains dans les l'ensemble des établissements publics de soins par Région prioritaire*

Ci-dessous, une illustration de DLM non fonctionnels observés dans les EPS des régions sanitaires prioritaires (Figure 51).

***Figure 51** : Vue de dispositifs de lavage des mains (DLM) non fonctionnels observés dans les établissements publics de soins*

4.2.3.3. Sensibilisation à l'hygiène

Des actions d'éducation et de sensibilisation à l'hygiène sont effectuées dans certains des EPS (EPS) visités à travers des affiches. Dans l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires, 63 % des EPS adoptent cette pratique.

Au niveau de la pyramide sanitaire

Sur la base des différents niveaux de la pyramide sanitaire, les mêmes proportions sont observées (***Figure 52***).

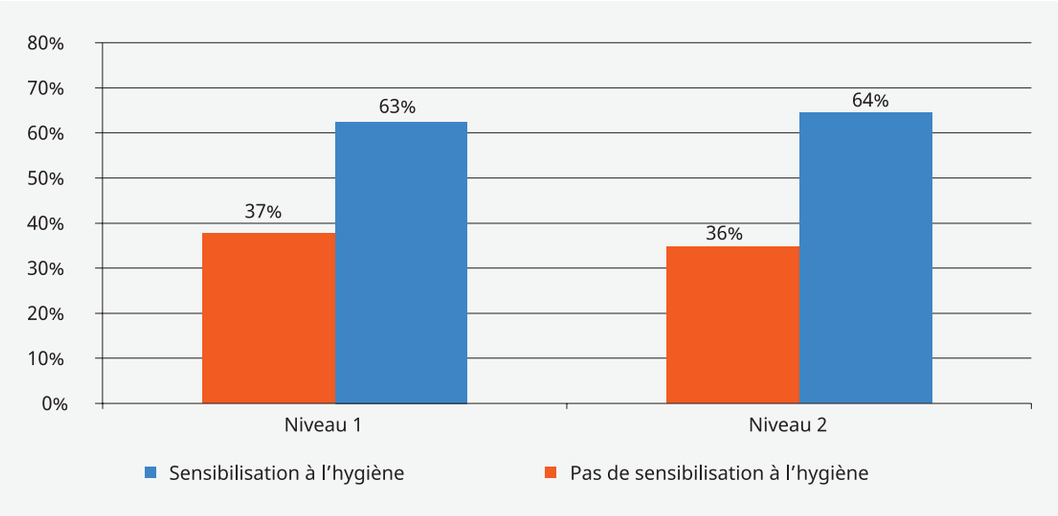

***Figure 52** : Proportion des établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires pratiquant la sensibilisation à l'hygiène*

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires

Avec un taux de 64% de réponses négatives, la Région sanitaire de la Bagoué est celle ou les actions de sensibilisation à l'hygiène sont moins réalisées dans les EPS (cf. ***Figure 53***). Par contre, au moins la moitié des établissements de soins procèdent à la sensibilisation sur l'hygiène dans les Régions sanitaires du Kabadougou (52 %) et du Poro (59 %). Dans chacune des trois (03) autres Régions sanitaires (Guémon, Tchologo et Tonkpi), sept (07) EPS au moins sur dix (10) mènent des actions de sensibilisation sur l'hygiène.

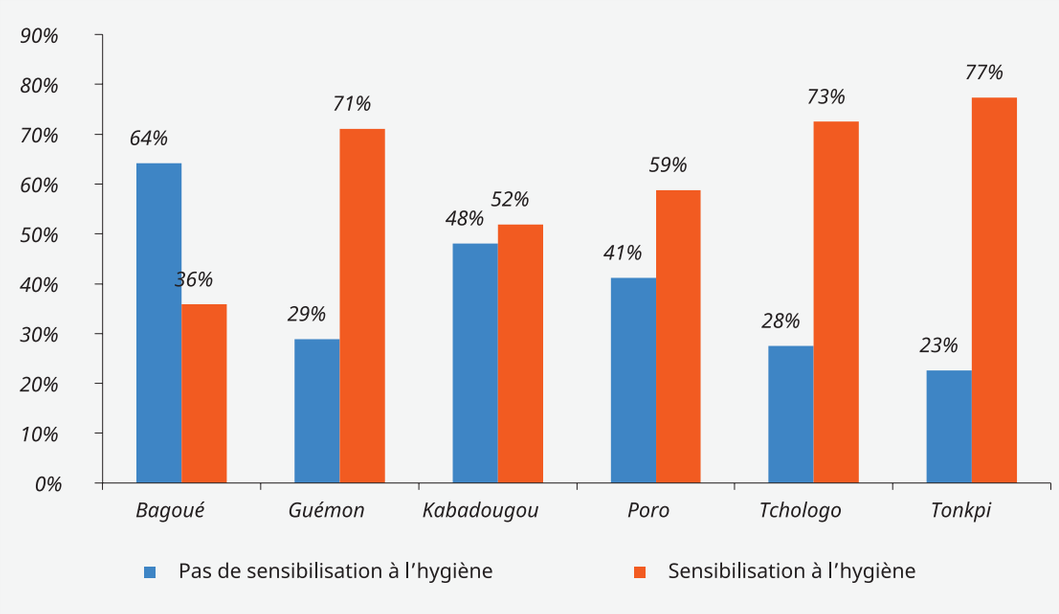

***Figure 53** : Sensibilisation à l'hygiène dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

Les principales thématiques abordées à travers les affiches de sensibilisation sont en autres :

- la pratique du lavage des mains à l'eau et au savon ainsi que la technique du lavage des mains, notamment la présentation des étapes du lavage des mains ;
- l'utilisation de la moustiquaire imprégnée pour la lutte contre le paludisme ;
- l'assainissement, en particulier l'assainissement de son environnement ;
- la gestion des déchets sanitaires, en particulier les déchets biomédicaux ;
- les mesures d'hygiène à adopter pour la prévention contre la maladie à coronavirus (COVID-19).

La figure 54 présente quelques affiches de sensibilisation en matière de bonnes pratiques d'hygiène.

***Figure 54** : Vue d'affiches de sensibilisation sur les bonnes pratiques d'hygiène dans les établissements publics de soins des six (06) Régions prioritaires*

4.2.3.4. Accès aux services de base d'hygiène

Afin de mettre en évidence le niveau d'accès aux services de base d'hygiène dans les EPS enquêtés, les analyses supplémentaires ont été faites conformément aux indicateurs tels que la disponibilité d'installations pour le lavage des mains avec de l'eau et au savon ou da la solution hydroalcoolique, dans les salles de soins.

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires

Les résultats révèlent que 12 % des EPS de l'ensemble des six (06) Régions prioritaires ne disposent d'aucun service d'hygiène (*Figure 55*). Environ neuf (09) établissements sur dix (10) enquêtés sont pourvus de services de base d'hygiène ou de services limités d'hygiène, les données collectées ne pouvant pas permettre la répartition de ces deux échelles de services d'hygiène. En effet, le questionnaire n'avait pas permis d'évaluer la présence de solution hydroalcoolique au lieu de prestation de soins.

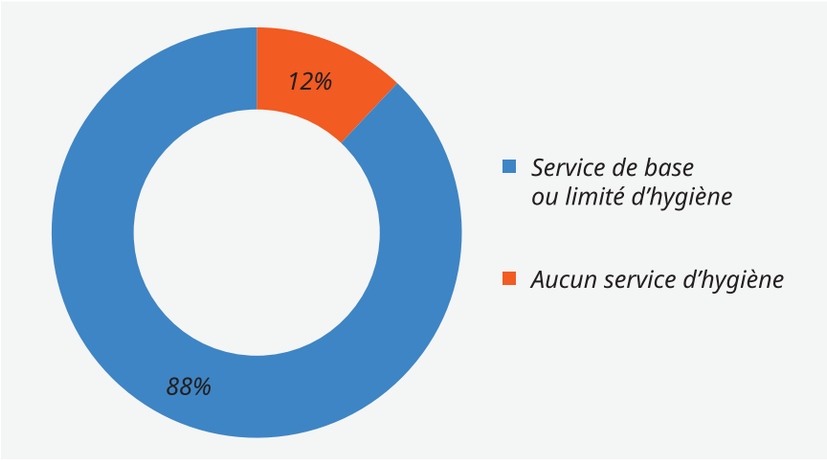

Figure 55 : Proportion des établissements publics de soins en fonction des services d'hygiène dans l'ensemble des six (06) Régions prioritaires

Au niveau de la pyramide sanitaire

L'analyse des différents niveaux de la pyramide sanitaire montre des proportions similaires quel que soit le niveau considéré (*Figure 56*).

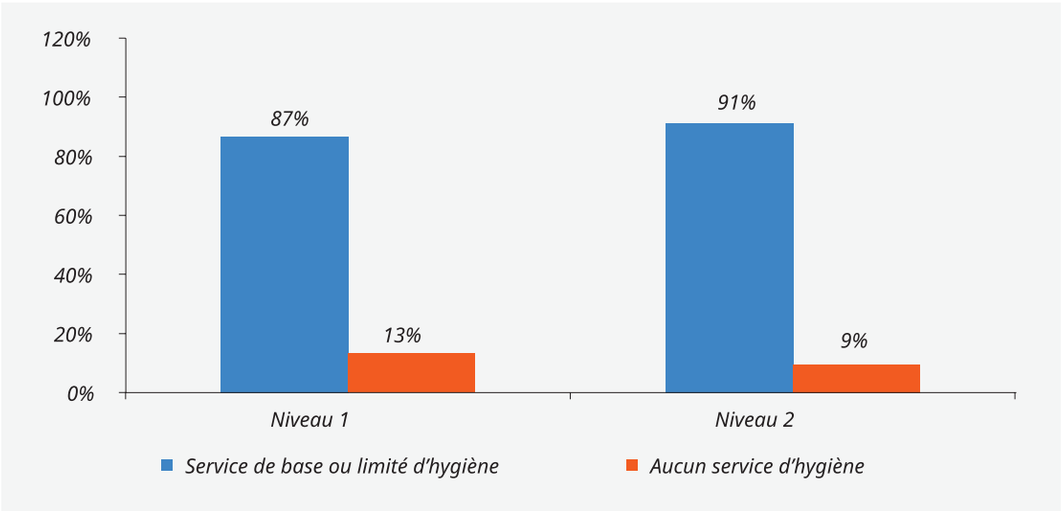

Figure 56 : Proportion des établissements publics de soins en fonction des services d'hygiène dans les six (06) Régions prioritaires suivant les niveaux de la pyramide sanitaire

4.2.4. Gestion des déchets sanitaires

4.2.4.1. Existence de système de gestion des déchets sanitaires

Existence de système de gestion des déchets sanitaires
Parmi les EPS enquêtés dans les six (06) Régions sanitaires prioritaires, seulement 20 % ne disposent pas d'un système de gestion adéquat des déchets sanitaires (soit 02 EPS sur 10), contrairement à la majorité (80 %) des EPS qui en dispose.
Au niveau de la pyramide sanitaire

L'analyse des données en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire ne montre aucune disparité entre les niveaux 1 et 2 (*Figure 57*). En effet, il est enregistré 20 % des établissements de soins qui ne disposent pas de système de gestion des déchets sanitaires au niveau primaire contre 19 % au niveau secondaire. Huit (08) EPS sur dix (10) visités disposent de système de gestion des déchets sanitaires produits.

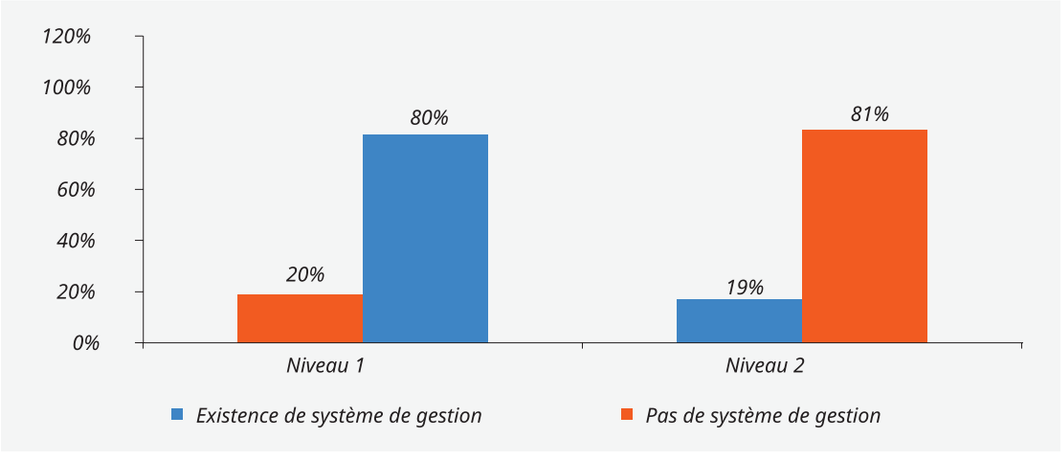

Figure 57 : Répartition des établissements publics de soins disposant d'un système de gestion des déchets sanitaires selon les niveaux de la pyramide sanitaire

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires
L'analyse par Région sanitaire révèle également qu'au moins huit (08) EPS sur dix (10) de chacune des Régions sanitaires prioritaires ont un système de gestion des déchets sanitaires, exceptée la Région sanitaire de la Bagoué où 41 % des EPS n'en dispose pas. Pour les cinq (05) autres Régions sanitaires, les proportions des EPS ne disposant pas de système de gestion adéquat des déchets sanitaires oscillent entre 09 % dans la Région sanitaire du Tonkpi et 22 % dans la Région sanitaire du Poro (*Figure 58*).

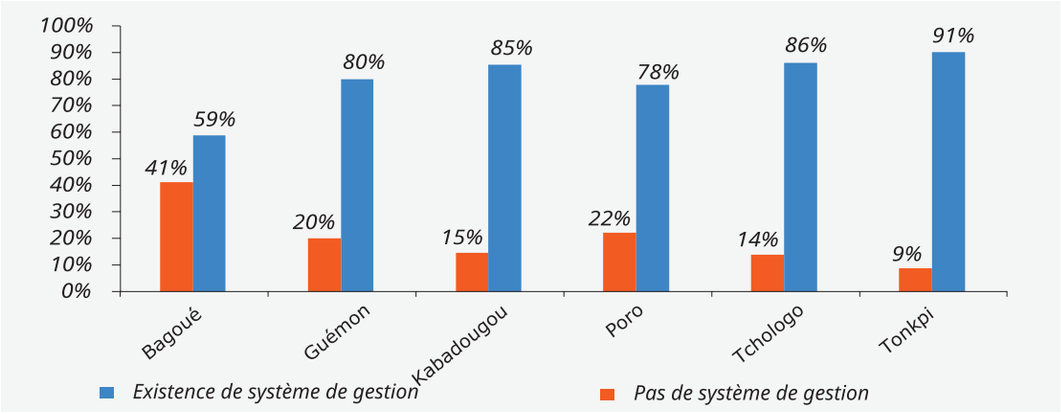

Figure 58 : Répartition des établissements publics de soins disposant d'un système de gestion des déchets sanitaires par Région sanitaire

Tri des déchets sanitaires

Dans leur système de gestion des déchets sanitaires, les EPS procèdent par le tri des déchets selon leurs caractéristiques pour une meilleure collecte. Un ensemble de critère a permis d'évaluer la pratique du tri dans les EPS enquêtés. Il s'agit de l'existence d'un système de tri, le nombre de poubelles utilisé, la codification et l'étiquetage des poubelles et enfin la pratique effective du tri par les agents de santé.

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires

La figure ci-après présente une répartition des EPS en fonction de l'effectivité de la pratique tri des déchets sanitaires. Les résultats d'enquête révèlent que dans la plupart des EPS dans l'ensemble des 06 régions prioritaires, le tri des déchets est quasiment inexistant. Dans environ 45% des EPS, la pratique du tri n'est observée ou les éléments nécessaires ne sont pas présents. Seulement un tiers des EPS pratique effectivement le tri.

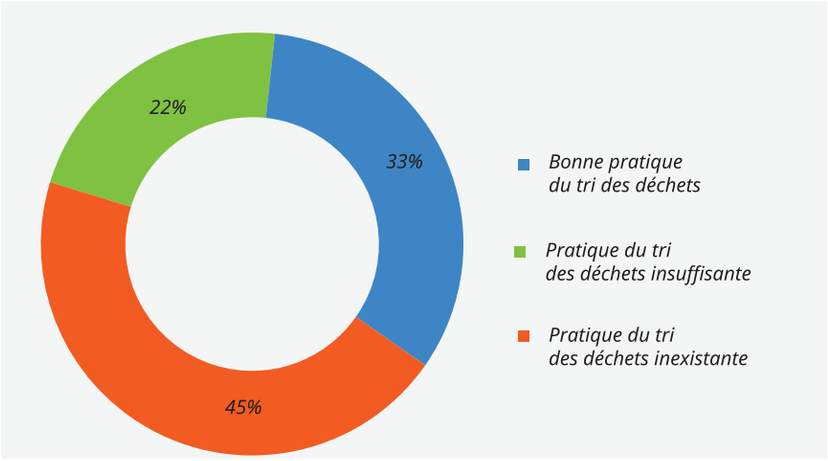

***Figure 59** : Proportion des EPS disposant d'un système de tri des déchets dans les 06 régions prioritaires*

Au niveau de la pyramide sanitaire

L'analyse des données en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire indique la non pratique tri des déchets dans les EPS est plus important dans les EPS de niveau 1 avec un taux de 46% contre 33% pour ceux du niveau 2 (***Figure 60***).

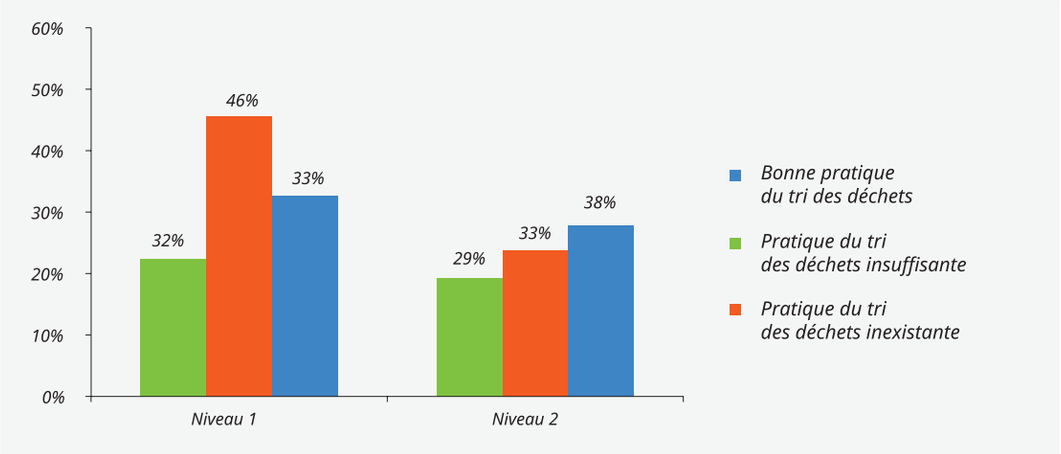

***Figure 60** : Proportion des EPS disposant d'un système de tri des déchets en fonction de la pyramide sanitaire dans les 06 régions prioritaires*

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires
Les résultats d'analyse révèlent que moins de 30% des EPS pratiquent le tri des déchets sanitaires dans chacune des régions prioritaires comme l'indique la figure 61. Les régions sanitaires dans lesquelles le tri est développé sont ceux de la Bagoué et du Poro avec respectivement 60% et 61%.

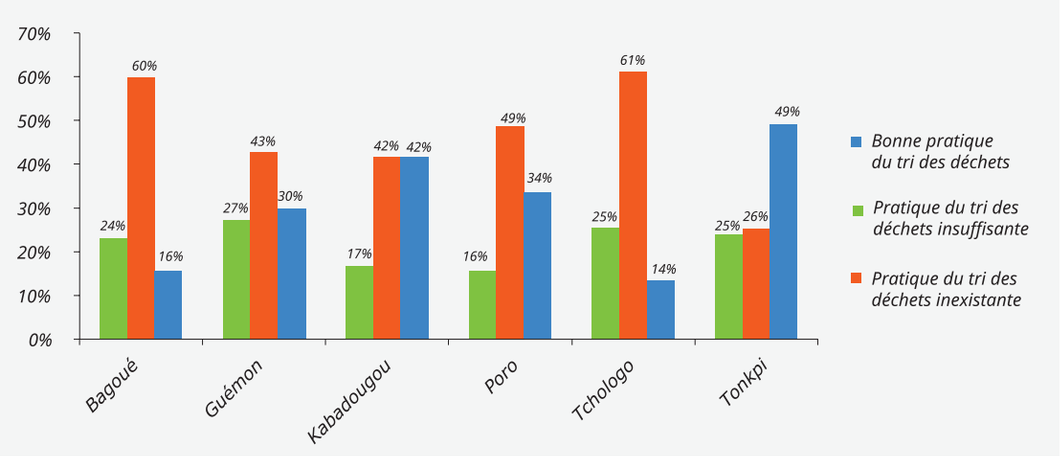

***Figure 61** : Proportion des EPS disposant d'un système de tri des déchets dans chacune des 06 régions prioritaires*

Ci-dessous quelques images illustrant la pratique du tri des déchets sanitaires et les dispositifs utilisés à cet effet (***Figue 62***).

***Figure 62** : Vue de quelques dispositifs utilisés pour la collecte et le tri des déchets sanitaires produits par les EPS des six (06) Régions prioritaires*

4.2.4.2. Equipements de traitement des déchets sanitaires

Existence d'équipements de traitement des déchets sanitaires
Pour le traitement des déchets sanitaires produits, une diversité d'équipements existe dans les EPS visités. Seuls 24 % des EPS ne disposent pas d'équipements pour le traitement des déchets sanitaires dans l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires. L'usage de ces équipements est fonction des caractéristiques et de la typologie des déchets à traiter.

L'enquête a montré que dans les régions sanitaires de la Bagoué et du Tchologo, la totalité des EPS du niveau 2 de la pyramide sanitaire disposent d'équipements de traitement des déchets sanitaires en leur sein (***Figure 63***). Dans les autres Régions sanitaires cette proportion varie entre 50 % (Guémon) et 80 % (Kabadougou). La plupart des EPS ne disposant pas d'équipements de traitement des déchets sanitaires sont enregistrés au niveau 1 de la pyramide sanitaire. Les proportions oscillent entre 09 % dans la Région sanitaire du Tonkpi et 45 % dans la Région sanitaire du Kabadougou.

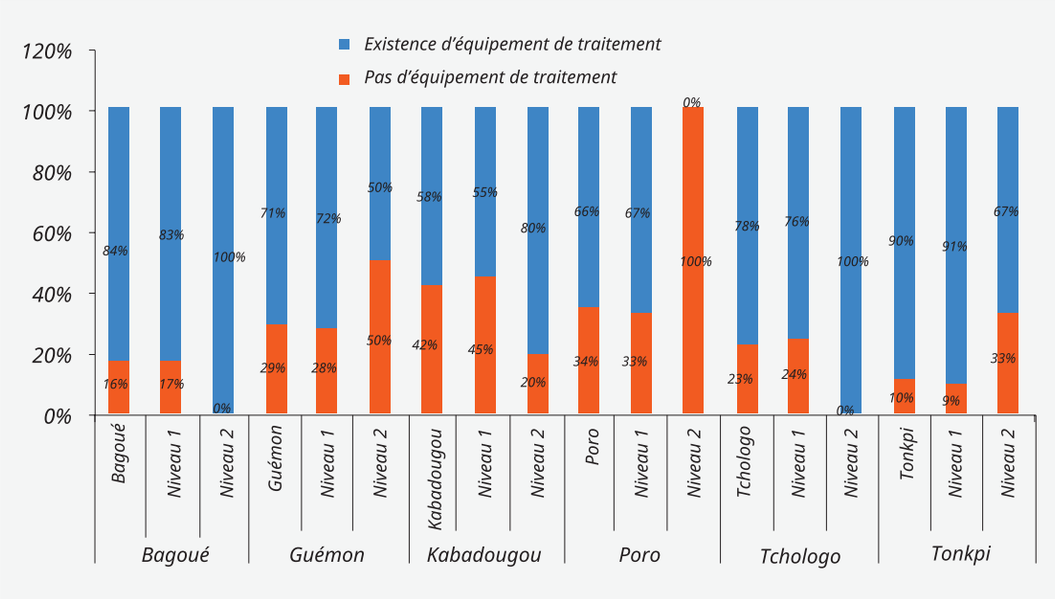

***Figure 63** : Existence d'équipements de traitement des déchets sanitaires dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

Typologie des équipements de traitement des déchets sanitaires

Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires

La figure 64 présente une illustration des différents équipements utilisés dans l'ensemble des EPS des six (06) régions sanitaires prioritaires. Il a été enregistré par ordre de représentativité des fosses à placenta (48 %), des incinérateurs (31 %), des fosses/puits à brûlage (13 %) et des banaliseurs (03 %). Le brûlage en plein air des déchets produits est également pratiqué dans certains EPS.

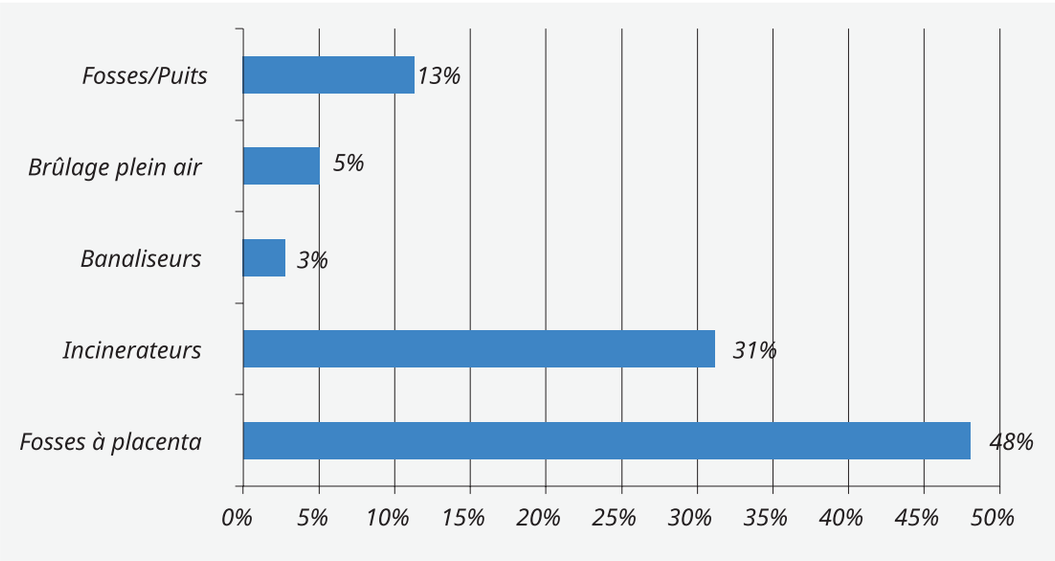

***Figure 64** : Typologie des équipements de traitement des déchets sanitaire existants dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

Au niveau de la pyramide sanitaire

L'analyse en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire révèle que les fosses à placenta et les incinérateurs sont les équipements les plus utilisés dans les EPS des niveaux primaire et secondaire (***Figure 65)***. Les tendances sont inversées concernant les autres équipements. Dans les EPS du niveau 1 de la pyramide sanitaire, les fosses/puits à déchets (11 %) sont utilisés en troisième position, contrairement au niveau 2 où ce sont les banaliseurs (09 %) qui viennent en troisième position. Il ressort par ailleurs que le brûlage en plein air des déchets est pratiqué dans les mêmes proportions (05 %) dans les EPS des niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire.

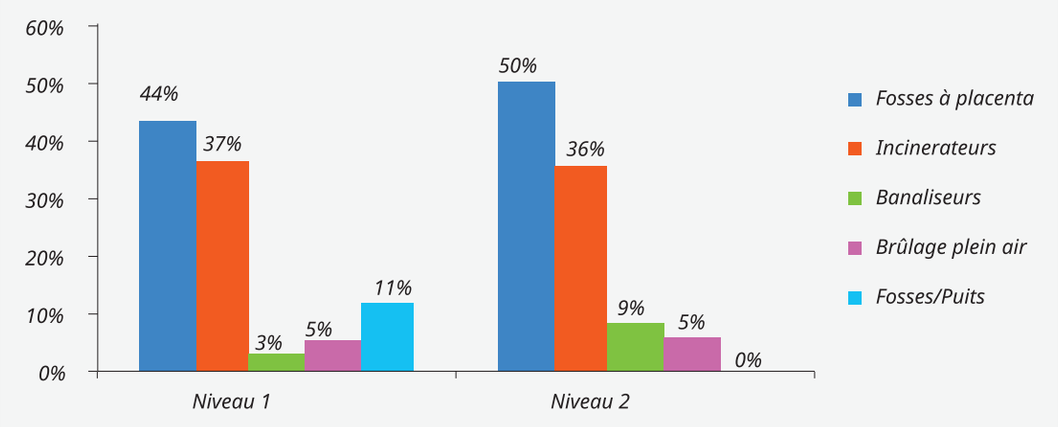

Figure 65 : *Répartition des types d'équipements de traitement des déchets sanitaires dans les établissements publics de soins selon la pyramide sanitaire*

Existence d'équipements de collecte des objets piquants, coupants ou tranchants

Hormis les quatre (04) types d'équipements susmentionnés, certains EPS de l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires disposent d'équipements pour la collecte des objets piquants, coupants ou tranchants (OPCT). Toutefois, la proportion des EPS qui n'en disposent pas reste élevée (environ 65 %).

Ce constat est identique suivant les niveaux de la pyramide sanitaire (Figure 66). En effet, seuls trois (03) EPS sur dix (10) visités du niveau 1 disposent d'équipements pour la collecte des OPCT contre sept (07) qui n'en disposent pas. Pour le niveau 2, quatre (04) établissements sur dix (10) sont pourvus d'équipements pour la collecte des OPCT contre six (06) n'en disposant pas.

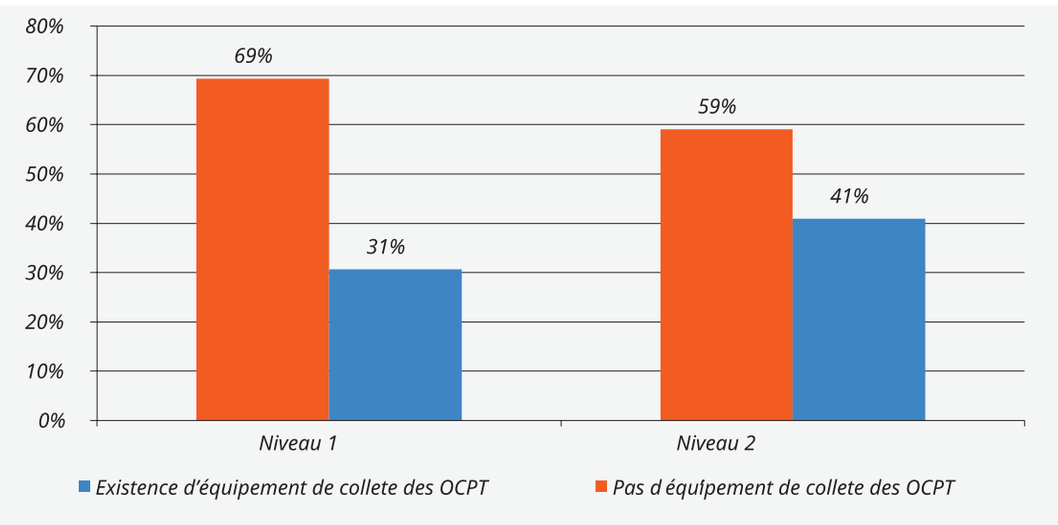

Figure 66 : *Répartition des établissements publics de soins ayant des équipements pour la collecte des objets coupants, piquants ou tranchants selon la pyramide sanitaire*

Typologie des équipements de collecte des objets piquants, coupants ou tranchants

Les équipements de collecte des OPCT enregistrés au cours de l'enquête sont les boîtes de sécurité. Il en existe dans huit (08) EPS sur dix (10) visités dans l'ensemble des six (06) Régions sanitaires prioritaires. Seulement 20 % des EPS ne disposent pas de boîtes de sécurité.
Au niveau de la pyramide sanitaire

L'analyse suivant les niveaux de la pyramide sanitaire montre comme indiqué à la figure 67 que la proportion des EPS du niveau 2 ne disposant pas de boîtes de sécurité reste relativement élevée (36 %) comparativement à celle des EPS du niveau 1 (18 %), soit le double.

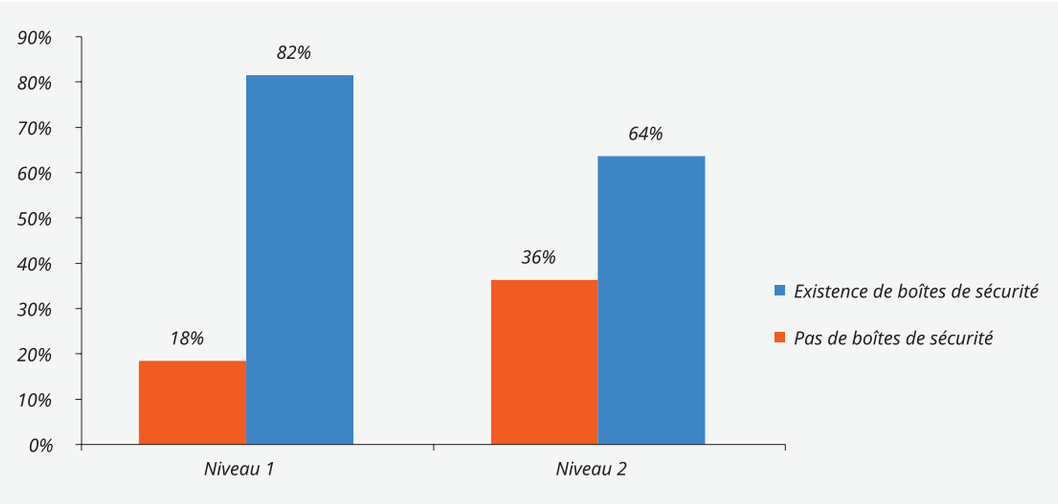

***Figure 67** : Répartition des établissements publics de soins disposant de boîtes de sécurité selon la pyramide sanitaire dans les des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires
La répartition par Région sanitaire révèle que la majorité des EPS de chacune des six (06) Régions sanitaires prioritaires dispose de boîtes de sécurité pour collecte des objets piquants et tranchants usagés, exceptée la Région sanitaire de la Bagoué. Les proportions oscillent entre 69 % dans la Région sanitaire du Kabadougou et 97 % dans la Région sanitaire du Guémon (***Figure 68***). Au niveau de la Région sanitaire de la Bagoué, 57 % des EPS ne disposent de boîtes de sécurité.

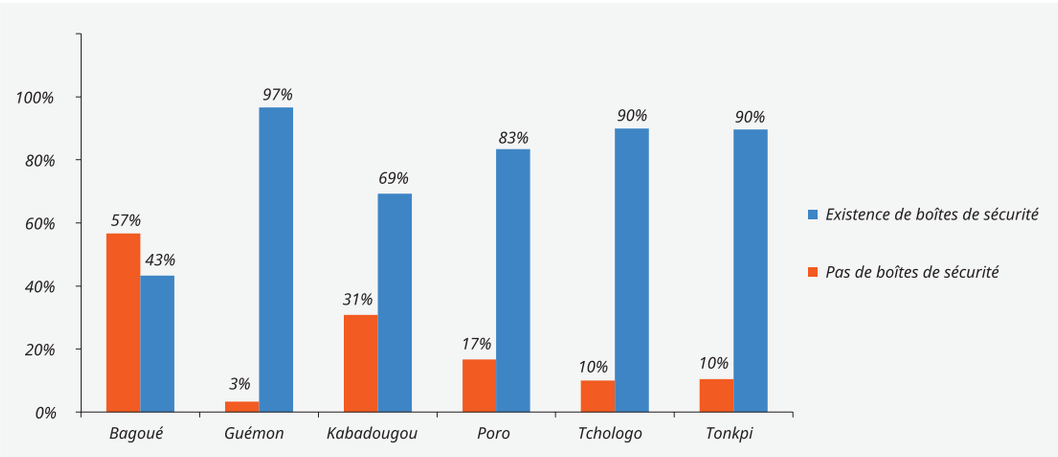

***Figure 68** : Répartition par Région sanitaire des établissements publics de soins disposant de boîtes de sécurité dans les six (06) Régions sanitaires prioritaires*

Les images ci-dessous présentent quelques équipements de traitement des déchets sanitaires dans les EPS des six (06) Régions prioritaires (*Figure 69*).

***Figure 69** : Vue de quelques équipements de traitement des déchets sanitaires dans les établissements publics de soins des six (06) Régions prioritaires*

4.2.4.3. Formation du personnel médical

Dans l'ensemble des six (06) Régions sanitaires prioritaires, le personnel médical est formé en matière de gestion des déchets sanitaires dans la plupart des EPS. Mais dans près de 40 % des EPS, le personnel de santé n'a subi aucune formation dans ce domaine.

L'analyse en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire et par région sanitaire montre que les proportions d'EPS où le personnel médical n'est pas formé sur la thématique de la gestion des déchets sanitaires restent relativement importantes (*Figure 70*). En effet, au niveau 1 de la pyramide sanitaire, elles varient de 28 % (région sanitaire du Poro) à 51 % (Région sanitaire du Guémon), tandis qu'au niveau secondaire, les proportions oscillent entre 25 % (région sanitaire du Tonkpi) et 67 % (région sanitaire du Tchologo).

Cependant, dans tous les EPS du niveau 2 des régions sanitaires de la Bagoué et du Guémon, le personnel de santé est formé en matière de gestion des déchets sanitaires.

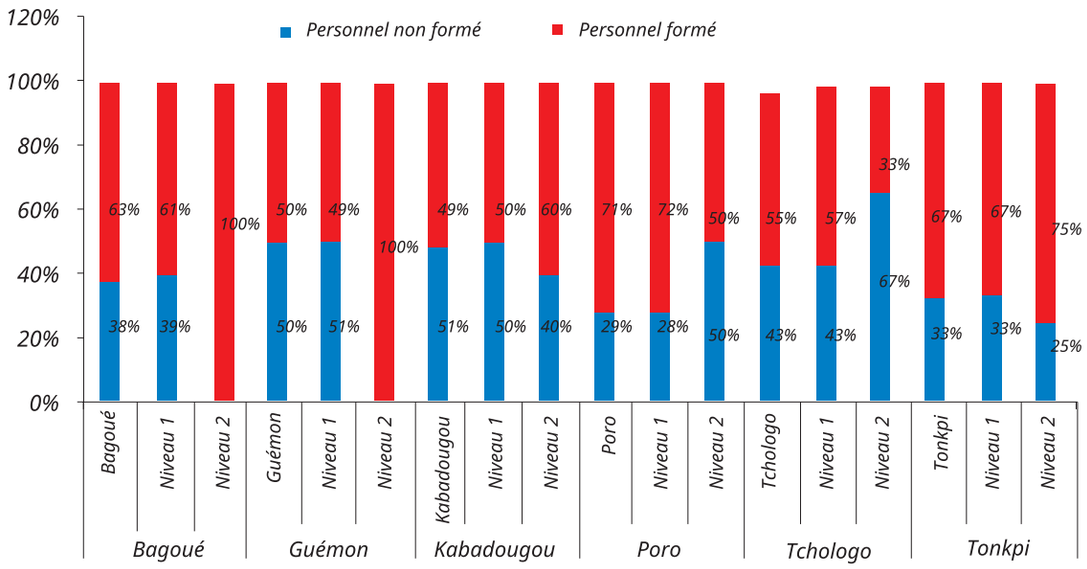

***Figure 70** : Répartition par Région sanitaire des établissements publics de soins renfermant du personnel médical formé en matière de gestion des déchets sanitaires*

4.2.4.4. Accès aux services de base de gestion des déchets

Des analyses ont été effectuées en vue d'évaluer la couverture des services de base de gestion des déchets sanitaires dans EPS visités. Elles sont basées sur le tri et le conditionnement des déchets dans trois (03) poubelles différentes au moins, le traitement et l'élimination de manière sûre des déchets infectieux ainsi que les déchets pointus, coupants ou tranchants.
Au niveau de l'ensemble des 06 régions prioritaires

Les résultats révèlent que sur l'ensemble des 06 régions prioritaires, seuls 17% des EPS disposent de services de base de gestion des déchets sanitaires (cf. ***Figure 71***). Près de la moitié des EPS (47%) sont dotés de services limités de gestion des déchets sanitaires. Quant aux EPS qui ne sont pourvus d'aucun service de gestion des déchets sanitaires, ils représentent environ 36%. Cela suppose qu'il n'y a pas de poubelles séparées pour les déchets pointus, coupants ou tranchants et infectieux et que ces derniers ne sont pas traités et éliminés de manière sûre.

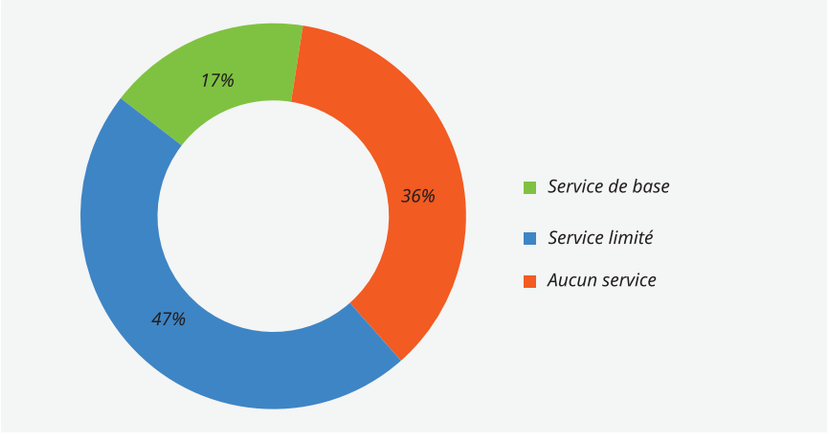

Figure 71 : *Proportion des établissements publics de soins relativement aux échelles de services de gestion des déchets sanitaires sur l'ensemble du territoire national*

Au niveau de la pyramide sanitaire

Certaines disparités sont observées entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Pour le niveau 1, les proportions d'EPS observées sont de 17 %, 46 % et 37 %, respectivement pour les EPS disposant de services de base de gestion des déchets sanitaires, les EPS dotés de services limités et les EPS dépourvus de services de gestion des déchets sanitaires (***Figure 72***). Concernant les EPS du niveau 2, seuls 14 % des EPS disposent de services de base de gestion des déchets sanitaires. Deux (02) établissements de soins sur dix (10) ne sont pourvus d'aucun service.

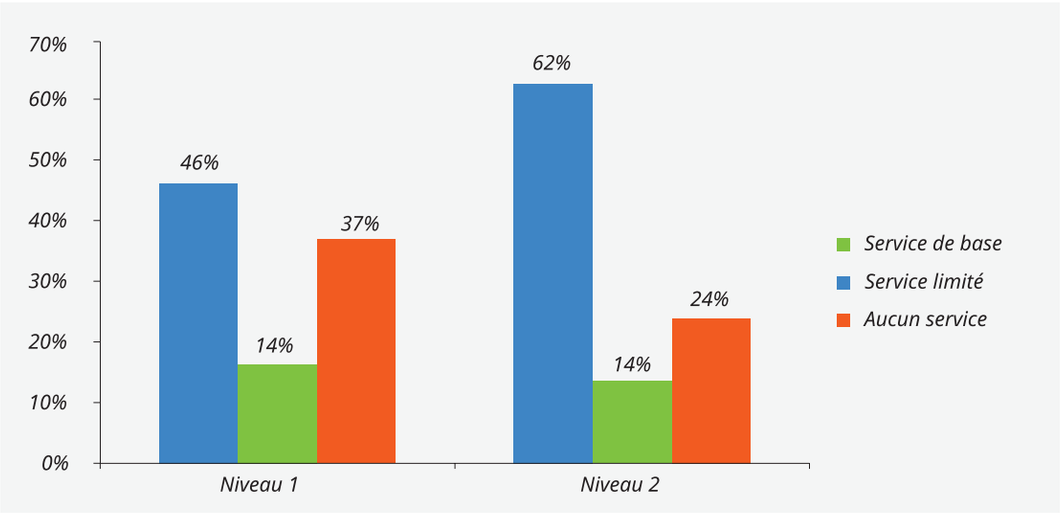

Figure 72 : *Proportion des EPS en fonction des services de gestion des déchets sanitaires suivant les niveaux de la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacune des 06 régions prioritaires

L'analyse du niveau des services de gestion des déchets au niveau de chaque région sanitaire montre que les régions de la Bagoué, du Poro et du Tchologo sont celles dans lesquelles le service de gestion des déchets sanitaires est le moins développé avec des taux respectifs de 60% et 50% pour les deux dernières. Avec un taux de 32%, la région de Tonpki demeure qui a le plus d'EPS avec un service de base en gestion des déchets sanitaires.

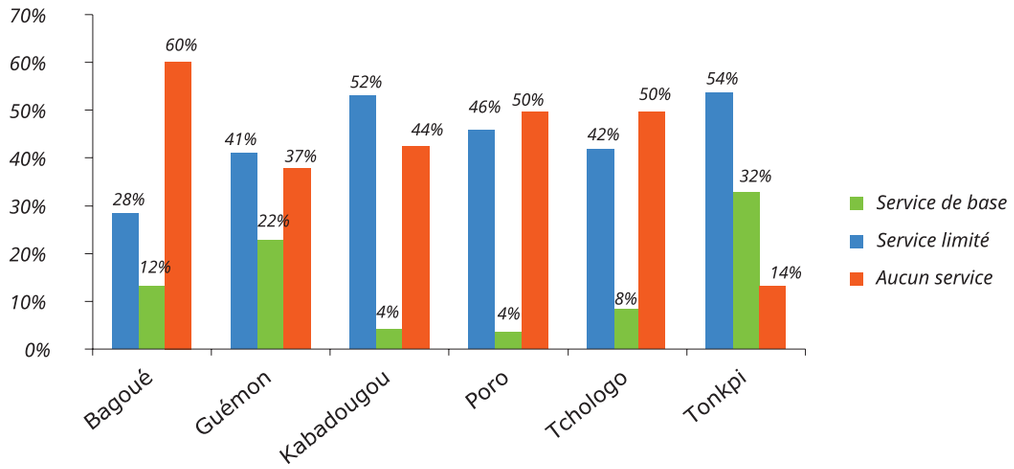

***Figure 73** : Proportion des EPS en fonction des services de gestion des déchets sanitaires dans chacune des régions sanitaires*

4.3. MÉCANISME DE GESTION, D'ENTRETIEN ET D'UTILISATION DES INFRASTRUCTURES EHA DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SOINS

4.3.1. Existence de personnel en charge de l'entretien des infrastructures EHA

Au niveau de l'ensemble des six (6) régions sanitaires prioritaires

La figure ci-dessous présente l'existence de personnel en charge de l'entretien des infrastructures EHA dans l'ensemble des six (06) régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/ UNICEF. Aux différents responsables d'EPS, il leur a été demandé de savoir si l'entretien des infrastructures EHA était confié à une personne spécifique.

Les résultats suivants ont été consigné dans la figure 74 ci-dessous.

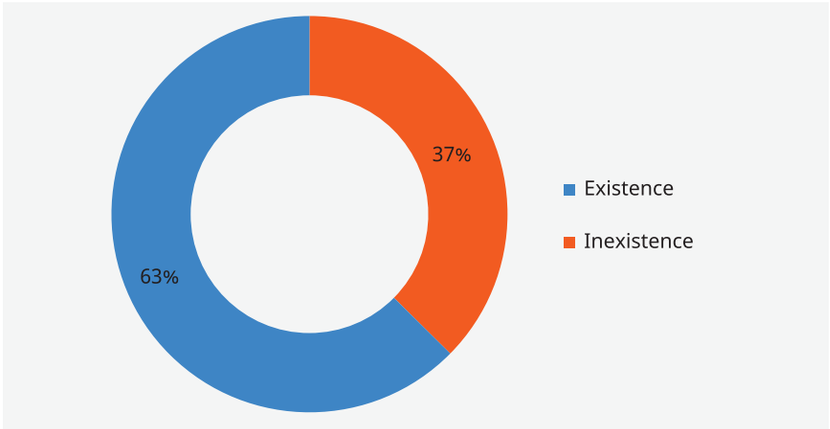

***Figure 74** : Répartition de l'ensemble des établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires selon l'existence de personnel chargé de l'entretien des infrastructures EHA.*

L'enquête a révélé que dans l'ensemble des six (06) Régions sanitaires prioritaires du Programme de Coopération Gouvernement/UNICEF, 37 % des établissements publics de soins de santé ne disposent pas d'un personnel affecté à l'entretien des infrastructures EHA (Figure 74). Le fait que ces installations ne soient pas sous la responsabilité de personnes spécifiques pourrait être la cause des dysfonctionnements et des pannes constatées. En effet, 17 % des points d'eau connaissent des dysfonctionnement et 9 % sont non fonctionnels. Il en est de même pour les toilettes dans les établissements publics de soins de santé de niveau 1, près de 40 % ne sont pas fonctionnels.

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires

L'enquête a révélé que l'inexistence de personnel en charge de l'entretien des infrastructures EHA concerne les deux niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant, il faut noter à juste titre que le niveau 1 est plus confronté à cette difficulté. En effet, 38 % des établissements publics de soins de santé de niveau 1 ne disposent pas de personnels en charge de l'entretien des infrastructures EHA (***Figure 75)***.

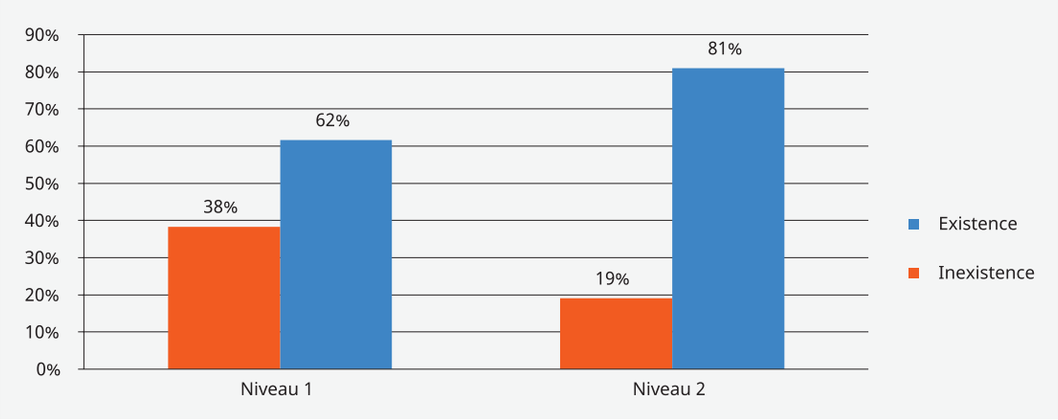

Figure 75 **:** *Répartition des établissements publics de soins selon l'existence d'un personnel chargé de l'entretien des infrastructures EHA en fonction de la pyramide sanitaire.*

Au niveau de chacun des six régions sanitaires prioritaires

L'enquête menée dans les six Régions sanitaires prioritaires montre de fortes disparités entre celles-ci. En effet, il ressort que dans quatre (04) Régions sanitaires, en l'occurrence le Guémon, le Tchologo, le Tonkpi et le Poro, la proportion d'établissement de soins disposant d'un personnel en charge de l'entretien des infrastructures EHA ne dépasse pas 66 % (***Figure 76***). Cette situation explique en partie, les plaintes récurrentes des patients et des accompagnants par rapport à l'état des toilettes. Dans ces quatre (04) Régions suscitées, les patients et accompagnants se plaignent de l'état d'insalubrité des infrastructures EHA.

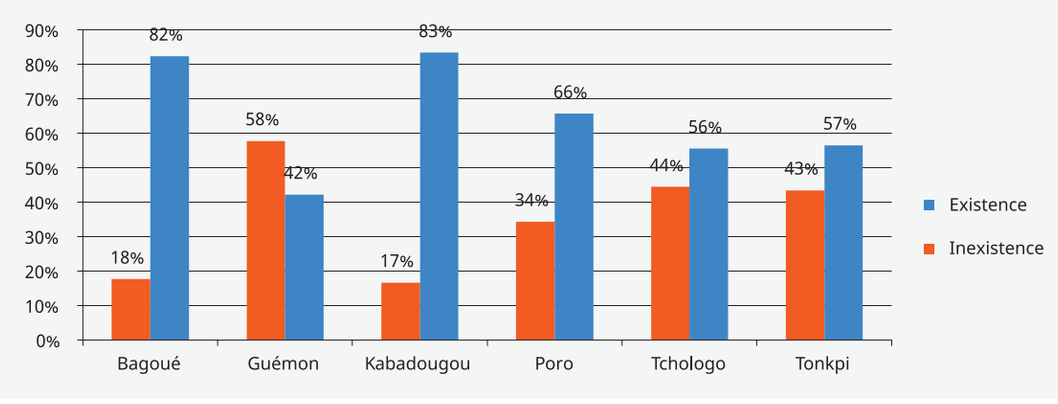

Figure 76 *: Répartition des établissements publics de soins de santé dans chacun des Régions sanitaires prioritaires selon l'existence d'un personnel en charge de la l'entretien des infrastructures EHA*

4.3.2. Sécurisation des latrines et urinoirs

Au niveau de l'ensemble des six (6) régions sanitaires prioritaires
La capacité des responsables des établissements publics de soins (EPS) de santé à sécuriser les latrines et les urinoirs est importante en ce sens qu'elle permet d'en assurer durablement la propreté. Assurer la sécurité des toilettes renvoie aux moyens mis en œuvre pour procéder à la fermeture et à l'ouverture des portes des toilettes selon les besoins exprimés.

La figure ci-dessous présente les réponses des responsables d'EPS relative à la possibilité de fermeture des latrines et urinoirs. A la question de savoir si les portes des latrines et urinoirs disposent de clefs, les réponses suivantes ont été recueillies.

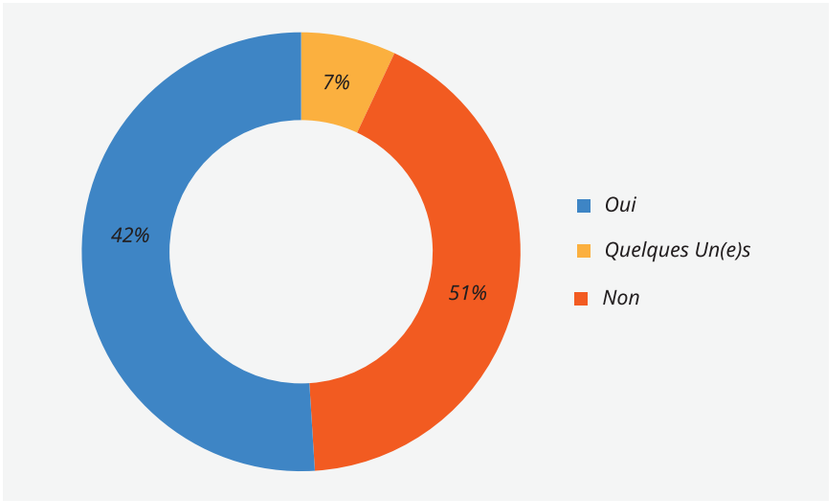

***Figure 77** : Sécurisation des latrines dans les six (06) Régions sanitaires prioritaires*

A la question de savoir si les portes des latrines et des urinoirs disposent de clefs, 42 % des responsables d'EPS ont répondu par l'affirmative contre 51 % qui affirment le contraire. Cependant, on note 07 % de responsables d'EPS qui soutiennent que toutes les portes des latrines et urinoirs ne disposeraient pas toutes de clés (***Figure 77***). Dans certains EPS, il a été constaté que toutes les latrines et urinoirs ne se fermaient pas.

Il est difficile pour les responsables d'EPS d'assurer la sécurité des latrines et urinoirs s'ils ne disposent pas de clés. L'accès totalement libre des latrines et urinoirs, sans un minimum de contrôle entraînerait à coup sûr des mauvais usages et des actes de vandalisme.

4.3.3. Système d'évaluation de la propreté des latrines et urinoirs

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires
La propreté des latrines et urinoirs ne peut être durablement assurée que si un système d'évaluation est mis en place. Ainsi, il est nécessaire de désigner un ou des agents chargés de l'évaluation de la propreté des toilettes.

La figure 78 présente le personnel chargé de l'évaluation de la propreté des toilettes.

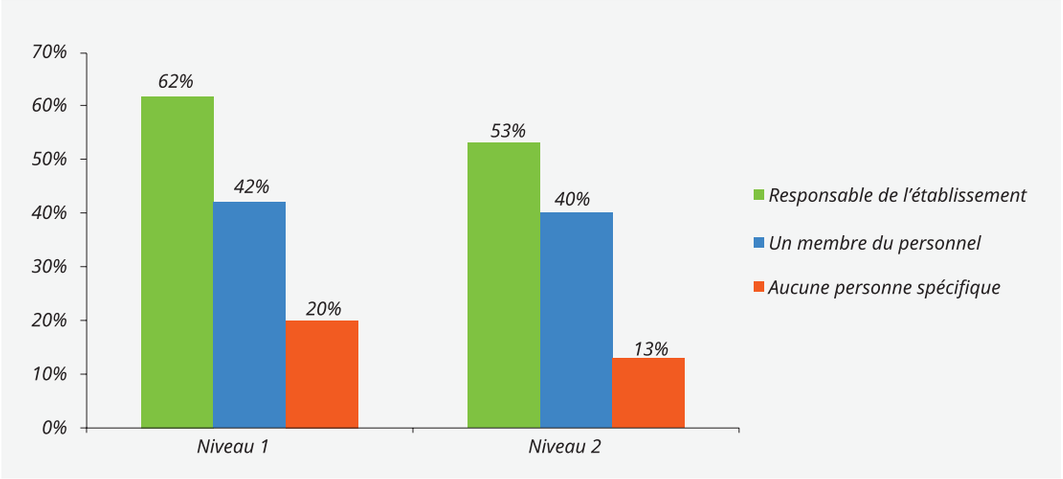

***Figure 78** : Responsable d'évaluation de la propreté des latrines et urinoirs selon les niveaux de la pyramide sanitaires des six (06) Régions prioritaires*

L'enquête a montré qu'au premier niveau de la pyramide sanitaire 62 % des toilettes sont évaluées par les responsables des EPS. Par ailleurs, on note que dans 42 % des cas, cette évaluation est confiée à un autre membre du personnel (personnel d'entretien, infirmiers, sages-femmes, techniciens d'assainissement, etc.). Cependant, dans 20 % des EPS, cette évaluation n'est pas confiée à une personne spécifique.

Au deuxième niveau de la pyramide sanitaire, les données sont similaires. On note que 53 % des responsables des EPS évaluent eux-mêmes les latrines et urinoirs tandis que dans 40 % des EPS, l'évaluation est confiée à un membre spécifique du personnel. Cependant dans 13 % des EPS, l'évaluation n'est pas confiée une personne spécifique.

Dans ce cas où l'évaluation n'est pas confiée à une personne spécifique, tout le personnel de santé est concerné. Cette pratique n'est pas à conseiller d'autant plus qu'il est prouvé que lorsqu'une tâche n'est pas confiée à une personne spécifique, il est difficile d'en faire le suivi.

Au niveau de chacun des six régions sanitaires prioritaires

Dans chacune des six Régions sanitaires prioritaires, l'enquête montre une forte disparité. Les Régions du Guémon (70 %) et du Tonkpi (55 %) concentrent le plus de Responsables d'établissements publics de soins de santé qui sont en charge du système d'évaluation de la propreté des toilettes. Les Régions du Kabadougou, du Tchologo et de la Bagoué sont celles qui concentrent un faible taux de Responsables d'établissements publics de soins qui s'occupent de l'évaluation de la propreté des toilettes (environ 38 %).

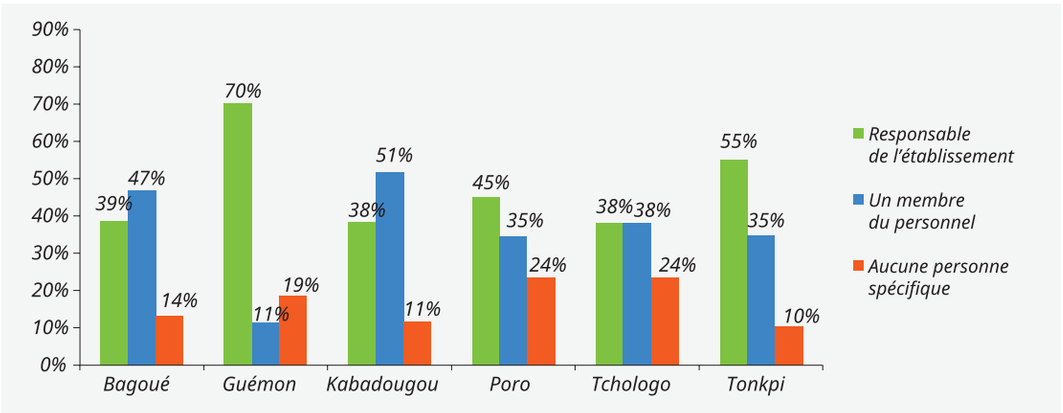

***Figure 79** : Responsable de l'évaluation de la propreté des latrines et des urinoirs dans chacune des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

4.3.4. Fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA

Au niveau de l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires

La fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA permet de s'assurer de la propreté desdites infrastructures. En effet, plus la fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA est élevée, plus, ces infrastructures devraient être propres. Aux responsables d'EPS, il leur a été demandé de savoir la fréquence d'évaluation de la propreté des latrines et urinoirs. Les réponses suivantes ont pu être enregistrées.

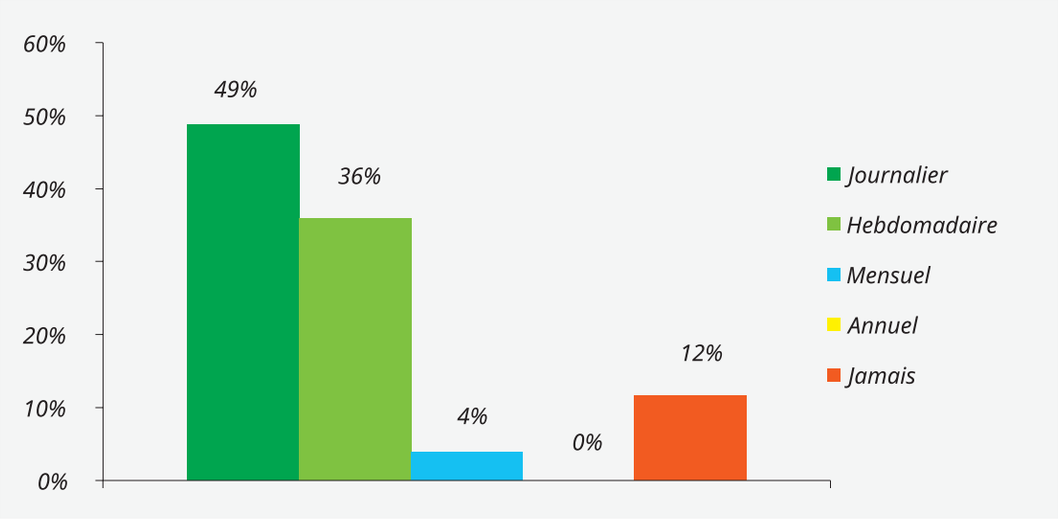

***Figure 80** : Fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA dans les six Régions sanitaires prioritaires*

Dans l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires, l'enquête a révélé que l'état sanitaire de 49 % des installations EHA sont quotidiennement évaluées (***Figure 80***). On note également que 36 % des EPS sont hebdomadairement évalués. Par contre, l'enquête a révélé que 12 % des EPS n'évaluent jamais leurs installations EHA.

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions sanitaires

L'enquête montre un important fossé entre les niveaux 1 et 2. En effet, 86 % des établissements de niveau 2 évaluent journellement la propreté des installations EHA contre 47 % pour les établissements de niveau 1 (Figure 81). On note un écart de 39 points. Cependant, il est intéressant de noter que d'autres établissements de niveau 1 évaluent la propreté de leur installation EHA de manière hebdomadaire (37 %). Par ailleurs, il faut noter que 5 % des établissements de niveau 2 n'évaluent jamais leurs installations contre 12 % pour les établissements de niveau 1.

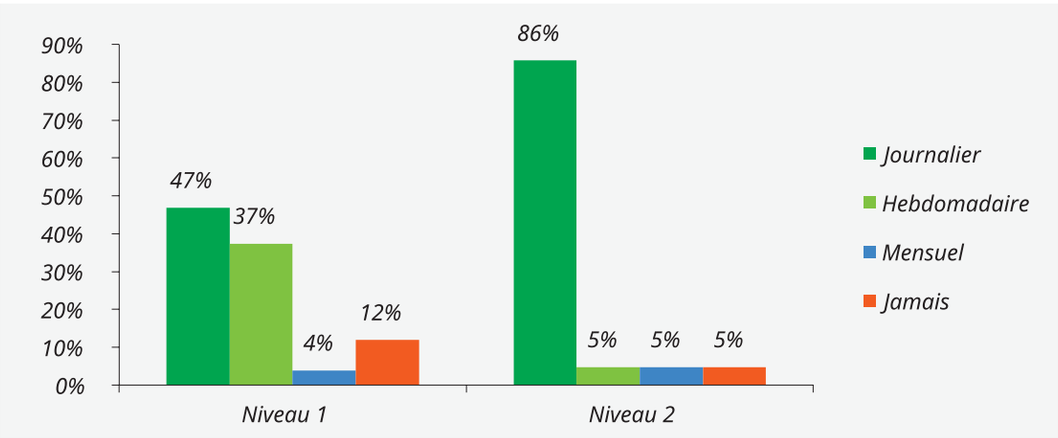

***Figure 81** : Fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA selon les niveaux de la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacun des six régions sanitaires prioritaires

Dans chacune des six Régions sanitaires prioritaires, l'enquête indique que l'évaluation de la propreté des toilettes se fait quotidiennement et hebdomadairement avec un taux cumulatif avoisinant 80 % (Figure 82). Par ailleurs, l'enquête révèle que dans ces Régions, il existe des établissements qui n'évaluent pas la propreté de leurs installations sanitaires. On note respectivement : Poro (17 %), Tchologo (14 %), Bagoué (15 %), Guémon (11 %), Kabadougou (06 %) et Tonkpi (05 %).

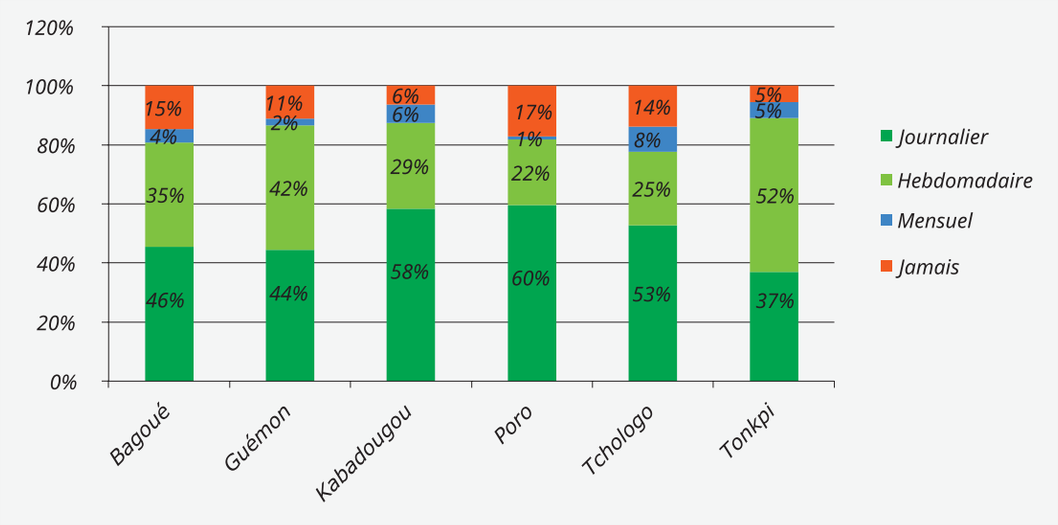

***Figure 82** : Fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA selon les Régions sanitaires*

4.3.5. Difficultés rencontrées pour veiller à la fonctionnalité et à la propreté des latrines et urinoirs

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires

L'enquête a cherché à comprendre les difficultés que rencontrent les personnes en charge de rendre fonctionnelles les installations sanitaires et de veiller à leur propreté. Les résultats de l'enquête donnent les résultats ci-dessous.

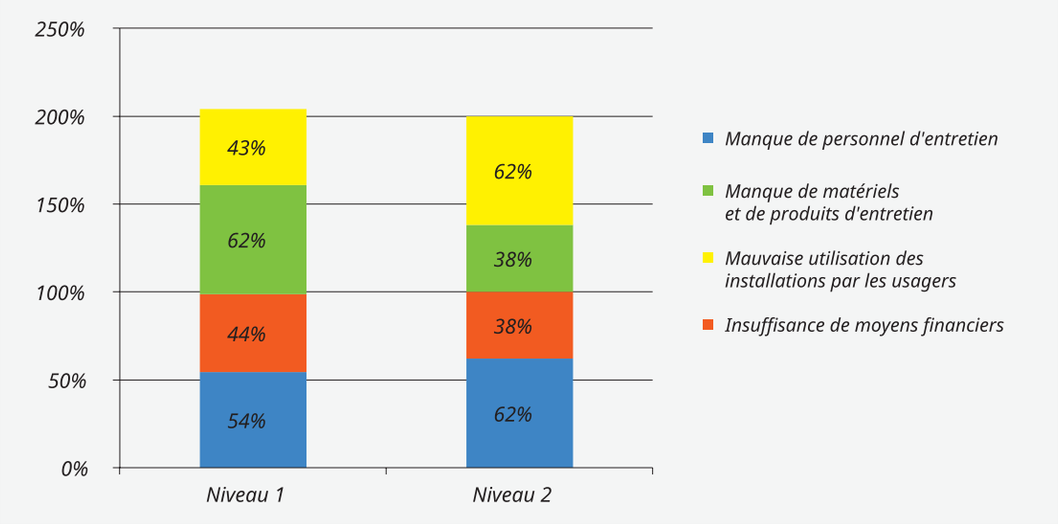

***Figure 83** : Difficultés rencontrées pour veiller à la fonctionnalité et à la propreté des latrines et urinoirs en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire*

Les résultats de l'enquête révèlent que les deux niveaux de la pyramide sanitaire sont confrontés aux mêmes difficultés. Les difficultés rencontrées étant combinatoires, on note que les établissements de niveau 1 évoquent prioritairement le manque de matériel et de produits d'entretien (60 %), ensuite le manque de personnel d'entretien (50 %), l'insuffisance de moyens financiers (40 %) et la mauvaise utilisation des installations par les usagers (40 %) (*Figure 83*).

Quant aux établissements de niveau 2, le manque de personnel d'entretien (60 %) et les comportements non hygiéniques des usagers (60 %) sont principalement évoqués. Ensuite le manque de matériel et de produit d'entretien (38 %) et le manque de moyens financiers (38 %).
Pour résumer, deux catégories de difficultés peuvent être identifiées. Des difficultés qui relèvent des finances et des comportements.

Au niveau de chacun des six régions sanitaires prioritaires
Dans chacune des six Régions sanitaires prioritaires, les difficultés rencontrées pour assurer le bon fonctionnement et veiller à la propreté des installations sanitaires ne se présentent pas de la même manière.

Dans la Bagoué, le manque de personnel d'entretien, l'insuffisance de moyens financier ainsi que le manque de matériels et de produits d'entretien sont évoqués à plus de 60 % (*Figure 84*). Quant à la mauvaise utilisation des installations par les usagers, le taux frôle 30 %.

Dans le Guémon, le manque de matériels et de produits d'entretien culmine à plus de 60 % tandis que l'insuffisance de moyens financiers et le manque de personnel d'entretien est évoqué à plus de 40 %. La mauvaise utilisation des installations par les usagers dépasse la barre des 30 %.

Dans le Kabadougou, le manque de personnel d'entretien, le manque de matériels et de produits d'entretien et la mauvaise utilisation des installations par les usagers sont évoqués à plus 55 %. L'insuffisance de moyens financiers est relevée à plus de 45 %.

Dans le Poro et le Tchologo, la tendance est similaire : le manque de personnel d'entretien, le manque de matériel et de produits d'entretien sont évoqués à des taux avoisinant les 50 %. On note cependant une différence en ce qui concerne la mauvaise utilisation des installations par les usagers avec les taux suivants : dans le Poro (34 %) et le Tchologo (56 %).

Enfin, dans le Tonkpi, on note des problèmes de manque de matériels et de produits d'entretien (68 %), le manque de personnel d'entretien (58 %) et la mauvaise utilisation des installations par les usagers (58 %). L'insuffisance de moyens financiers représente 30 %.

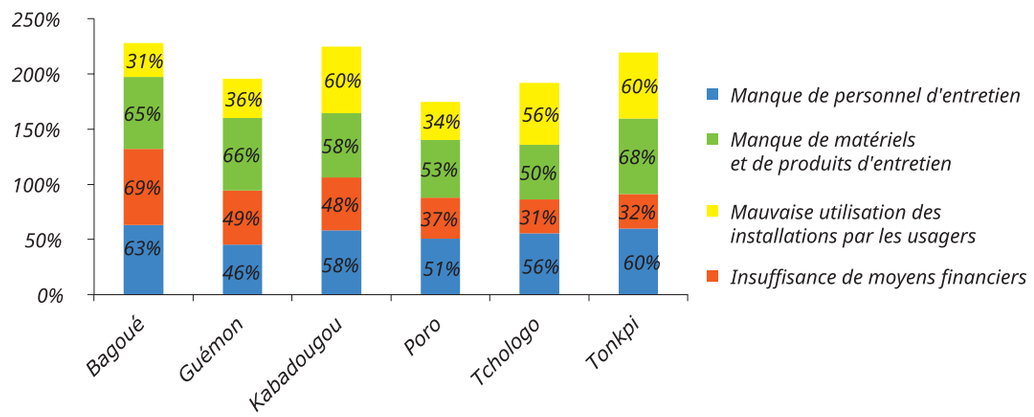

***Figure 84** : Difficultés rencontrées pour assurer la fonctionnalité et la propreté des latrines dans chacun des six Régions sanitaires prioritaires*

4.3.6. Difficultés rencontrées pour assurer la fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions sanitaires
L'enquête de terrain a cherché à cerner les difficultés rencontrées par le personnel en charge de rendre fonctionnels les Dispositifs de Lavage des Mains (DLM). Les interviews ont permis de dégager trois types de difficultés :

- Insuffisance de DLM ;
- Insuffisance de moyens financiers ;
- Insuffisance de produits de lavage des mains.

La figure ci-dessous présente les résultats suivants :

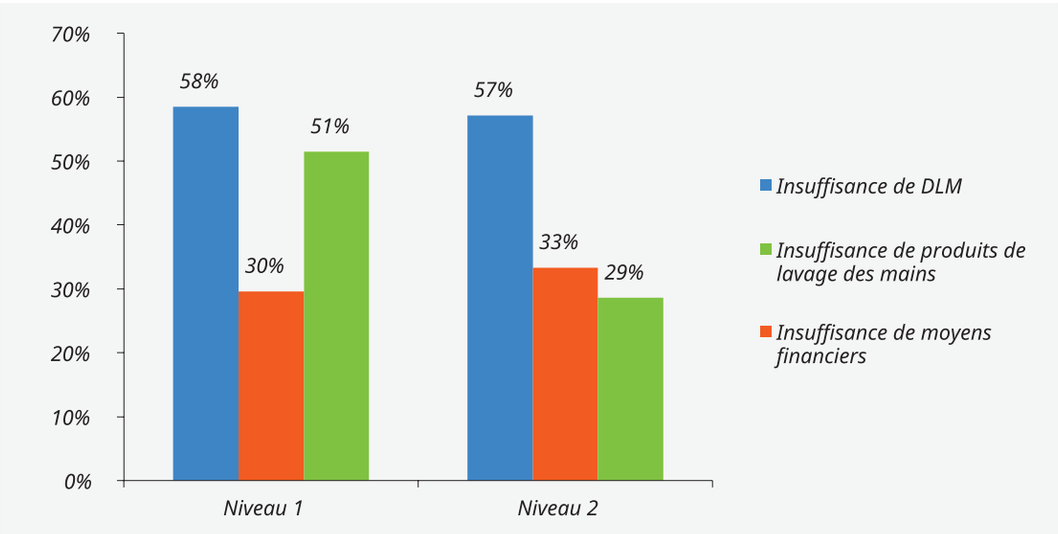

***Figure 85** : Difficultés rencontrées pour assurer la fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire*

Les établissements de niveau 1 et de niveau 2 rencontrent quasiment les mêmes difficultés (Figure 85). En effet, l'insuffisance de DLM (57 % et 58 %) et l'insuffisance de moyens financiers (30 % et 33 %) sont respectivement évoquées par les Responsables des EPS de ces deux niveaux de la pyramide sanitaire. Quant à l'insuffisance de produits de lavage des mains, elle est évoquée par 51% des établissements de niveau 1 contre 29 % pour les établissements de niveau 2.

L'insuffisance de DLM dans les établissements publics de soins de santé dans un contexte de maladie à Coronavirus est à corriger au plus vite.

Au niveau de chacun des six régions sanitaires prioritaires
Dans chacune des six Régions sanitaires prioritaires, l'enquête auprès des Responsables d'établissements publics de soins de santé révèle une insuffisance de DLM avec des taux oscillants entre 52 % et 72 % (***Figure 86)***. Cette situation est préoccupante. Il en est de même de l'insuffisance de produits de lavage des mains qui est notée dans une proportion variant entre 33 % et 62 %. Tous les responsables des établissements publics de soins de santé des six (6) Régions prioritaires évoquent le manque de moyens financiers. Cependant, ceux de la Région sanitaire de la Bagoué insistent sur ce fait avec un taux de 68 %, contrairement aux cinq (5) autres régions sanitaires dont les taux varient entre 16 % et 28 %.

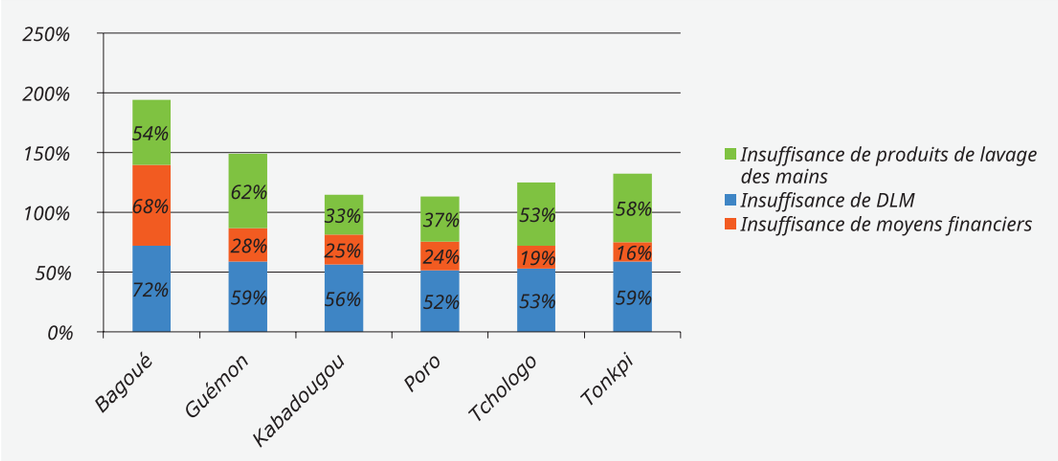

***Figure 86** : Difficultés rencontrées pour assurer la fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains dans chacune des six régions sanitaires prioritaires*

4.3.7. Difficultés rencontrées pour assurer un approvisionnement adéquat en eau potable

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires

L'approvisionnement en eau potable est une condition indispensable pour assurer et garantir la propreté et l'hygiène au sein des établissements publics de soins. La disponibilité de l'eau potable joue également un rôle décisif dans les actes de soins. Pour cette raison, l'étude a cherché à saisir les difficultés rencontrées par le personnel de santé dans l'approvisionnement en eau potable.

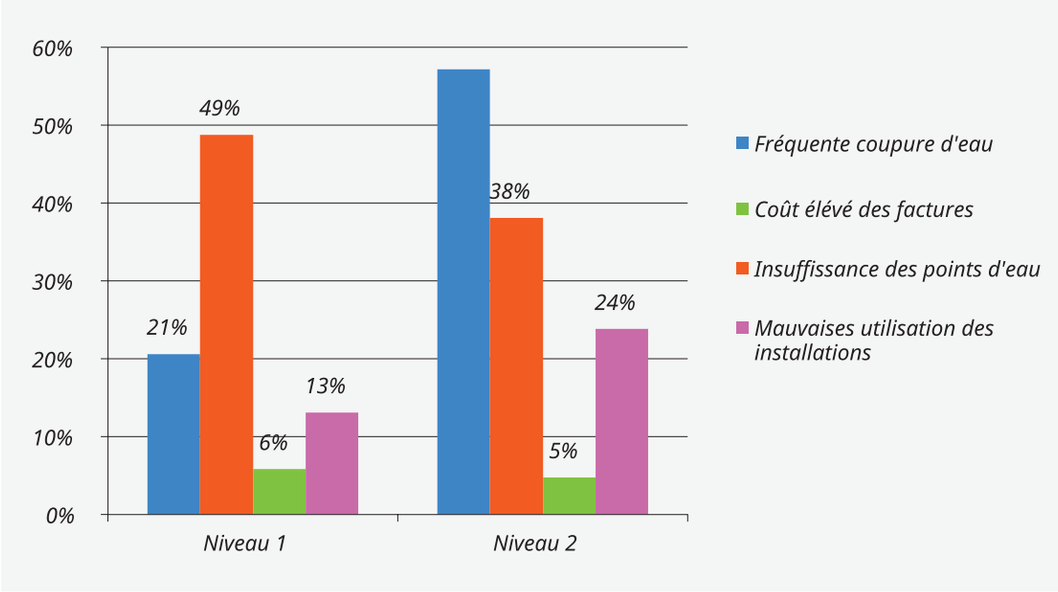

***Figure 87** : Difficultés rencontrées pour assurer un approvisionnement adéquat en eau potable en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire*

L'étude a révélé une forte disparité entre les deux niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, les établissements du niveau 2 font face aux fréquentes interruption de service de fourniture d'eau (57 %) tandis que les établissements de niveau 1 ne relèvent ce fait qu'à 21 % (***Figure 87***). De plus, les établissements publics de niveau 2 et 1 se plaignent des insuffisances des points d'eau avec des taux respectifs de 38 % et 49 %. Une autre difficulté concerne la mauvaise utilisation des installations par les patients et les accompagnants. Cela est évoqué à 24% dans les établissements de niveau 2 et à 13% dans ceux du niveau 1.

Au niveau de chacun des six régions sanitaires prioritaires

Dans chacune des six Régions sanitaires prioritaires, l'enquête a montré qu'il y a une insuffisance de points d'eau. Cependant, la situation est beaucoup plus préoccupante dans les régions de la Bagoué (63 %), Poro (56 %), Kabadougou (54 %), Tchologo (51 %) et Tonkpi (43 %) (***Figure 88***).
Les fréquentes interruptions du service de fourniture d'eau sont évoquées avec beaucoup d'insistance dans la Région de la Bagoué (46%). Les autres régions ont évoqué cette situation dans une proportion moindre oscillant entre 13 % et 23 %.

Le mauvais usage des ouvrages d'approvisionnement en eau potable par les patients et accompagnants est mis en cause par les responsables d'établissement publics de soins de santé avec des taux allant de 10 % à 15 %.

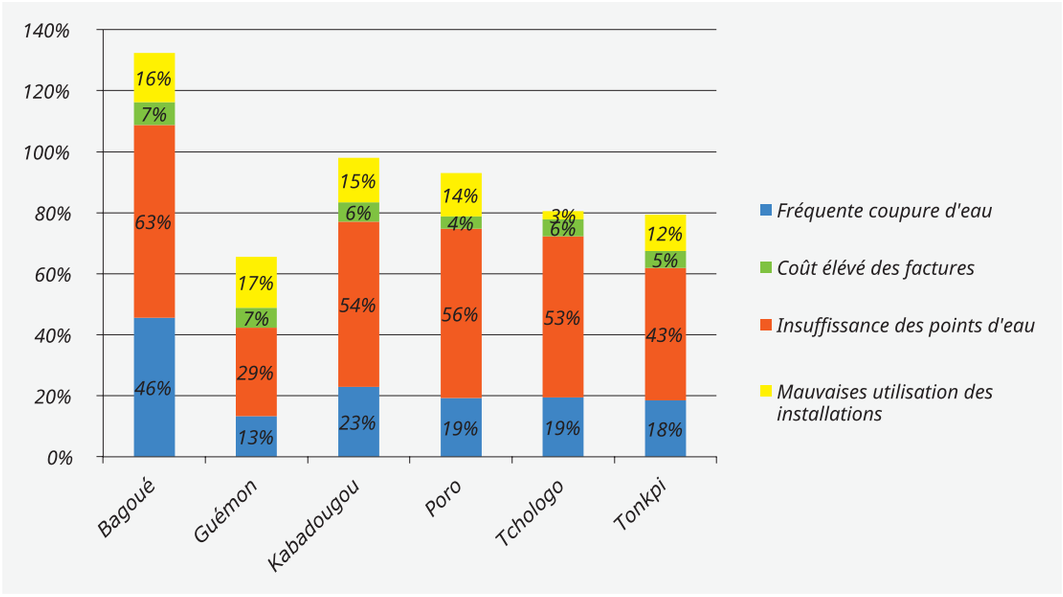

Figure 88 : *Difficultés rencontrées pour assurer un approvisionnement adéquat en eau potable en fonction des régions sanitaires*

4.4. DÉFIS TECHNIQUES, TECHNOLOGIQUES, ENVIRONNEMENTAUX ET COMPORTEMENTAUX AFFECTANT LES INTERVENTIONS EHA DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SOINS

La durabilité et la fonctionnalité des infrastructures d'approvisionnement en eau potable, d'hygiène et d'assainissement (EHA) dépendent fortement des techniques et technologies mises à disposition, de l'utilisation qu'en font les acteurs et de l'incidence sur l'environnement. Dans de pareilles circonstances, il est nécessaire de déterminer les défis techniques, technologiques, environnementaux et comportementaux. Les défis peuvent être saisis sous l'angle de l'efficacité des infrastructures et des opinions émis par les acteurs.

4.4.1. Défis relatifs aux infrastructures d'assainissement

4.4.1.1. Adéquation des latrines

Au niveau de l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires
L'adéquation des latrines est un indicateur permettant d'apprécier la convenance des latrines avec les attentes et les pratiques des usagers. Aux Responsables d'établissements publics de santé, il a été demandé de savoir si les latrines remplissaient les fonctions pour lesquelles elles étaient construites. A cette question, les réponses suivantes ont été collectées :

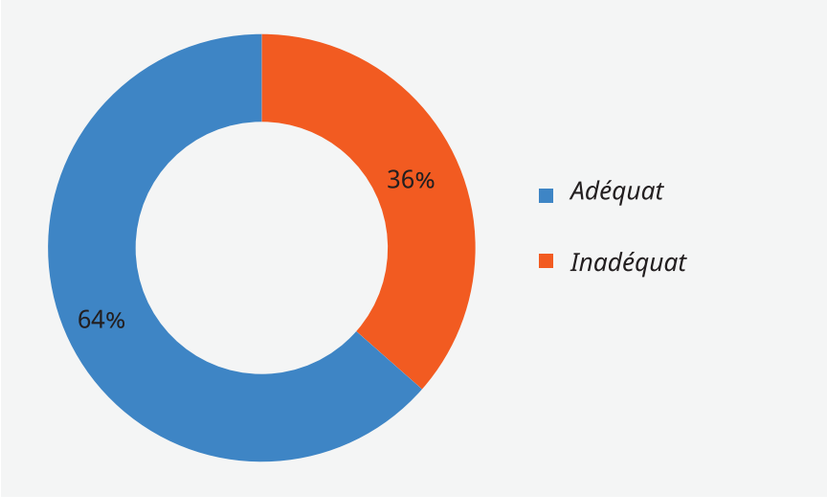

***Figure 89** : Adéquation des latrines dans les six (6) Régions prioritaires*

L'enquête a révélé que 64 % des Responsable d'EPS ont répondu par l'affirmative. Pour ces responsables, les latrines remplissent les fonctions pour lesquelles elles ont été construites. Cependant, 36 % affirment le contraire. En effet, ils estiment que les latrines ne comblent pas les attentes des usagers.

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires
L'enquête de terrain montre une disparité non négligeable entre les deux niveaux de la pyramide sanitaire. Dans cette section, il a été demandé aux responsables d'établissements publics de soins d'apprécier si les latrines remplissaient les fonctions pour lesquelles elles étaient construites. A cette question, 76 % des enquêtés ont répondu que les latrines des établissements publics de soins de santé du niveau 2 remplissent leur fonction d'assainissement contre 63 % pour ceux du niveau 1 (***Figure 90***).

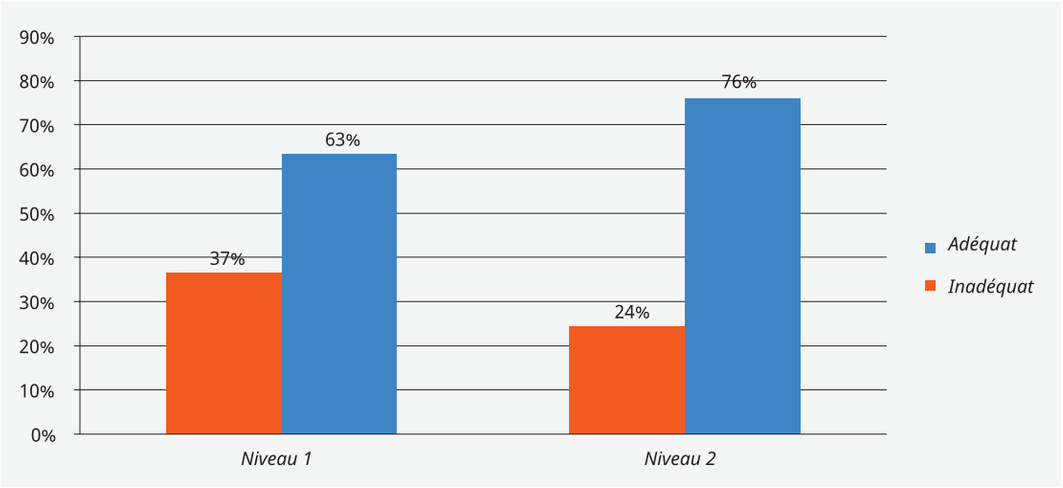

***Figure 90** : Adéquation des latrines dans les six (6) Régions prioritaires en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire selon les usagers*

Dans chacune des six Régions sanitaires prioritaires, l'enquête révèle que les responsables d'établissements jugent les latrines adéquates dans l'ensemble. On note une variation allant de 54 % dans la région du Poro à 74 % dans la région du Guémon (***Figure 91***).

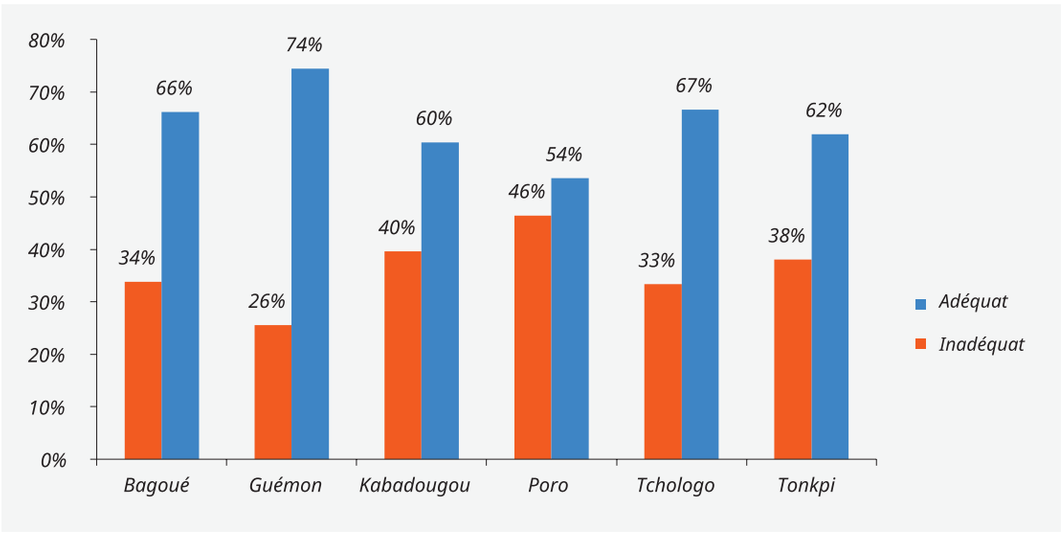

***Figure 91** : Adéquation des latrines dans chacune des six régions sanitaires prioritaires*

4.4.1.2. Facilité d'usage des latrines par les patients et les accompagnants

Au niveau de l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires

La facilité d'usage des latrines renvoie à la simplicité avec laquelle leur utilisation peut être faite. En d'autres termes, tout utilisateur devrait pouvoir les utiliser sans demander assistance. Aussi peut-on noter qu'une simple affiche devrait pouvoir aider l'utilisateur à une prise en main complète. Dans l'ensemble des régions prioritaires, il a été demandé aux patients et aux accompagnants s'ils parviennent à utiliser facilement les latrines mises à leur disposition. Dans la figure ci-dessous, les réponses suivantes ont pu être compilées :

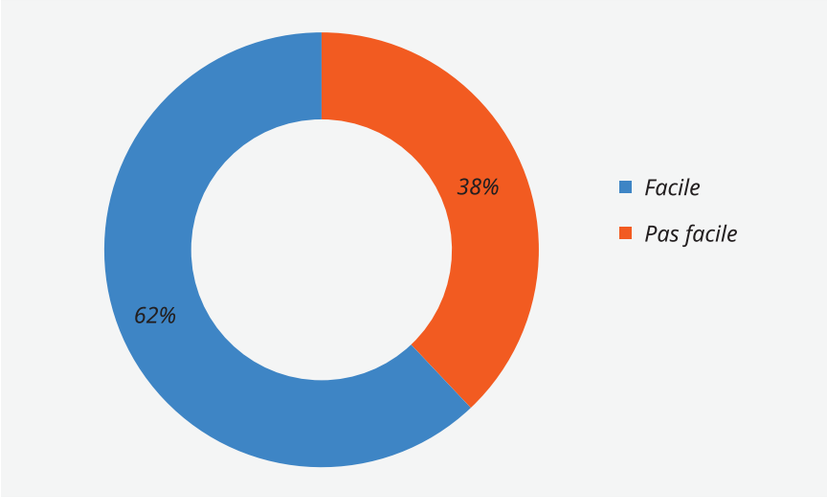

Figure 92 : *Facilité d'usage des latrines par les patients et les accompagnants dans l'ensemble des six (06) Régions prioritaires*

L'enquête a montré que 62 % des patients et accompagnants parviennent à utiliser facilement les latrines mises à leur disposition. Cependant, on note plus du tiers des utilisateurs qui ne trouvent pas l'utilisation des latrines aisée.

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires

Les patients et accompagnants fréquentant les établissements publics de soins de niveau 1 et 2 de la pyramide sanitaire affirment que les latrines mises à leur disposition sont faciles à utiliser. On note des taux de 67 % pour les établissements de niveau 2 et 59 % pour les établissements de niveau 1 (***Figure 93)***. Cependant, il faut noter un nombre relativement important de patients et d'accompagnants qui trouvent les latrines difficiles à utiliser. L'enquête a révélé un taux de 41 % pour les établissements de niveau 1 et 33 % pour les établissements de niveau 2.

Cette situation montre combien le concept de « facilité d'usage » est relatif. Ce qui parait aisé pour un individu X peut paraître difficile pour un individu Y. Ce constat doit amener les personnes en charge de la conception et de la gestion des infrastructures sanitaires à demeurer en alerte et à constamment demander le feed-back des utilisateurs. Cette veille informationnelle peut permettre d'améliorer et de promouvoir des installations sanitaires adaptées.

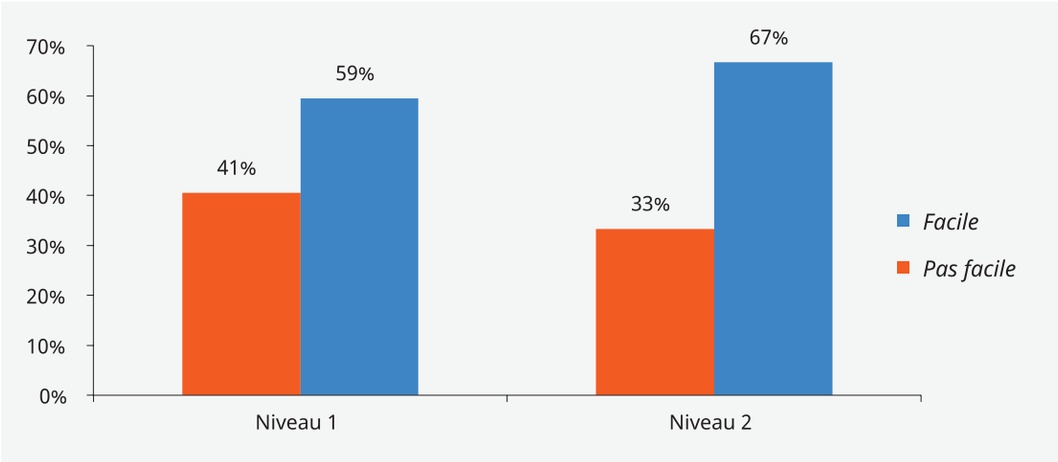

Figure 93 : *Facilité d'usage des latrines par les patients et les accompagnants en fonction de la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacun des six régions sanitaires prioritaires
Dans chacune des six Régions sanitaires prioritaires, l'utilisation des latrines paraît relativement aisée. En effet, quatre (04) Régions sanitaires l'affirment avec un taux oscillant entre 60 % et 69 % (*Figure 94*). Ce sont les Régions du Kabadougou, du Tonkpi, du Guémon et du Tchologo. Cependant, on note que dans deux Régions (Bagoué et Poro) plus de la moitié des patients et accompagnants éprouvent des difficultés à utiliser les latrines.

Cette situation qui touche les six régions en général et les deux Régions de la Bagoué et du Poro en particulier, recommande des séances d'information et de formation à l'utilisation des installations sanitaires.

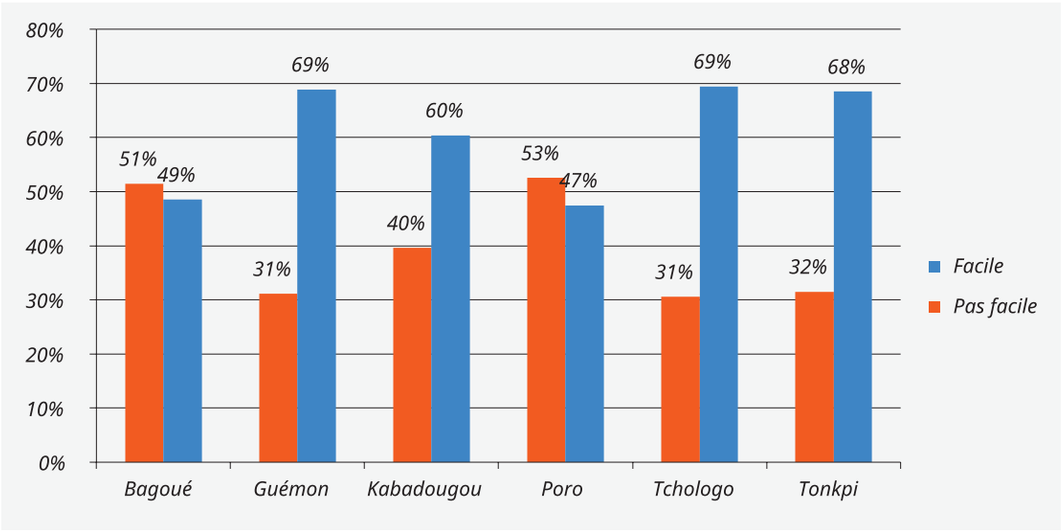

***Figure 94** : Facilité d'usage des latrines par les patients et les accompagnants dans chacune des Régions sanitaires prioritaires*

4.4.1.3. Fréquence des plaintes des patients et des accompagnants après utilisation des latrines

Au niveau de l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires
La fréquence des plaintes des patients et des accompagnants est un autre indicateur important qui permet d'apprécier la satisfaction de ces derniers. Aux Responsables d'EPS, il leur a été demandé de savoir si les patients et accompagnants se plaignaient des latrines mises à leur disposition. Dans la figure 95 ci-dessous, les informations suivantes ont été consignées.

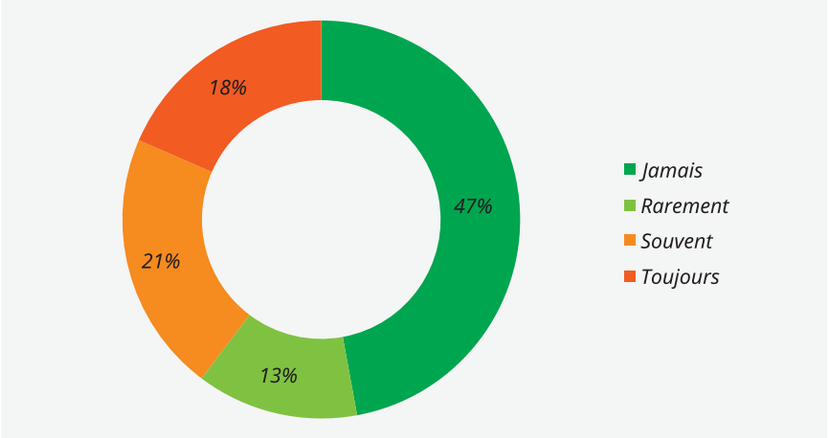

***Figure 95** : Fréquence des plaintes des patients et des accompagnants après utilisation des latrines dans les six Régions sanitaires prioritaires*

A cette question, il est ressorti que 47 % des patients et accompagnants ne s'étaient jamais plaint (*Figure 95*). Par contre 21 % des usagers se plaignent souvent et 18 % se plaignent toujours. Au regard de ces résultats ont peut affirmer que 39 % des patients et accompagnants ne sont pas satisfaits des latrines mises à leur disposition.

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires

Dans les établissements publics de soins de santé des deux niveaux de la pyramide sanitaire, les tendances sont similaires. Près de la moitié des patients ne se plaignent jamais après avoir utilisé les latrines qui leur sont destinées. Cependant, l'enquête a montré qu'un (01) patient y compris accompagnants sur quatre (4) qui fréquentent les établissements publics de soins de santé des deux niveaux de la pyramide sanitaire se plaignent. Par ailleurs, l'enquête a révélé que des patients et accompagnants se plaignent souvent des latrines. Selon les données d'enquête, ce taux varie entre un (01) à deux (02) enquêtés sur 10. La figure 96 ci-dessous, présente les détails afférents.

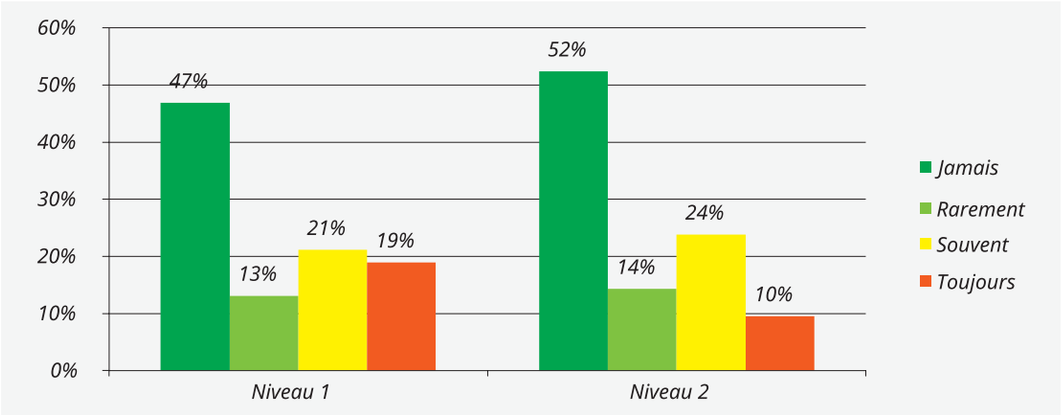

***Figure 96** : Fréquence des plaintes des patients et des accompagnants après utilisation des latrines en fonction de la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacun des six régions sanitaires prioritaires

Dans chacune des six régions sanitaires prioritaires, l'enquête révèle que les patients et les accompagnants se plaignent des latrines à des degrés divers. Lorsqu'on cumule les plaintes qui se manifestent « souvent » et « toujours », on obtient près de 30 % des utilisateurs des établissements publics de soins de santé (*Figure 97*).

Ce taux est relativement élevé et mérite des actions concertées afin de réduire le taux de plaintes suites à l'utilisation des installations sanitaires.

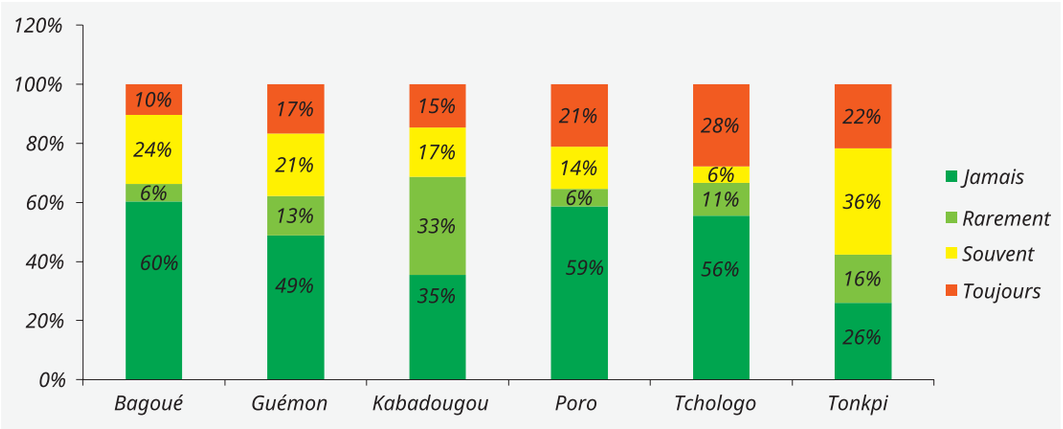

***Figure 97** : Fréquence des plaintes des patients et des accompagnants après utilisation des latrines dans chacune des Régions sanitaires prioritaires*

4.4.1.4. Vidange des fosses

Au niveau de l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires
L'enquête de terrain s'est également intéressée à la vidange des fosses des installations sanitaires. Aux responsables des EPS, il a été demandé de savoir s'ils parvenaient à faire aisément la vidange des fosses. Dans la figure ci-dessous, les informations suivantes ont été consignées. Dans la figure ci-dessous, les informations suivantes ont été consignées.

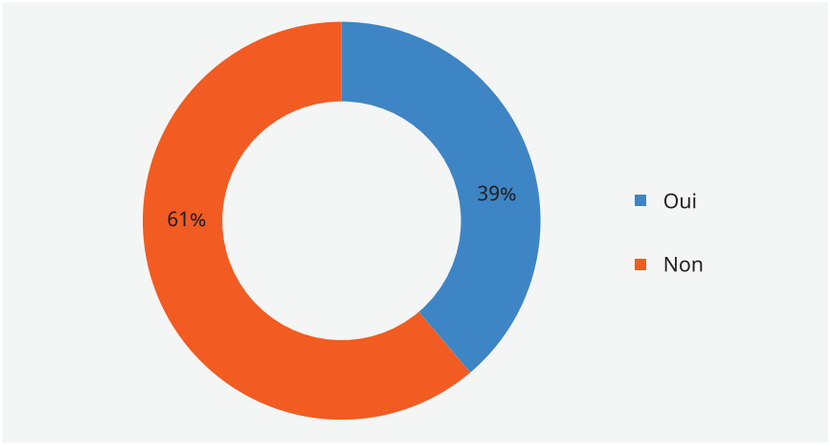

***Figure 98** : Vidange des fosses en fonction de la pyramide sanitaire dans les six régions sanitaires prioritaires*

L'enquête a révélé une proportion de 61 % des responsables d'EPS qui a répondu par l'affirmative (***Figure 98***). Par contre, 39 % des enquêtés n'arrivent pas à faire vidanger leur fosse septique. Ce taux est inquiétant car une fosse débordante dans un EPS rend l'environnement insalubre et fait courir des risques sanitaires.

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires
L'enquête a montré un écart important entre les établissements de niveau 1 et ceux de niveau 2. En effet, 76 % des établissements publics de soins de santé de niveau 2 affirment faire régulièrement leur vidange contre 37 % pour les établissements de niveau 1 (***Figure 99***).

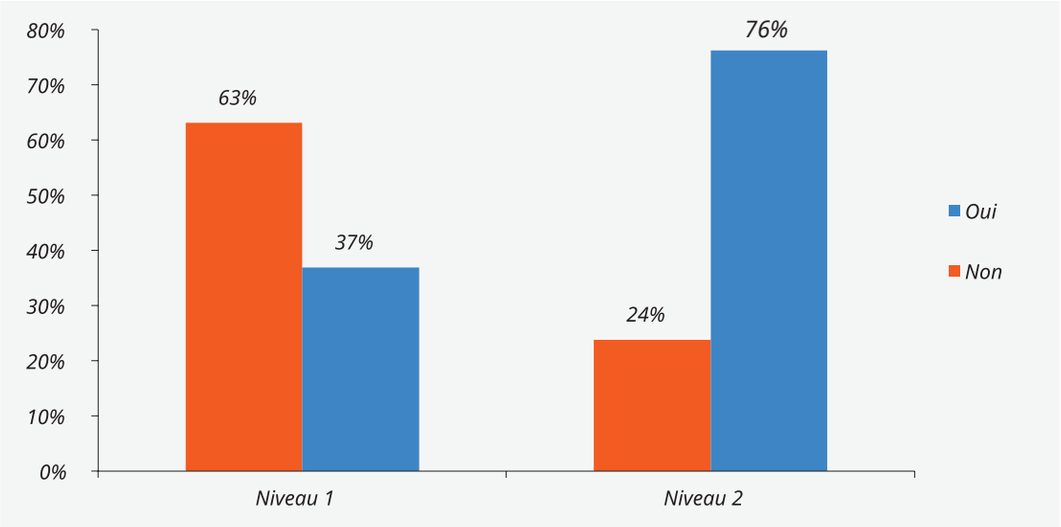

***Figure 99** : Vidange des fosses en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacun des six régions sanitaires prioritaires
Dans chacune des six Régions prioritaires, deux grandes tendances se dégagent. Les régions de la Bagoué, du Guémon et du Kabadougou vidangent leurs fosses avec un taux oscillant entre 21 % et 31 %. Quant aux trois autres Régions, le Poro, le Tchologo et le Tonkpi, les taux oscillent entre 44 % et 53 % (***Figure 100)***.

De tout ce qui précède, des dispositions pratiques doivent être prise pour éviter que des fosses pleines dégoulinent.

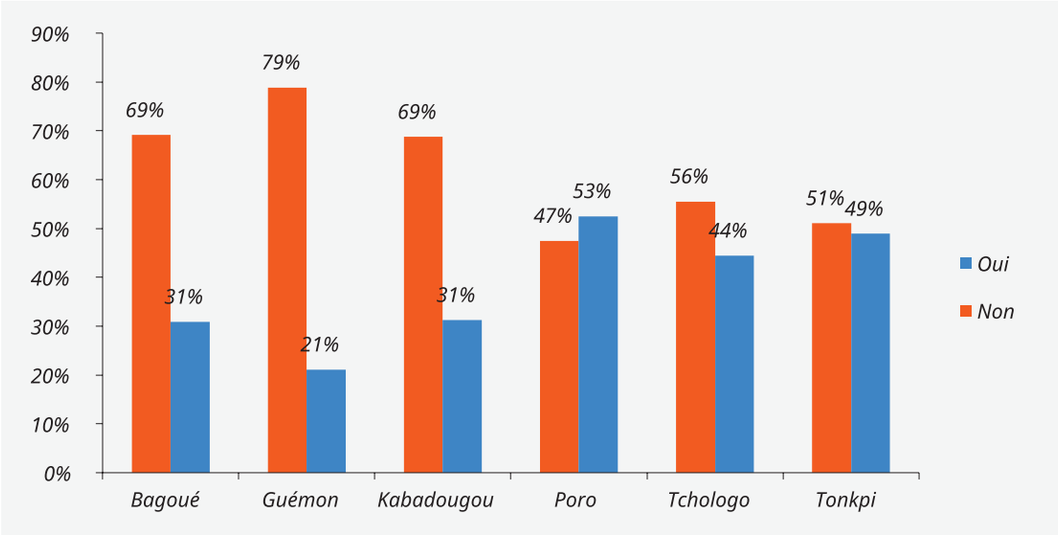

Figure 100 : *Vidange des fosses dans chacun des six Régions sanitaires prioritaires*

4.4.1.5. Opinion des responsables d'établissements publics de soins sur les types de latrines appropriées

Au niveau de l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires
Au cours des interviews avec les responsables d'établissements publics de soins de santé, la question suivante leur a été posée : Quel type de latrines serait-il approprié pour l'EPS ? En réponse, les préférences suivantes ont été recensées (***Figure 101***) :

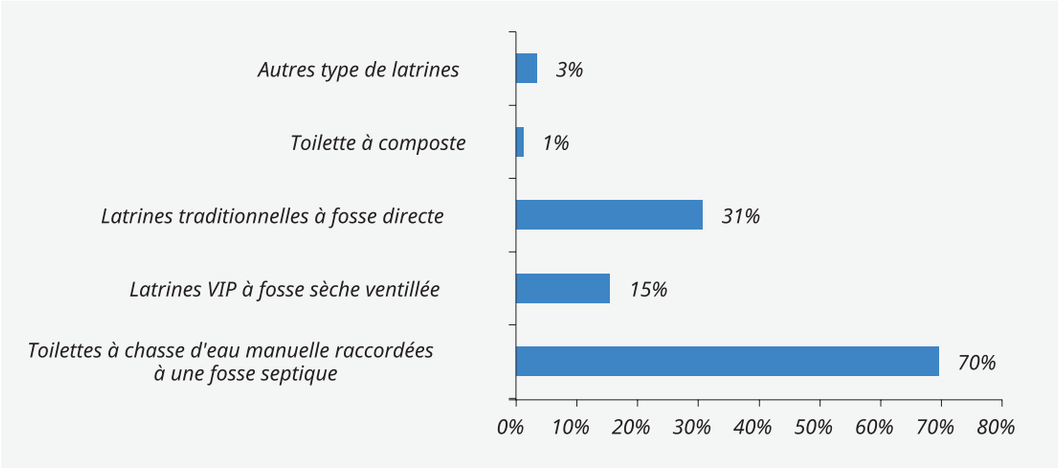

Figure 101 : *Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de latrines appropriées dans les six régions sanitaires prioritaires*

De l'enquête, il ressort que 70 % des responsables d'EPS préfèrent les toilettes à chasse d'eau manuelle. En seconde position, la préférence des Responsables d'EPS va à l'endroit des latrines traditionnelles à fosse directe avec un taux de 30 %. Ensuite, les latrines VIP à fosse sèche ventilée (15 %). Enfin, les toilettes à composte.

Le taux de 31 % de responsables d'EPS qui approuvent les latrines traditionnelles pourrait traduire leur méconnaissance concernant les latrines améliorées.

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires
Selon l'enquête, les responsables d'établissement publics de soins de santé de niveau 2 se prononcent majoritairement (90 %) pour les toilettes à chasse d'eau manuelle raccordées à une fosse septique. On note cependant que 29 % d'entre eux portent leur choix sur les latrines traditionnelles à fosse directe (*Figure 102*).

Quant aux responsables d'établissements de niveau 1, ils ont opté majoritairement (68 %) pour les toilettes à chasse manuelle raccordées à une fosse septique. Les latrines traditionnelles à fosse directe sont préférées à 31 %.

Les responsables d'établissement public de soins de santé optent clairement pour le système autonome d'assainissement. C'est un système qui permet de gérer les excréta de manière individuelle et autonome.

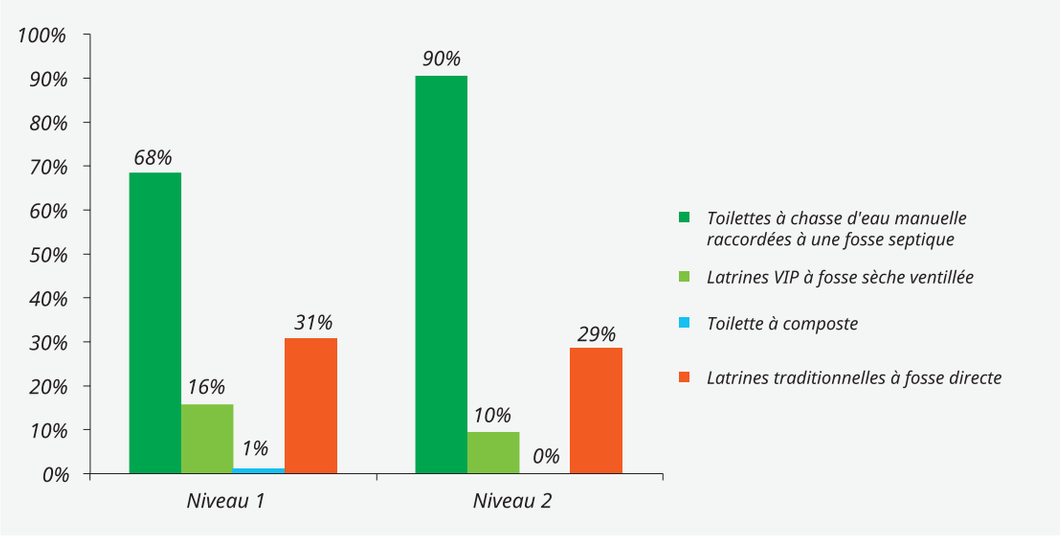

***Figure 102** : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de latrines appropriées en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacun des six régions sanitaires prioritaires
Dans chacune des six Régions sanitaires prioritaires, les responsables d'établissements publics de soins de santé se sont majoritairement exprimés en faveur des toilettes à chasse d'eau manuelle raccordées à une fosse septique avec des taux variant entre 57 % et 83 % (*Figure 103*). Le second choix des responsables d'établissements publics de soins de santé s'est orienté vers les « latrines traditionnelles à fosse directe » avec des taux oscillant entre 17 % et 54 %.

Les toilettes à chasse d'eau manuelle raccordées au réseau d'égout sont une variante des toilettes à chasse d'eau manuelle raccordées à une fosse septique. La différence entre les premières et les secondes réside dans le fait qu'il n'est point besoin de faire des vidanges. Les excréta étant directement acheminés par le réseau d'égout.

Pour rappel, En Côte d'Ivoire, seulement quatre villes disposent d'un réseau d'égout : Abidjan, Bouaké, San-Pedro et Yamoussoukro. Le principal réseau d'égout de Côte d'Ivoire est réalisé à Abidjan.

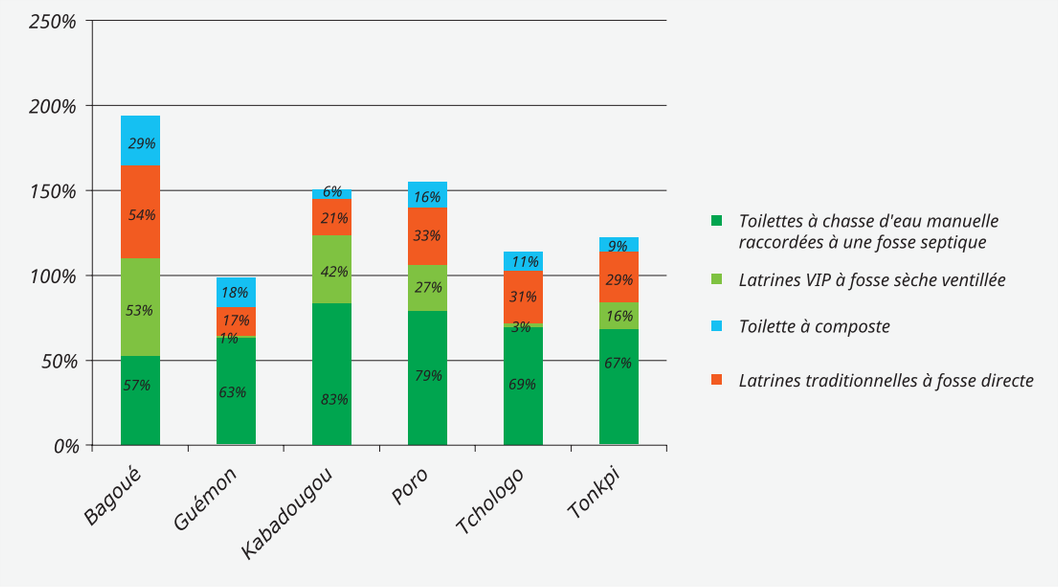

***Figure 103** : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de latrines appropriées dans chacun des Régions sanitaires prioritaires*

4.4.2. Défis relatifs à l'hygiène

4.4.2.1. Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains

Au niveau de l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires
Les dispositifs de lavage des mains (DLM) sont nécessaires pour assurer le lavage des mains et les rendre saines. La pratique du lavage des mains est une barrière importante contre les maladies infectieuses. Cependant, pour qu'elle puisse être réalisable, la disponibilité de DLM fonctionnelle est nécessaire. L'observation des DLM par les enquêteurs et les entretiens réalisés auprès des enquêtés ont permis de consigner les résultats ci-dessous.

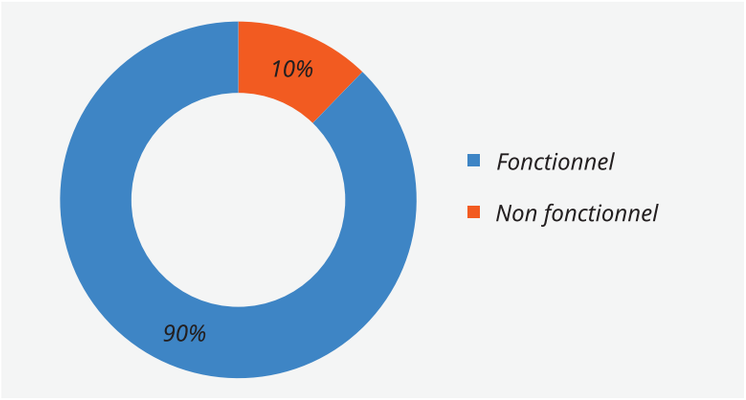

***Figure 104** : Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains dans les six régions sanitaires prioritaires*

Les résultats de l'enquête indiquent que 90 % des DLM sont fonctionnels. Seuls 10 % de DLM rencontraient des difficultés de fonctionnement. Des efforts sont encore nécessaires pour approcher le taux de 100 %.

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires
L'enquête de terrain montre que 90% des DLM sont fonctionnels dans les établissements publics de soins de santé des deux premiers niveaux de la pyramide sanitaire (***Figure 105***).

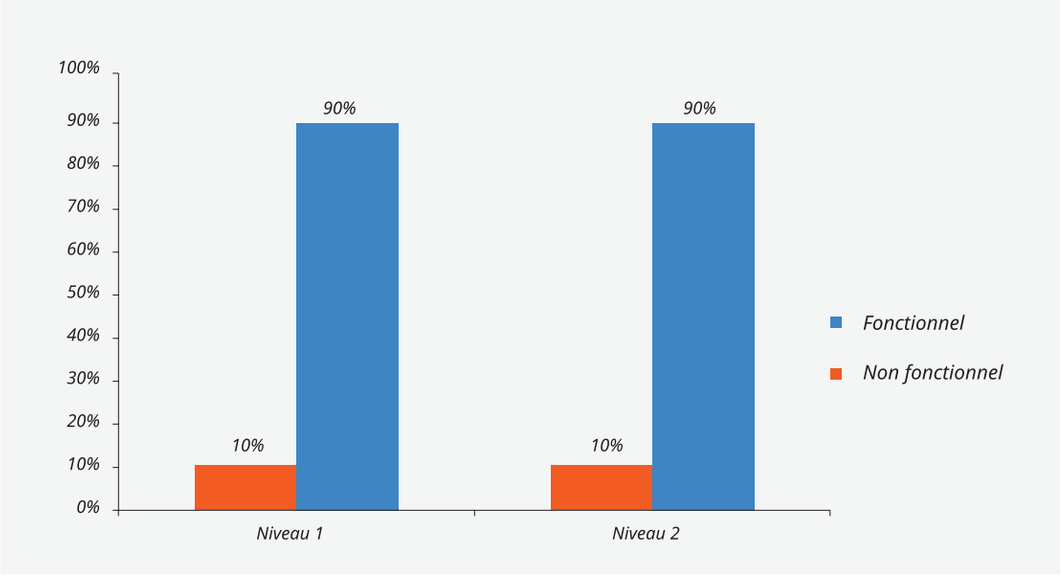

***Figure 105** : Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacun des six régions sanitaires prioritaires

Dans chacune des six Régions sanitaires prioritaires, l'enquête a révélé que la plupart des DLM sont fonctionnels. Le taux de fonctionnalité des DLM oscille entre 83 % et 93 % (***Figure 106***). L'enquête s'étant déroulée dans la période où les campagnes de sensibilisation contre la pandémie de la maladie à Coronavirus (COVID 19) se déroulaient intensément, on pourrait à juste titre dire qu'il y a un lien positif entre ces deux évènements.

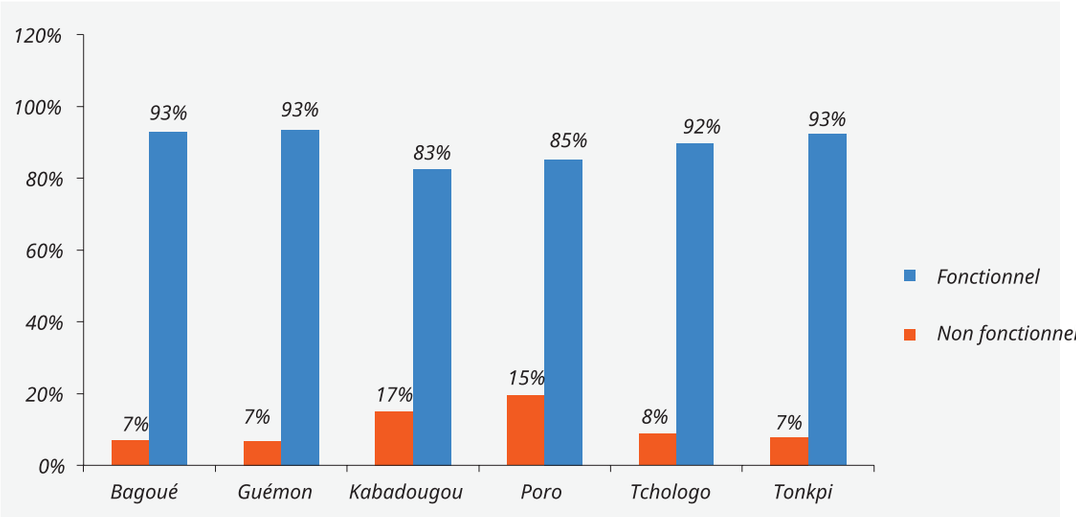

***Figure 106** : Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains dans les six Régions sanitaires prioritaires*

4.4.2.2. Facilité d'usage des dispositifs de lavage des mains par les patients et les accompagnants

Au niveau de l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires

La facilité d'usage d'une technologie de masse est cruciale dans l'atteinte des résultats escomptés. Aux patients et accompagnants, il a été demandé de donner leur avis sur la facilité d'usage des dispositifs de lavage des mains (DLM). Ci-dessous, les données compilées.

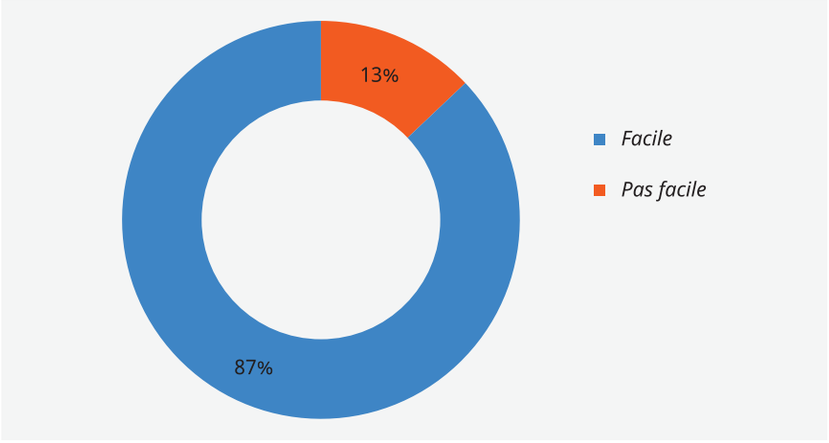

Figure 107 : *Facilité d'usage des dispositifs de lavage des mains par les patients et les accompagnants*

L'enquête a révélé que 87 % des patients et accompagnants jugent l'usage des DLM facile (***Figure 107***). Cependant, 13 % des enquêtés affirment éprouver des difficultés à utiliser les DLM. Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires

L'enquête de terrain montre une situation quasiment identique entre les deux niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, 87 % des patients et accompagnants au niveau 1 et 86 % au niveau 2 de la pyramide sanitaire trouvent l'usage des DLM facile (***Figure 108***).

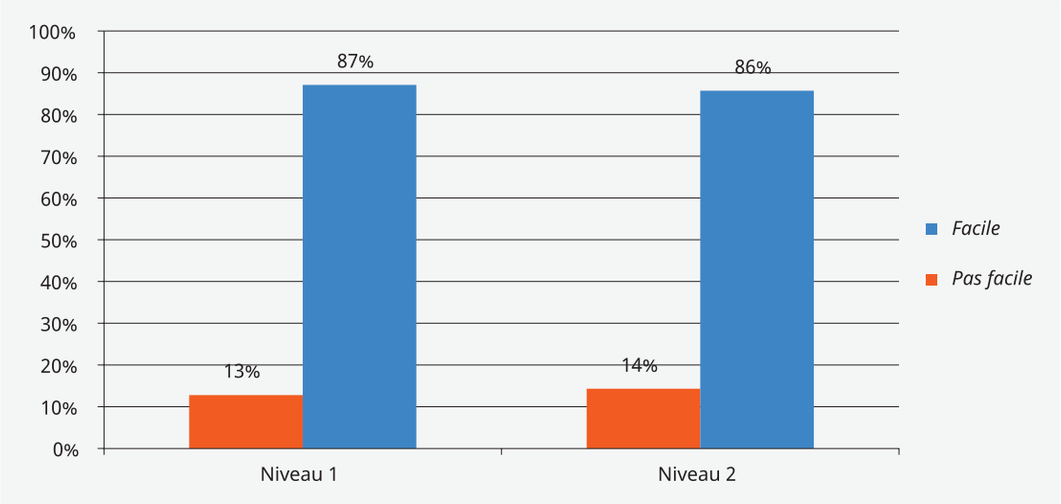

Figure 108 : *Facilité d'usage des dispositifs de lavage des mains par les patients et les accompagnants en fonction de la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacun des six régions sanitaires prioritaires

Dans chacune des six régions sanitaires prioritaires, l'enquête a révélé que les patients et accompagnants utilisent facilement les DLM. Les taux varient de 77 % dans le Kabadougou à 92 % dans le Guémon et le Tchologo (***Figure 109***).

Une attention doit être portée sur les modalités d'utilisation des DLM dans le Poro et dans le Kabadougou. En effet, 20 à 23 % des patients et accompagnants jugent l'usage des DLM un peu difficile.

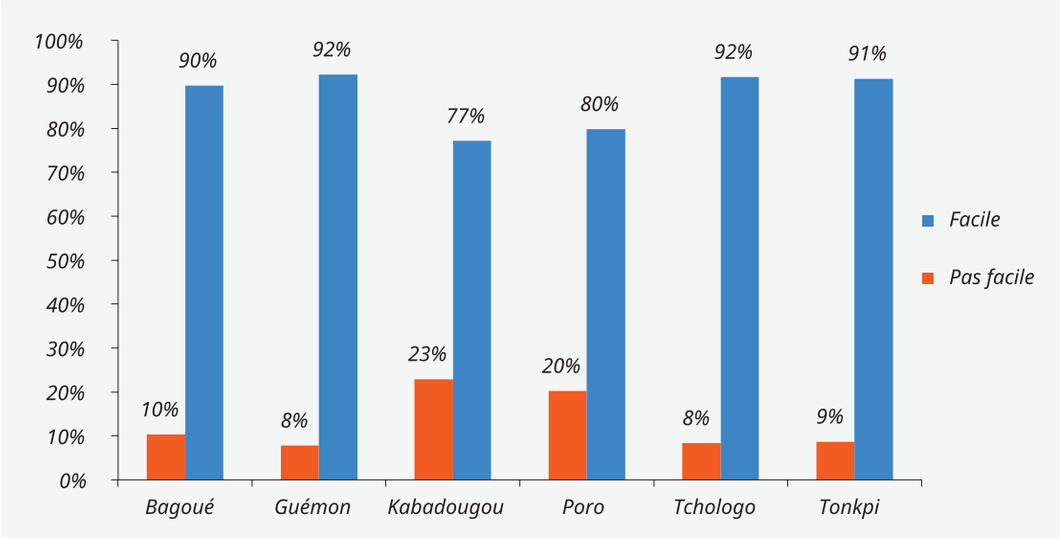

***Figure 109** : Facilité d'usage des dispositifs de lavage des mains par les patients et les accompagnants dans chacune des Régions sanitaires prioritaires*

4.4.2.3. Opinion des responsables d'établissements publics de soins sur les types de dispositifs de lavage des mains appropriés

Au niveau de l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires

Dans le cadre de l'enquête, l'avis des responsables d'établissements publics de soins de santé a été demandé sur le type de dispositifs de lavage des mains (DLM) qu'ils jugent approprié. Sur l'ensemble des enquêtés, 53 % se sont dits favorables au « Seau de 20 à 100 L avec couvercle et robinet ¼ de tour » (*Figure 110*). Le DLM « Lavabo + robinet relié au réseau de la SODECI » est apprécié par 34 % des enquêtés.

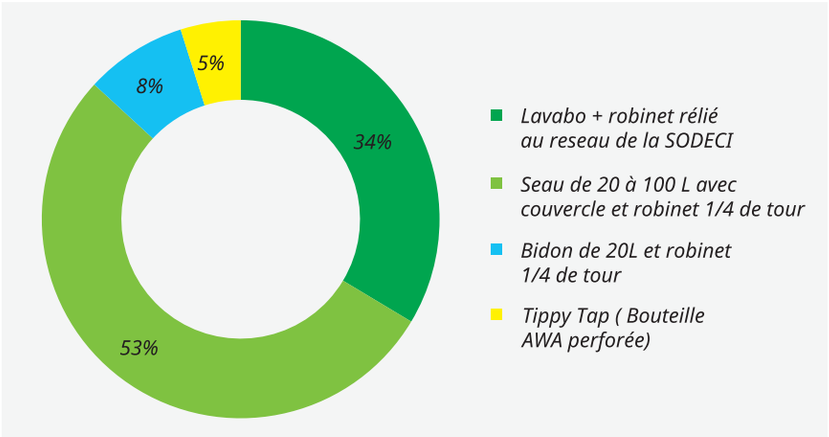

***Figure 110** : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de dispositifs de lavage des mains appropriées*

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires

L'enquête a montré un écart important entre les deux niveaux de la pyramide sanitaire. Les établissements publics de soins de santé de niveau 1 se sont prononcé pour le seau de 20 à 100 litres avec couvercle + robinet ¼ de tour à 74 % et pour le Lavabo + robinet relié au réseau de la SODECI à 33 % (*Figure 111*). Quant aux établissements publics de soins de santé de niveau 2, le choix s'est porté sur le Lavabo + robinet relié au RéPEP à 62 % et pour le Seau de 20 à 100 litres avec couvercle + robinet ¼ de tour à 52 %.

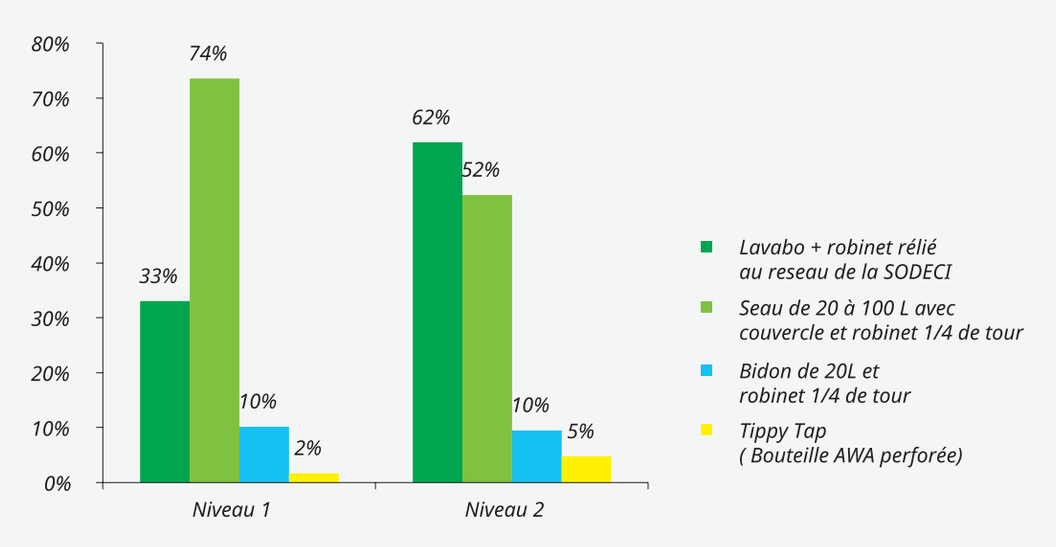

***Figure 111** : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de dispositifs de lavage des mains appropriées selon la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacun des six régions sanitaires prioritaires

Dans chacune des six régions sanitaires prioritaires, les avis des responsables d'établissements publics de soins de santé sont sensiblement les mêmes. Le « Seau de 20 à 100 litres avec couvercle + robinet 1/4 de tour » est le choix principal des responsables avec un taux oscillant entre 52 % et 81 %. Le Lavabo + robinet relié au réseau de la SODECI vient en deuxième position avec un taux variant de 21 % à 47 % (***Figure 112***).

Les responsables des établissements publics de soins de santé ont également fait le choix d'une alternative aux deux DLM précédemment cités. Il s'agit du Bidon de 20 L et robinet ¼ de tour. Cette alternative a été évoquée dans les Régions sanitaires de la Bagoué (25 %), du Tchologo (14%), du Kabadougou (13 %), du Poro (6%), du Tonkpi (4%) et enfin du Guémon (1%). Le choix de ce type de DLM est apprécié pour son coût relativement bas par rapport aux deux autres.

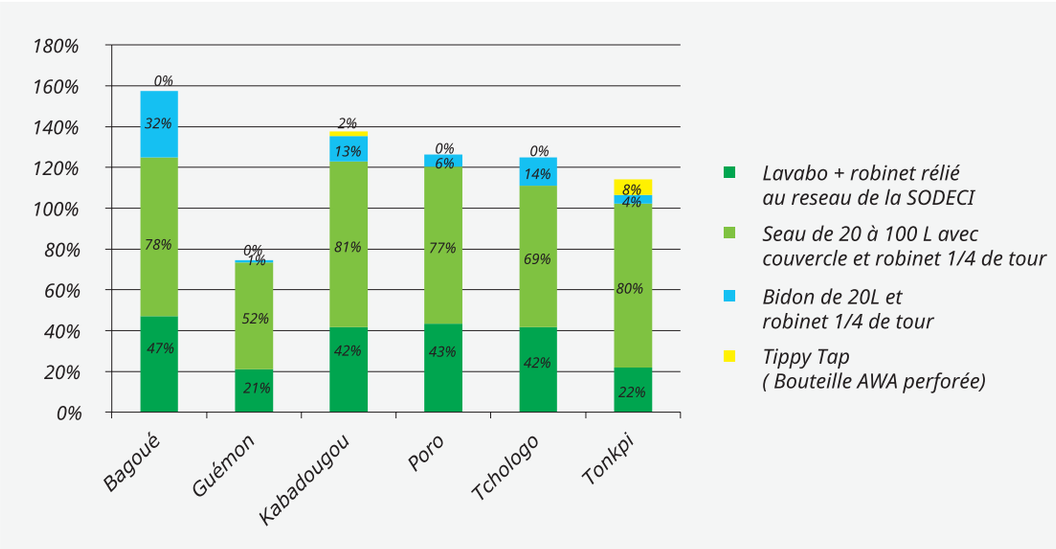

***Figure 112** : Opinion des responsables d'établissements publics de soins sur les types de DLM appropriées dans chacune des Régions sanitaires prioritaires*

4.4.3. Défis relatifs à l'approvisionnement en eau

4.4.3.1. Opinion des responsables d'établissements publics de soins sur les sources appropriées d'approvisionnement en eau potable

Au niveau de l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires
La disponibilité d'eau potable est un impératif pour assurer des soins de qualité. Cependant, il y a un lien très étroit entre la source d'approvisionnement en eau et la qualité d'eau fournie. Dans le cadre de cette étude, l'opinion des responsables d'établissement a été demandée sur les sources d'approvisionnement en eau potable qu'ils jugent appropriées pour leurs établissements. Ci-dessous, les résultats enregistrés.

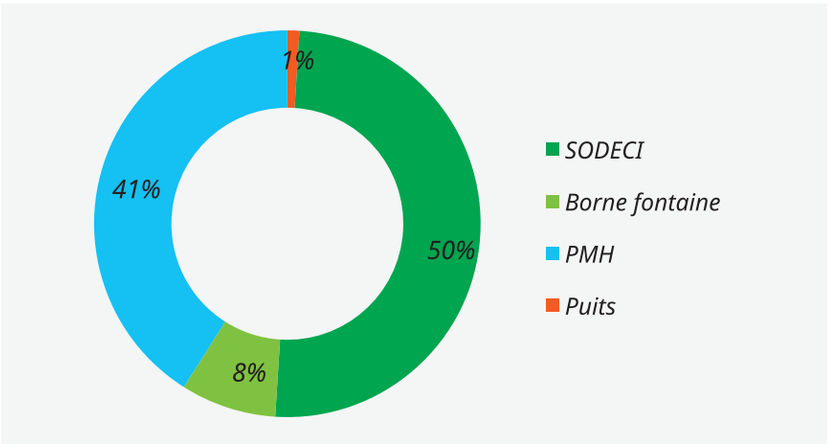

***Figure 113** : Opinion des responsables d'établissements publics de soins sur les sources appropriées d'approvisionnement en eau potable selon la pyramide sanitaire*

L'enquête a révélé que 50 % des responsables d'EPS souhaitent disposer de l'eau potable provenant de la SODECI (***Figure 113***). Une proportion de 41 % des enquêtés souhaitent, quant à eux, des bornes fontaines. Cependant, on note que 1 % des enquêtés juge opportun de disposer de puits pour approvisionner l'EPS. Cela pourrait s'expliquer par le fait de l'éloignement de l'EPS du centre urbain et de l'absence totale d'infrastructure de base d'approvisionnement en eau potable.

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires
On note une forte disparité entre les établissements publics de soins de santé des deux niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, les responsables d'établissements publics de soins de niveau 2 préfèrent l'eau provenant des installations de la SODECI (81 %) (***Figure 114)***. Comme alternative à l'eau provenant des installations de la SODECI, ils optent pour l'eau provenant des forages équipés de pompes à motricité humaine (PMH).

Quant aux responsables des établissements publics de soins de santé de niveau 1, les choix se répartissent entre l'eau de la SODECI (45 %) et l'eau provenant des PMH (41 %).
Ainsi pour les responsables des établissements publics de soins de santé de ces deux niveaux de la pyramide sanitaire, les deux sources principalement évoquées sont les installations de la SODECI et les PMH.

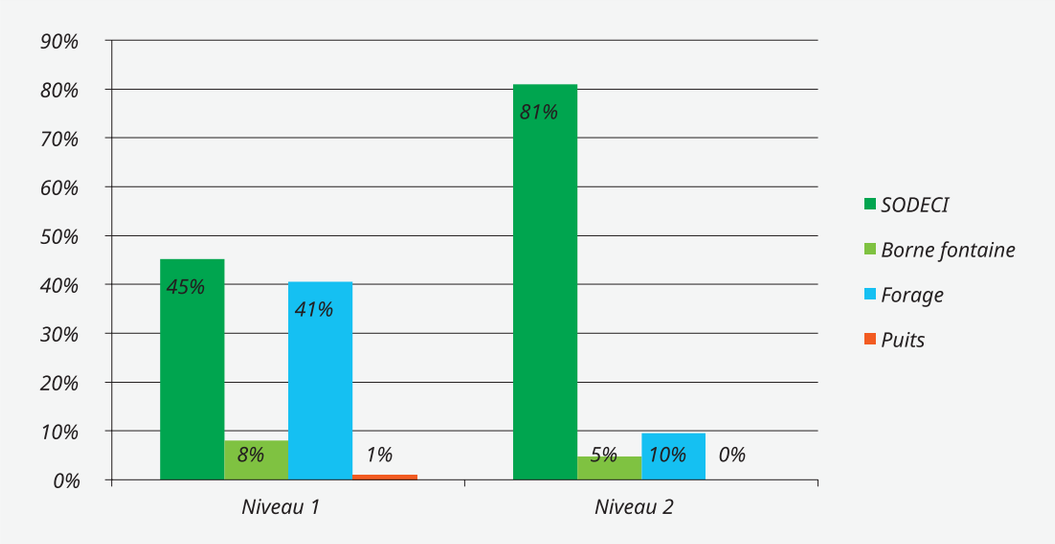

***Figure 114** : Opinion des responsables d'établissements publics de soins sur les sources appropriées d'approvisionnement en eau potable selon la pyramide sanitaire*

Au niveau de chacun des six régions sanitaires prioritaires

Dans chacune des six régions sanitaires prioritaires, l'enquête a révélé que les responsables des établissements publics de soins de santé de quatre régions sanitaires se sont prononcés pour la SODECI. Il s'agit du Kabadougou (67%), de la Bagoué (54 %), du Tonkpi (51 %) et du Tchologo (50 %) (***Figure 115***).

En plus du choix pour l'eau de la SODECI, ces quatre Régions sanitaires ont choisi comme source alternative l'eau provenant des pompes à motricité humaine (PMH).

Quant aux responsables d'établissement publics de soins des deux autres régions, leurs choix ont porté principalement sur les sources d'eau de la SODECI et des PMH. Ainsi, dans le Guémon 32 % pour la SODECI et 40 % pour les PMH. Dans la Région sanitaire du Poro, 40 % pour l'eau de la SODECI et 48 % pour les PMH.

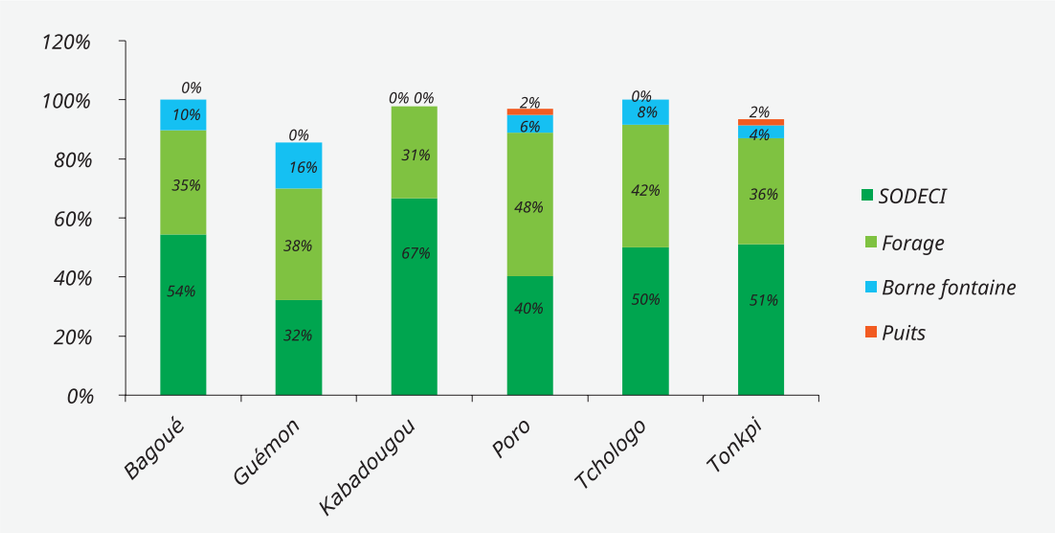

***Figure 115** : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les sources appropriées d'approvisionnement en eau potable dans chacune des Régions sanitaires prioritaires*

4.5. MÉCANISMES DE FINANCEMENT RELATIFS À L'EHA DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SOINS

4.5.1. Existence de normes en matière de réalisation des infrastructures EHA

En toute chose, il est ben de définir des normes afin d'avoir des références qui structurent et qui orientent les croyances et les pratiques. Dans le domaine de la santé, il est nécessaire de disposer de normes en matière de réalisation d'infrastructures sanitaires.

Aux responsables d'EPS, la question leur a été posé de savoir s'ils avaient connaissance de l'existence de normes en matière de réalisation d'infrastructures EHA au sein des EPS. A cette question, les réponses suivantes ont été consigné dans la figure ci-dessous.

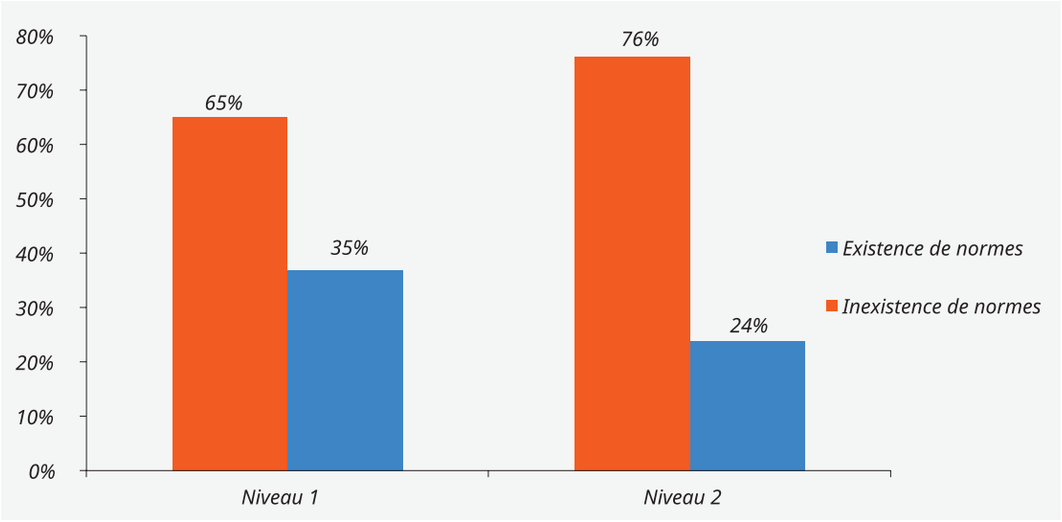

***Figure 116** : Existence de normes pour la réalisation des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins en fonction de la pyramide sanitaire*

Dans l'ensemble des établissements publics de soins visités, il ressort dans la majorité des cas qu'il n'existe pas de normes spécifiques pour réaliser les infrastructures EHA en Côte d'Ivoire (***Figure 116***).

Ce constat est pareil quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire considérée. En effet, il est enregistré une proportion de 65 % des EPS du niveau 1 mentionnant l'inexistence de normes pour la mise en place des infrastructures EHA en milieu de soins contre 76 % des EPS du niveau 2.

4.5.2. Importance des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins

Au niveau de l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires
Vu la particularité des EPS en tant que milieu de vie et l'inexistence de normes spécifiques pour la réalisation des infrastructures EHA dans ces établissements en Côte d'Ivoire, il convient de rappeler l'importance des services EHA dans l'amélioration des prestations de soins de santé. En effet, les infrastructures EHA contribuent énormément à l'amélioration du cadre hygiénique des EPS et à la prévention des maladies tout en minimisant les risques d'infection du personnel de santé et des patients.

Aux Responsables d'EPS, il a été demandé de savoir si les infrastructures EHA jouaient un rôle important dans leurs établissements. Dans la figure ci-dessous, les résultats suivants ont été consignés.

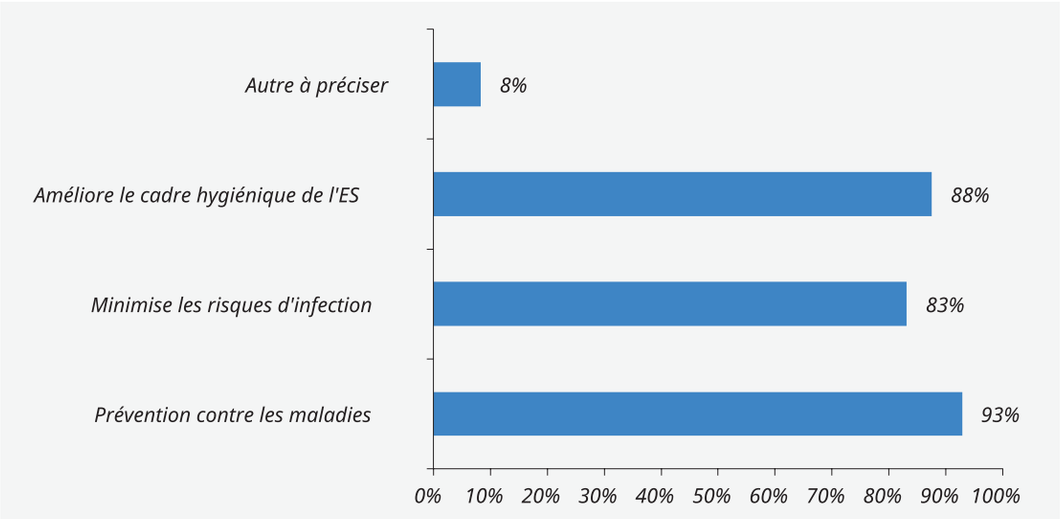

***Figure 117** : Importance des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins dans les six (06) Régions sanitaires prioritaires selon les Responsables d'EPS*

A cette question, l'enquête a révélé que les infrastructures EHA étaient d'une grande importance. Dans plus de 80 % des EPS visités (***Figure 117***). Ces infrastructures EHA contribueraient à près de 90 % à la prévention des maladies (93 %) et à l'amélioration du cadre de vie des EPS (88 %).
Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires

Tenant compte des différents niveaux de la pyramide sanitaire, les observations sont sensiblement identiques. Les proportions des EPS reconnaissant l'importance des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement oscillent entre 81 % et 93 % (***Figure 118***).

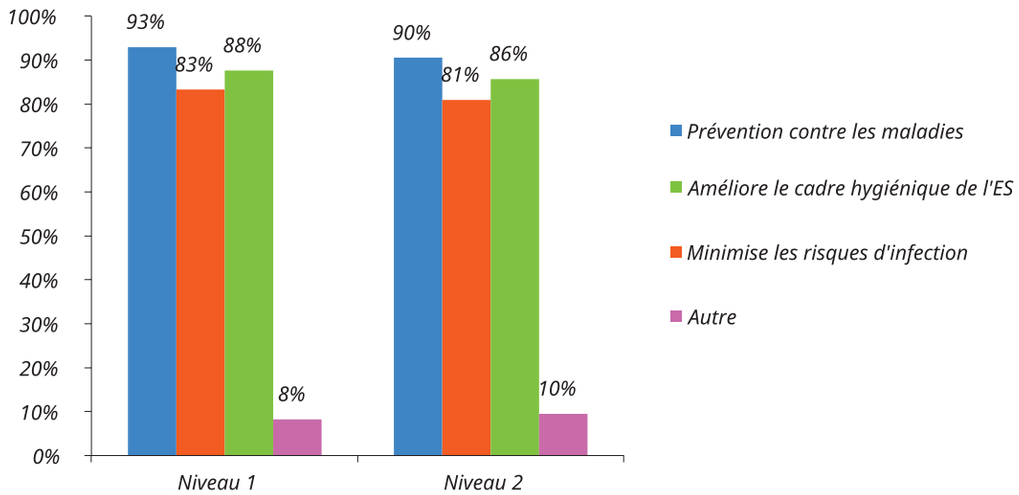

***Figure 118** : Importance des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins en fonction de la pyramide sanitaire*

4.5.3. Efficacité des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins

Au niveau de l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires
Malgré la reconnaissance de l'importance des infrastructures EHA dans les EPS par les responsables, la question de l'efficacité de celles-ci demeure. Il est important de disposer d'infrastructures EHA, cependant, il faut que ces infrastructures puissent valablement jouer leur rôle en termes d'efficacité.

Aux responsables d'EPS, il a été demandé de juger l'efficacité des infrastructures EHA réalisées.

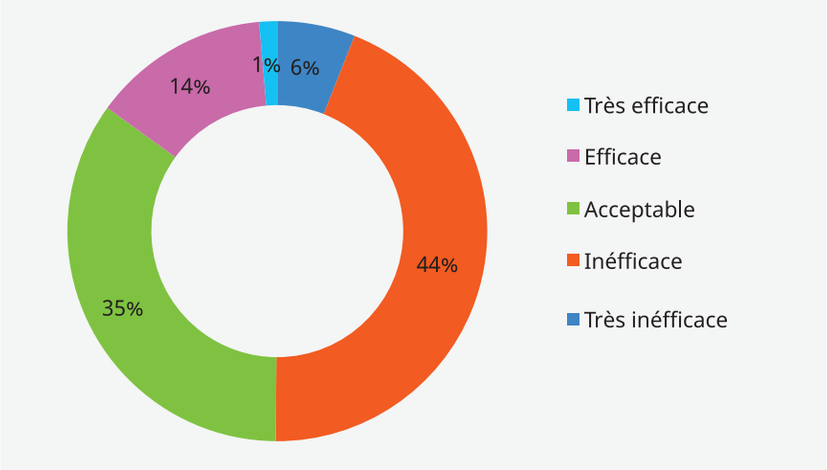

***Figure 119** : Efficacité des services EHA dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires*

L'enquête a montré que les responsables d'EPS ne sont pas satisfaits des infrastructures EHA mis à la disposition des patients, des accompagnants et du personnel. En effet, on note que 44 % des responsables d'EPS jugent inefficaces leurs infrastructures EHA. Seulement 35 % les trouvent acceptables.

La question de l'efficacité des infrastructures indique qu'il faut repenser les technologies mises à disposition.

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires

L'analyse en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire montre des proportions plus élevées d'inefficacité des services EHA dans les EPS du niveau 1 (45 %) contre 33 % au niveau 2 (***Figure 120***). Inversement, dans les EPS du niveau 2 de la pyramide sanitaire les services EHA sont plus efficaces (24 %) que ceux du niveau 1 (13 %).

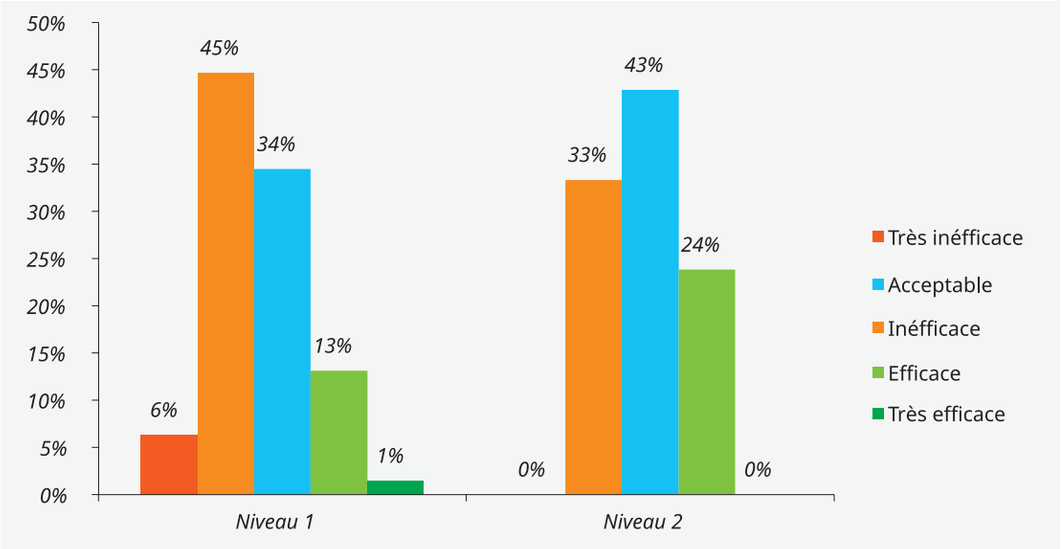

***Figure 120** : Efficacité des services EHA dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires en fonction de la pyramide sanitaire*

4.5.3. Financement des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins

L'importance des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement (EHA) dans les établissements publics de soins (EPS) étant largement reconnue, et considérant les taux très faibles d'accès aux services de base EHA dans les EPS, il est opportun d'apprécier à qui revient les financements en matière d'investissement, de fonctionnement et d'approvisionnement en consommable (savons, gels mains, ...).

Au niveau de l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires

Dans l'ensemble des EPS des six (06) Régions sanitaires prioritaires visitées, il ressort que la responsabilité du financement des infrastructures EHA revient en premier lieu au Cabinet du Ministère en charge de la santé (44 %), puis en second lieu aux Districts sanitaires (39 %) et vient en troisième position la Direction générale de la santé (28 %) (*Figure 121*).

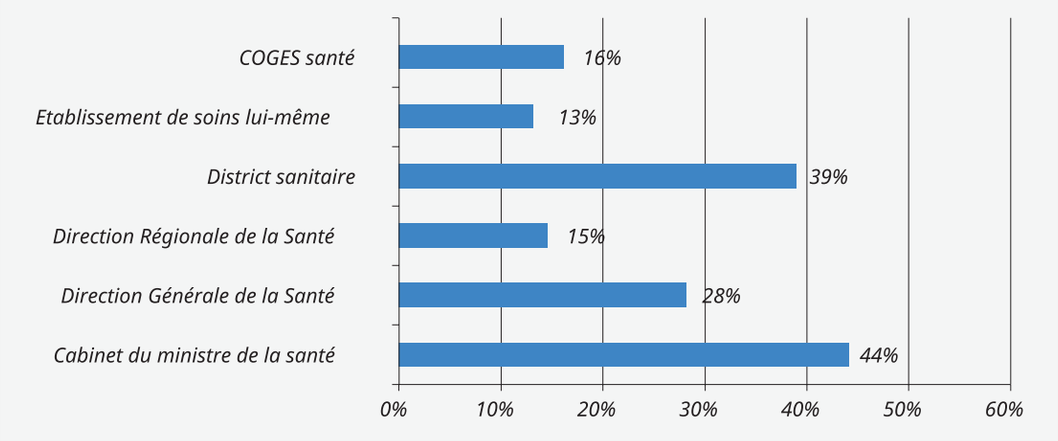

Figure 121 : Responsabilité du financement des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins des six (06) Régions sanitaires prioritaires

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires

Pour les EPS du niveau 1 de la pyramide sanitaire, l'enquête révèle également que le financement des infrastructures EHA devrait revenir en premier lieu au Cabinet du Ministère en charge de la santé (43 %), puis en second lieu aux Districts sanitaires (40 %) et vient en troisième position de la Direction générale de la santé (28 %) (*Figure 122*). Par contre au niveau 2 de la pyramide sanitaire, cette responsabilité revient largement au Cabinet du Ministère en charge de la santé (62 %), puis secundo à la Direction générale de la santé (33 %) et ensuite les Districts sanitaires (24 %).

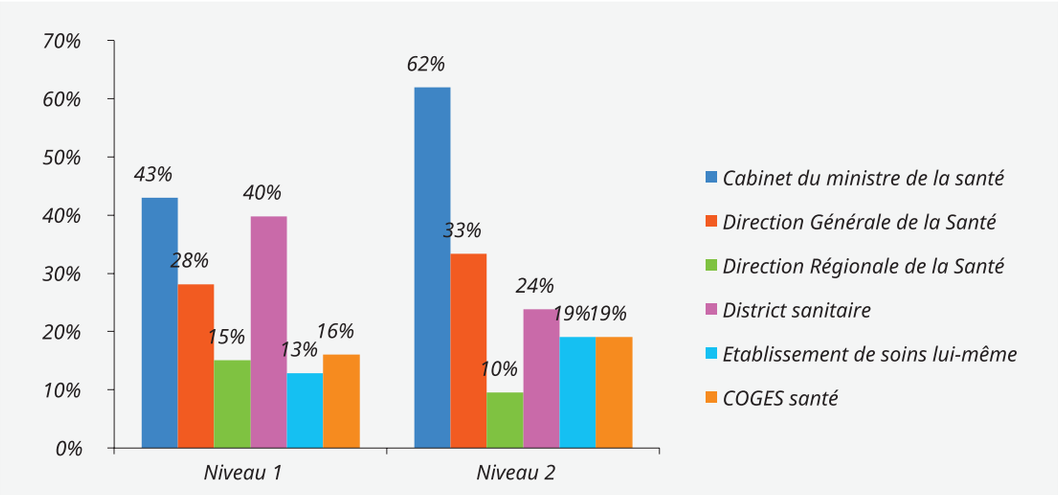

Figure 122 : Responsabilité du financement des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins suivant la pyramide sanitaire

4.5.4. Mécanismes de financement idéals pour les infrastructures EHA dans les établissements publics de soins

Au niveau de l'ensemble des six régions sanitaires prioritaires

L'enquête révèle que les mécanismes de financement idéals pour les infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement (EHA) dans les établissements publics de soins de l'ensemble des six (06) régions sanitaires prioritaires sont principalement basés sur la planification budgétaire du Ministère en charge de la santé (45 %) et les subventions provenant des organisations nationales et/ou internationales (45 %).

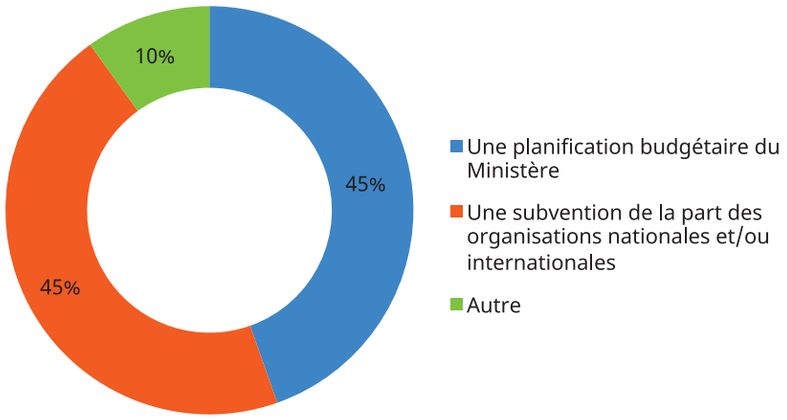

Figure 123 : Mécanismes de financement idéals pour les infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans l'ensemble des six (06) Régions sanitaires prioritaires

Au niveau de la pyramide sanitaire des six régions prioritaires

Cette même tendance est observée dans les établissements publics de soins (EPS) du niveau 1 de la pyramide sanitaire. Dans les EPS de ce niveau 1, les proportions de subventions provenant des organisations nationales et/ou internationales sont de 46 % et de 44 % pour la planification budgétaire du Ministère en charge de la santé. Au niveau 2 de la pyramide sanitaire, six (06) établissements de soins sur dix (10) font référence à la planification budgétaire du Ministère en charge de la santé, soit 60 % des EPS contre 40 % pour les subventions issues des organisations nationales et/ou internationales.

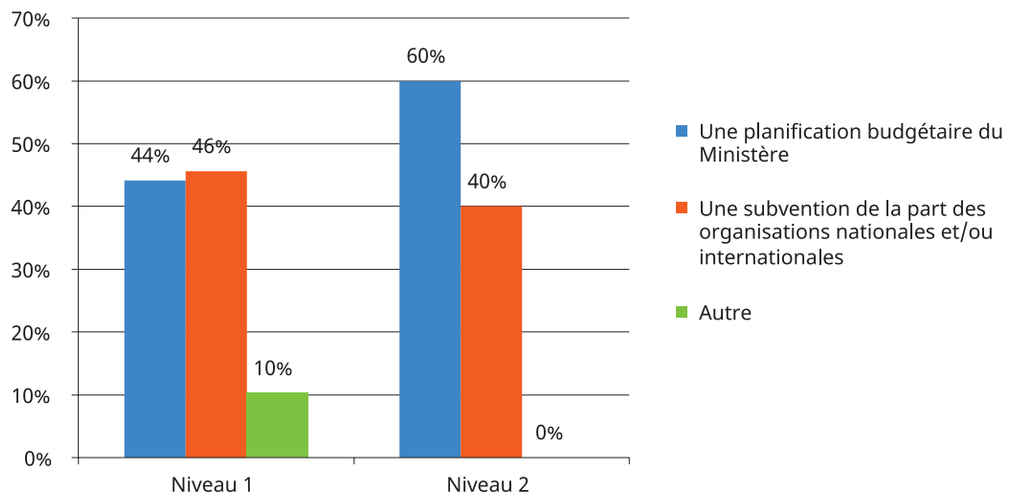

Figure 124 : Mécanismes de financement idéals pour les infrastructures EHA dans les établissements publics de soins en fonction de la pyramide sanitaire

4.6. SUGGESTIONS DU PERSONNEL DE SANTÉ

L'enquête a permis de recueillir auprès des acteurs de la santé interviewés quelques suggestions qui pourraient permettre une meilleure gestion et un meilleur entretien des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement existants dans les établissements publics de soins (EPS) visités. Les paragraphes ci-dessous présentent l'essentiel des propositions recueillies.

4.6.1. Suggestions pour une meilleure gestion et utilisation des latrines

Les résultats de l'enquête révèlent quatre (04) aspects importants à prendre en compte en vue d'une meilleure gestion et utilisation des latrines dans les EPS (*Figure 125)*. Il s'agit par ordre d'importance de :

- la sensibilisation des usagers sur l'utilisation hygiénique des latrines ;
- le respect des règles d'hygiène ;
- l'amélioration des équipements du personnel d'entretien ;
- l'entretien régulier des latrines.

En outre, il est sollicité un appui matériel et financier du Ministère en charge de la santé ainsi que l'appui des organisations nationales et internationales.

Par ailleurs, d'autres suggestions ont été soulignées notamment le recrutement de personnel spécialisé dédié, la construction de latrines supplémentaires, la disponibilité de l'eau, la formation du personnel, la mise en place de comités de gestion, de veille et de surveillance, etc.

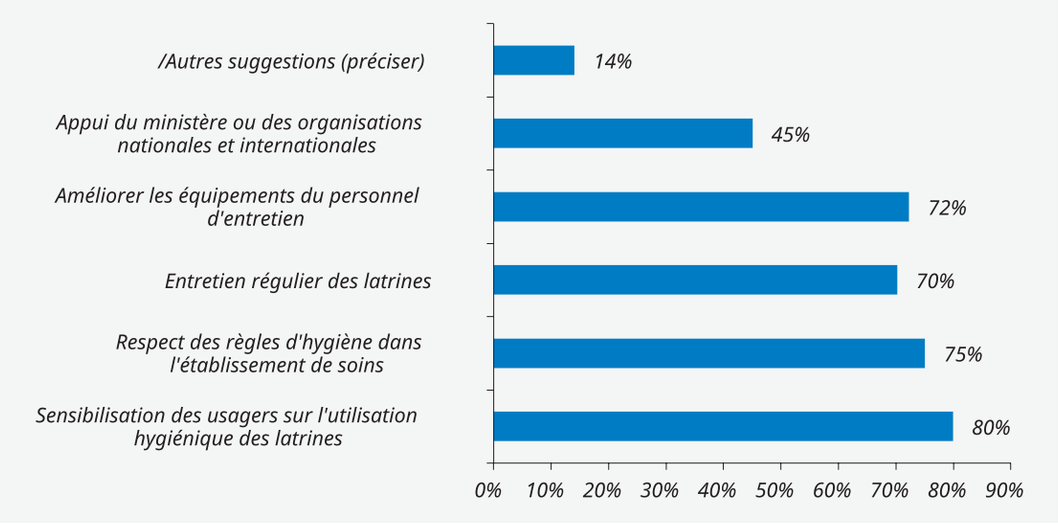

Figure 125 : *Suggestions du personnel de santé des six (06) Régions sanitaires prioritaires pour une meilleure utilisation des latrines dans les établissements publics de soins*

L'ensemble de ces suggestions est valable pour tous les établissements publics de soins quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire auquel ils appartiennent.

4.6.2. Suggestions pour une meilleure gestion et utilisation des dispositifs de lavage des mains

Pour ce qui concerne les dispositifs de lavage des mains (DLM), il ressort trois (03) propositions majeures pour une utilisation optimale, à savoir par ordre de priorité :

- sensibiliser les usagers sur les bonnes pratiques d'hygiène ;
- équiper les bâtiments en DLM fonctionnels ;
- mettre des consignes d'hygiène et de lavage des mains à l'entrée des bâtiments.

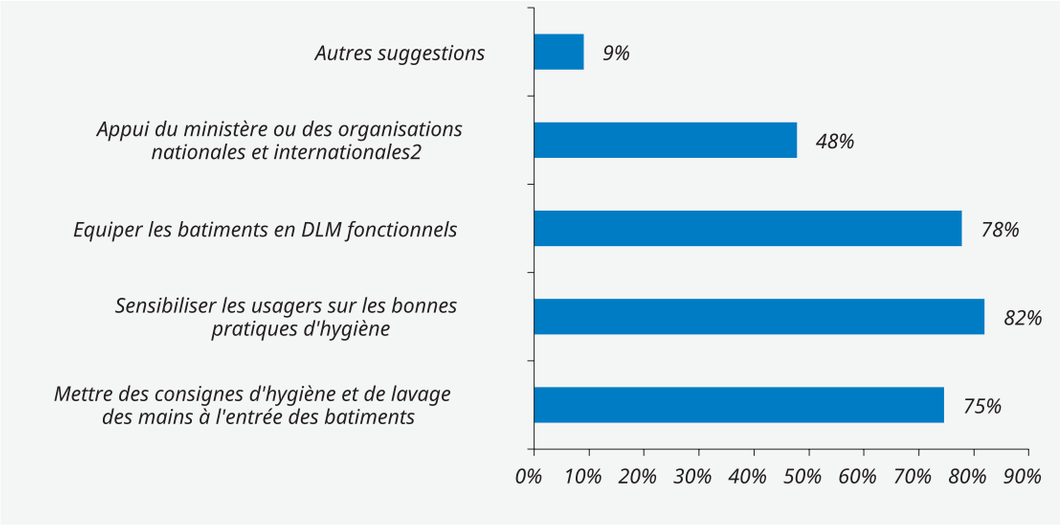

***Figure 126** : Suggestions du personnel de santé des six (06) Régions sanitaires prioritaires pour une utilisation optimale des dispositifs de lavage des mains dans les établissements publics de soins*

A côte de ces actions prioritaires à considérer pour une utilisation optimale des DLM, un appui du Ministère en charge de la santé ou des organisations nationales et internationales serait bien indiqué.

D'autres suggestions ont été également faites pour une meilleure gestion et utilisation des dispositifs de lavage des mains. Il s'agit notamment de la disponibilité de l'eau en permanence et de la disponibilité de savon et de solution hydro-alcoolique.

4.6.3. Suggestions pour un meilleur service d'approvisionnement en eau

Au niveau de l'accès à l'eau, deux (02) points indispensables ont été soulignés par la plupart des acteurs de la santé en vue d'une gestion améliorée des sources d'approvisionnement en eau dans les établissements publics de soins :

- la construction d'ouvrages de stockage de l'eau pour la continuité du service en cas de coupures d'eau ;
- l'accroissement du nombre de points d'eau.

D'autres suggestions ont également été formulées, notamment la réhabilitation des points d'eau existants non fonctionnels et la construction d'infrastructures d'approvisionnement en eau au sein des établissements de soins.

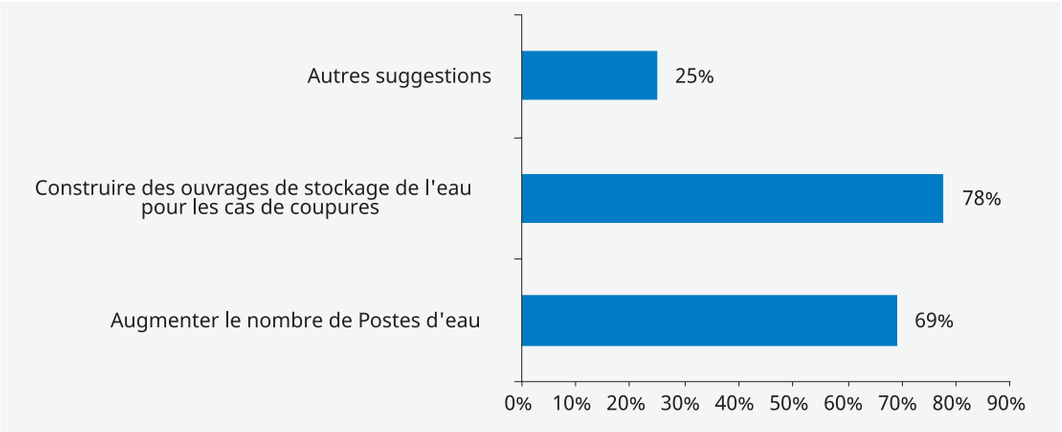

***Figure 127** : Suggestions du personnel de santé des six (06) Régions sanitaires prioritaires pour une gestion améliorée des sources d'approvisionnement en eau dans les établissements publics de soins*

Comme dans le cas de l'usage des latrines, l'ensemble de ces propositions, pour une gestion améliorée des sources d'approvisionnement en eau, reste valable pour tous les établissements publics de soins quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire auquel ils appartiennent.

4.7. RECOMMANDATIONS ET ORIENTATIONS

Conformément aux résultats obtenus de l'état des lieux, les recommandations suivantes, non exhaustives, sont formulées pour améliorer l'accès aux services de base d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins (EPS). En effet, selon les échelles de services EHA définies dans le rapport conjoint OMS/UNICEF (JMP, 2019), il ressort un faible taux (40 %) d'EPS disposant de services de base d'eau et l'inexistence de services de base d'assainissement et d'hygiène respectivement dans 55% et 11% des EPS.

4.7.1. Recommandations

A l'endroit du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP)

Accès aux services de base d'eau

- Equiper les établissements publics de soins (EPS) en points d'eau améliorés.
- Trouver un mécanisme adéquat pour l'entretien et la maintenance des points d'eau.
- Doter les EPS en dispositifs de stockage de l'eau pour garantir la disponibilité en cas de rupture du service d'eau.

Accès aux services de base d'assainissement

- Prendre en compte les divers aspects de l'approche genre dans la construction des infrastructures, notamment les dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle pour les femmes et les dispositifs pour faciliter l'accès des personnes handicapés aux infrastructures.
- Sensibiliser les usagers des toilettes sur leur utilisation.
- Assurer l'entretien et l'hygiène des toilettes réservées aux patients et accompagnants par un personnel dédié (agents d'hygiène, ...).

Accès aux services de base d'hygiène des mains

- Doter les EPS en DLM en tenant compte des taux de fréquentation.
- Assurer la disponibilité du consommable, notamment du savon ou d'autres produits de lavage des mains.
- Sensibiliser les usagers sur l'utilisation des DLM.

Accès aux services de base de gestion des déchets sanitaires

- Encourager les personnels de soins à la pratique effective du tri des déchets sanitaires en dotant les EPS de matériels appropriés (gants de ménage, poubelles, boites de sécurité, ...).
- Mettre aux normes les équipements de traitements existants (incinérateurs, fosses à placenta, fosses à brulage, ...).

4.7.2. Orientations

Afin de faire un meilleur ciblage et définir une bonne stratégie d'intervention pour des services de santé de base et la qualité et sécurité des soins en Côte d'Ivoire, les orientations ci-après sont mentionnées :

- établissement de normes spécifiques en matière d'Eau, d'Hygiène et d'Assainissement (EHA) pour les établissements de soins sur la base des normes de l'OMS ;
- définition d'une politique et/ou élaboration d'un plan national pour l'EHA dans les établissements de soins, avec des cibles de couverture claires.

Sur cette base, il convient de :

- définir des indicateurs clés harmonisés pour le suivi de l'accès aux services EHA pour chacune des sous-composantes du secteur, les indicateurs existants étant parfois différents d'une évaluation à l'autre, et ce suivant les acteurs (JMP, GLAAS, MICS, ...).
- adopter des méthodes de calcul consensuelles pour chaque indicateur EHA dans les établissements de soin ;
- définir un paquet minimum de services d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins en vue d'harmoniser les actions des différents acteurs et parties prenantes pour de meilleurs services de santé ;
- intégrer des indicateurs clés d'EHA dans les actions générales des Directions départementales et régionales (DD et DR) de la santé et de l'hygiène publique, à travers un système de suivi innovant en vue de la collecte régulières des données.

PROPOSITIONS D'AXES STRATEGIQUES

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

AXE STRATÉGIQUE 1 : DÉVELOPPEMENT D'INFRASTRUCTURES HYDRAULIQUES AMELIOREES AU SEIN DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SOINS (EPS)

Le développement des infrastructures hydrauliques peut être concrétisé par le renforcement et la construction de nouveaux points d'eau dans les EPS, l'installation de points d'eau dans les salles de soins et la dotation en matériel de stockage d'eau (cubiténaires, bacs à réservoir, fûts en plastique dotés de couvercles).

ASSURER UN SERVICE D'ACCÈS DURABLE ET EQUITABLE A L'EAU POTABLE DANS LES EPS

Les actions à adopter seraient de :

1. Renforcer la construction de nouvelles infrastructures et la réhabilitation des infrastructures non fonctionnelles en respectant les normes, et dans la mesure du possible prévoir des dispositifs spécifiques pour les personnes handicapées et à mobilité réduite ;
2. Mettre en œuvre une politique claire cohérente avec les objectifs de desserte et les perspectives de développement en prenant systématiquement en compte les EPS primaires ;
3. Conduire des activités de mobilisation, de Communication pour le Changement de Comportement (CCC), de renforcement de capacités du personnel de santé.

ASSURER LA PÉRENNISATION DES SERVICES D'ACCES A L'EAU POTABLE

La pérennisation des actions relatives à l'accès à l'Eau Potable repose sur deux principes de base :

1. Mobiliser des acteurs capables de développer et favoriser un accès durable et efficace ;
2. Mettre en place un mécanisme ou un dispositif (institutionnel, juridique, technique et financier) permettant d'assurer un service d'accès viable et fiable à l'approvisionnement en eau potable ;
3. Assurer le suivi et le contrôle de la qualité de l'eau.

AXE STRATÉGIQUE 2 : DÉVELOPPEMENT D'INFRASTRUCTURES D'ASSAINISSEMENT AMELIORE AU SEIN DES EPS

Le développement des infrastructures d'assainissement peut être concrétisé par la construction de latrines et d'urinoirs améliorées dans les EPS où ils n'existeraient pas, la réhabilitation des infrastructures non fonctionnelles et la mise en place de système de gestion en vue d'assurer durablement leur fonctionnalité.

ASSURER UN SERVICE D'ACCÈS DURABLE ET EQUITABLE AUX OUVRAGES D'ASSAINISSEMENT DANS LES EPS

1. Renforcer la construction des latrines et urinoirs et la réhabilitation des ouvrages non fonctionnels en respectant les normes, et dans la mesure du possible prévoir des dispositifs spécifiques pour les personnes à mobilité réduite et aussi tenir compte du genre ;
2. Mettre en œuvre une politique claire de gestion des fèces et urines en mettant un accent particulier sur les EPS primaires ;
3. Conduire des activités de mobilisation, d'IEC, de renforcement de capacités du personnel de santé et spécifiquement le responsable en charge des infrastructures d'assainissement ;
4. Identifier et désigner une ou des personnes responsables de la propreté des infrastructures d'assainissement.

ASSURER LA PÉRENNISATION DES SERVICES D'ACCES AUX OUVRAGES D'ASSAINISSEMENT DANS LES EPS

Pour assurer la pérennisation des actions relatives à l'accès aux ouvrages d'assainissement de base deux principes sont essentiels :

1. Mobiliser des acteurs capables de gérer les infrastructures disponibles ;
2. Mettre en place un mécanisme ou un dispositif (institutionnel, juridique, technique et financier) permettant d'assurer un service d'accès viable et fiable des ouvrages disponibles.

AXE STRATÉGIQUE 3 : PROMOTION DE L'HYGIENE ET GESTION DES DECHETS SANITAIRES AU SEIN DES EPS

La promotion de l'hygiène peut être matérialisée par l'équipement en matériel d'hygiène des EPS de de niveau 1 et 2 : DLM, Poubelles dotées de fermeture et équipement de traitement des déchets sanitaires ; la mise en état (rendre fonctionnel) des DLM au sein des EPS de niveau 1 et 2, le développement de campagne de sensibilisation pour la promotion de l'hygiène et le renforcement de capacités du personnel en charge de la gestion des déchets sanitaires.

ASSURER UN SERVICE D'HYGIENE EFFICACE

1. Equiper les EPS de DLM ;
2. Doter de poubelles, les EPS de niveau 1 qui en sont dépourvu et sensibiliser les EPS qui disposent de poubelles non couvertes de se mettre aux normes ;
3. Doter les EPS en équipement de traitement de déchets sanitaires ;
4. Assurer la fonctionnalité des DLM (disponibilité d'eau, détergent et robinet fonctionnel) et sensibiliser le personnel de santé à la pratique de l'hygiène des mains ;
5. Identifier et désigner une ou des personnes spécifiques pour maintenir et faire respecter les règles d'hygiène.

ASSURER LA PERENNISTION DU SERVICE D'HYGIENE

1. Redynamiser et créer des comités d'hygiène ;
2. Développer des campagnes de sensibilisation pour la promotion de l'hygiène ;
3. Assurer la disponibilité des produits et matériels d'hygiène dans les EPS.

ASSURER UN SERVICE EFFICACE DE GESTION DES DECHETS

1. Doter les EPS de matériels de collecte séparée des déchets (poubelles, sacs poubelle, boîtes de sécurité, chariots, ...) ;
2. Doter les EPS en équipement de traitement de déchets sanitaires ;
3. Renforcer les capacités du personnel de santé sur la gestion des déchets sanitaires ;
4. Mettre en application l'arrêté portant polarisation de la gestion des déchets sanitaires.

AXE STRATEGIQUE 4 : RENFORCEMENT DU CADRE REGLEMENTAIRE ET NORMATIF EN MATIERE D'EHA

RENFORCER LE CADRE REGLEMENTAIRE

1. Elaborer les documents de procédures, de directives en matière d'EHA ;
2. Elaborer de nouveaux textes réglementaires en complément de ceux existants ;
3. Valider et diffuser les textes élaborés.

RENFORCER LE CADRE NORMATIF

1. Elaborer et diffuser des documents de normes en matière d'EHA ;
2. Sensibiliser le personnel de santé à l'application des normes existantes.

CONCLUSION

Le présent rapport diagnostique relatif à l'analyse situationnelle de l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement (EHA) dans les établissements publics de soins (EPS) des six (06) régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF constitue la première analyse du genre en Côte d'Ivoire.

L'étude a révélé que seuls 32 % des établissements disposent de services de base d'approvisionnement en eau. Près de 60 % des établissements publics de soins sont dotés de services limités d'approvisionnement en eau. Environ 10 % des EPS ne sont pourvus d'aucun service d'approvisionnement en eau. Suivant la pyramide sanitaire, seuls 29 % des établissements publics de soins (EPS) du niveau 1 disposent de services de base d'approvisionnement en eau contre 90 % des EPS du niveau 2 qui en disposent. En termes de services limités d'approvisionnement en eau, 60 % des EPS du niveau primaire en sont équipés, tandis qu'il est enregistré 10 % d'EPS du niveau 2 qui en sont pourvus. Il n'existe pas d'EPS du niveau 2 où il n'y a aucun service d'approvisionnement en eau comparativement au niveau 1 où 10 % des EPS sont dépourvus de services d'approvisionnement en eau.

Pour ce qui concerne l'accès à l'assainissement, dans l'ensemble des six (06) régions prioritaires, plus de la moitié des latrines enregistrées sont non améliorées. En outre, plus de la moitié des établissements de soins ne disposent pas de latrines hygiéniques. L'approche genre est par ailleurs faiblement prise en compte dans l'usage des latrines. En termes de services, aucun établissement public de soins (EPS) n'est pourvu de services de base d'assainissement dans l'ensemble des six (06) régions prioritaires. Plus de la moitié des établissements publics de soins ne disposent d'aucun service d'assainissement. Seuls 45 % des EPS sont pourvus de services limités d'assainissement. Suivant la pyramide sanitaire, il est révélé que 57 % des établissements publics de soins visités du niveau 1 ne disposent d'aucun service de base d'assainissement contre seulement 14 % des EPS du niveau 2 qui n'en disposent pas. Seuls 43 % des EPS du niveau 1 sont pourvus de services limités d'assainissement comparativement au niveau secondaire où près de 90 % des EPS disposent de services limités d'assainissement

Relativement à l'hygiène des mains, il existe dans la totalité des EPS des dispositifs de lavage des mains (DLM) constitués principalement de "Seau avec couvercle équipé d'un robinet 1/4 de tour", de "Lavabo ordinaire de toilette avec robinet associé" et/ou de "Bidon équipé d'un robinet 1/4 de tour". Mais, la proportion des EPS qui disposaient de DLM avant l'avènement de la pandémie de la maladie à Coronavirus (COVID-19) est relativement plus bas. Des actions de sensibilisation à l'hygiène sont menées à travers des affiches. En termes de service, seuls 12 % des EPS de l'ensemble des six (06) régions prioritaires ne disposent d'aucun service d'hygiène. Des proportions similaires sont enregistrées aux niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire.

Quant à la gestion des déchets, la majorité des établissements publics de soins (EPS) enquêtés dispose d'un système de gestion adéquat des déchets sanitaires qui consiste au tri à la production des déchets pour une meilleure gestion. Pour le traitement des déchets sanitaires collectés, des fosses à placenta, des incinérateurs, des fosses ou puits à brûlage et des banaliseurs sont utilisés. En plus de ces équipements, la majorité des établissements de soins utilisent les boîtes de sécurité pour la collecte des objets piquants, coupants ou tranchants (OPCT).

Pour veiller à la fonctionnalité et à la propreté des infrastructures EHA, des difficultés relevant du manque de moyens financiers et des comportements non hygiéniques des usagers sont rencontrées dans les EPS quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire. Aussi, les EPS sont-ils confrontés à de fréquentes interruptions du service de fourniture d'eau et à l'insuffisance des points d'eau. Il est enregistré un taux de fonctionnalité élevé de DLM qui s'expliquerait par l'impact des campagnes de sensibilisation contre la pandémie de la maladie à Coronavirus (COVID 19) Dans l'ensemble des établissements publics de soins visités, il ressort dans la majorité des cas qu'il n'existe pas de normes spécifiques pour réaliser les infrastructures EHA en Côte d'Ivoire.

En matière de financement des infrastructures EHA, il ressort que la responsabilité revient en premier lieu au Cabinet du Ministère en charge de la santé, puis en second lieu aux Districts sanitaires et dans une moindre mesure à la Direction Générale de la Santé et de l'hygiène publique. Mais les mécanismes de financement idéals pour les infrastructures EHA devront être principalement basés sur la planification budgétaire du Ministère en charge de la santé et les subventions provenant des organisations nationales et/ou internationales.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bureau National d'Etudes Techniques et de Développement (BNETD), 2015. *Programme participatif d'amélioration des bidonvilles (PPAB) en Côte d'Ivoire, Phase 2 : Analyse des politiques, du cadre institutionnel, juridique et réglementaire des bidonvilles. BNETD-DAUDL,* 48p.

Brugère F. et Le Blanc G., 2012. *Dictionnaire politique à l'usage des gouvernés. Bayard,* 2012, ISBN : 978-2-227-48269-2.

Institut National de la Statistique (INS), 2015. *Recensement Général de la Population et de l'habitat (RGPH 2014). Données sociodémographiques et économiques des localités, résultats définitifs par localités.*

Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation, OMS/UNICEF, 2015. *Progress on Sanitation and Drinking Water – 2015 update and MDG assessment.*

Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation, OMS/UNICEF, 2017. *WASH dans l'agenda 2030 : Les nouveaux indicateurs mondiaux pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène*.

Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation, OMS/UNICEF, 2019**.** *Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène des ménages / 2000-2017 : Gros plan sur les inégalités*.

Ministère du Plan et du Développement, 2015. *Enquête sur le Niveau de Vie des Ménages de Côte d'ivoire (ENV)*

Ministère du Plan et du Développement, 2016. *Multiple Indicators Cluster Survey (MICS 2016)*

Plan National de Développement (PND), 2016-2020. *Tome 1 : Diagnostic stratégique de la Côte d'Ivoire sur la trajectoire de l'émergence.* 110p.

Plan National de Développement (PND), 2016-2020. *Tome 2 : Orientations stratégiques.* 120p.

Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), 2016-2020**.**

Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires (PNGDS), 2016-2020.

Plan de Suivi et d'Evaluation du PNDS 2016-2020, PSE-PNDS, 2016-2020.

ANNEXE

ANNEXE 2 :
Outils de collecte des données de terrain

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX RESPONSABLES D'ETABLISSEMENT DE SOINS

Contexte : *Dans la perspective de disposer d'une base de données fiable sur les services d'Eau d'Hygiène et d'Assainissement (EHA) dans les établissements de soins de Côte d'Ivoire, la Direction Générale de la Santé (DGS) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a commandité, avec l'appui financier et technique de l'UNICEF une enquête dans l'optique de mieux cibler les interventions dans ce secteur.*

Nom de l'enquêteur :.....**Date :**.....
Région sanitaire : .....**District sanitaire** :.....
Nom de l'établissement sanitaire :.....**Localité** .....

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT DE SOINS			
N°	**Questions**	**Réponses**	**Saut**
Q 101	Nom de l'établissement sanitaire		
Q 102	Nom du responsable de l'établissement sanitaire		
Q 103	Titre du responsable de l'établissement sanitaire		
Q 104	Nom du répondant		
Q 105	Titre du répondant		
Q 106	Capacité d'accueil (nombre de lits)		
Q107	Taux de fréquentation de L'Etablissement de soins		

SECTION 2 : ACCES A L'EAU (*mettre le numéro dans la colonne réponses*)				
N°	**Questions**	**Modalités**	**Réponses**	**Saut**
Q 201	Principale(s) source(s) d'approvisionnement en eau de l'établissement (***Choisir une seule réponse***)	1 - Eau courante (SODECI) 2 - Forage 3 - Puits protégé 4 - Puits non protégé 5 - Source protégée 6 - Sources non- protégée 7 - Eau de surface (rivière/lac/ marigot/mare...) 8 - Autre (précisez)..... 9 - Je ne sais pas 10 - Absence d'eau		Si Q201=12 allez à Q204
Q202	Emplacement de la (des) source (s)d'eau principale (s)	11 - Dans le domaine de l'Ets de soins 12 - Hors domaine de l'Ets de soins		
Q 203	Distance entre la source principale et l'établissement	13 - Dans l'enceinte de l'Ets de soins 14 - Dans un rayon de 200 m de l'Ets de soins 15 - Entre 200 et 500 m 16 - Plus de 500 m		

Q 204	Disponibilité de l'eau en salle de soin	17 - Oui 18 - Non		
Q 205	Disponibilité de l'eau en salle de consultation	19 - Oui 20 - Non		
Q 206	Disponibilité de l'eau en salle de maternité	21 - Oui 22 - Non		
Q207	Existence de points de puisage d'eau pour patient	23 - Oui 24 - Non		Si non aller à Q212
Q208	Si oui combien ?	25 -		
Q209	L'eau est-elle préalablement traitée au niveau du centre de santé	26 - Oui 27 - Non 28 - Ne sais pas		Si non aller à Q214
Q 210	Si oui, quel type de traitement	29 - Chloration 30 - Décantation 31 - Autres (précisez).....		
Q211	Système de secours en cas de coupure d'eau	32 - Oui 33-Non		Si non aller à section 3
Q212	Si oui précisez	34-		

SECTION 3 : ASSAINISSEMENT ET DRAINAGE (*Mettre le numéro dans la colonne réponses)*				
N°	**Questions**	**Modalités**	**Réponses**	**Saut**
Q 301	Disponibilité de latrines dans l'établissement de soins pour les patients	1 - Oui 2 - Non 3 - Ne sais pas		Si non aller à Q305
Q 302	Nombres de cabines	4 - F =.....H =.....T :.....		
Q 303	Si Oui, quel type de latrines	5 - Toilettes à chasse d'eau manuelle raccordées au réseau d'égout : 6 - Toilettes à chasse d'eau manuelle raccordées à une fosse sceptique 7 - Latrines VIP à fosses sèches ventilées 8 - Latrines traditionnelles à fosses directe 9 - Toilette à compostage 10 - Autres (précisez).....		
Q 304	Nombre de cabines fonctionnelles au moment de l'enquête ?	11 - F=.....H=.....T :.....		
Q 305	Disponibilité de latrines dans l'établissement de soins pour le personnel	12 - Oui 13 - Non 14 - Ne sais pas		Si non aller à Q315
Q 306	Nombres de cabines	15 - F=.....H=.....T :.....		
Q 307	Si Oui, quel type de toilettes/ latrines	16 - Toilettes à chasse d'eau manuelle raccordées au réseau d'égout 17 - Toilettes à chasse d'eau manuelle raccordées à une fosse sceptique 18 - Latrines VIP à fosses sèches ventilées 19 - Latrines traditionnelles à fosses directes 20 - Toilette à compostage 21 - Autres (précisez).....		

Q 308	Nombre de cabines fonctionnelles au moment de l'enquête ?	22 - F=.....H=.....T :.....		
Q 309	Cabine avec dispositif d'hygiène menstruelle pour les patients (présence de poubelle avec couvercle + eau + savon dans un endroit privé pour se laver)	23 - Oui 24 - Non		
Q310	Cabine avec dispositif d'hygiène menstruelle pour le personnel (présence de poubelle avec couvercle + eau + savon dans un endroit privé pour se laver)	25 - Oui 26 - Non		
Q311	Cabines accessibles aux personnes à mobilité réduite pour les patients (pas d'escalier + accoudoir fixe + porte large + poignée de porte + cuvette accessible aux handicapés)	27 - Oui 28 - Non		
Q 312	Cabines accessibles aux personnes à mobilité réduite pour le personnel (pas d'escalier + accoudoir fixe + porte large + poignée de porte + cuvette accessible aux handicapés)	29 - Oui 30 - Non		
Q313	Disponibilité de douche dans l'établissement de soins pour les patients	31 - Oui 32 - Non		Si non aller à Q315
Q314	Si oui combien de cabines ?	33 -		
Q315	Disponibilité de douche dans l'établissement de soins pour le personnel	34 - Oui 35 - Non		Si non aller à Q317
Q316	Si oui combien de cabines ?	36 -		
Q317	Disponibilité de douches mixte	37 - Oui 38 - Non		Si non aller à Q319
Q318	Si oui combien de cabines ?	39 -		
Q 319	Personnels dédiés exclusivement à l'entretien des douches et latrines	40 - Oui 41 - Non		
	Si non qui s'occupe de l'entretien des douches et latrines ?	42 - Aides-soignants 4 3 - Autres (précisez).....		
Q 320	Quelle est la fréquence de nettoyage des toilettes ?	44 - Chaque jour 45 - 3 fois par semaine 46 - 2 fois par semaine 47- Moins de 2 fois par semaine 48 - Ne nettoie jamais 49 - Autres		

Q321	Où sont rejetées les eaux usées de l'établissement de soins (douche, vaisselles, lessives)?	50 - Dans une fosse septique 51 - Dans un puits perdu 52 - Dans la nature (rue, ...) 53 - Autres (Précisez)		
Q322	Si dans fosse septique, à qui revient-il de faire la vidange en cas de remplissage?	54 - L'établissement de soins 55 - Le COGES santé 56 - Autres (précisez).....		
Q323	Comment se fait la vidange de la fosse septique?	57 - Vidangeurs manuels 58 - Camion-citerne 59 - Autre (précisez)		
Q324	Comment sont drainées les eaux de pluie sur le domaine de l'établissement de soins?	60 -		
Q325	Comment sont traitées les liquides biologiques (sang, ...)?	61 -		
Q326	Où sont rejetées les liquides biologiques (sang, ...) traitées?	62 -		

SECTION 4 : HYGIENE					
N°	**Questions**	**Modalités**	**Réponses**		
			Soin	Consultation	Maternité
Q 401	Type de dispositifs de lavage des mains pour le personnel de santé	1 - Relié au réseau d'eau 2 - Mobile 3 - Pas disponible			
Q 402	Disponibilité de l'eau pour le lavage des mains du personnel de santé	4 - Oui 5 - Non			
Q 403	Disponibilité de l'eau + savon pour le lavage des mains du personnel de santé	6 - Oui 7 - Non			
Q 404	Disponibilité de l'eau pour le lavage des mains des patients	8 - Oui 9 - Non			
Q 405	Type de dispositifs de lavage des mains pour les patients	10 - Relié au réseau d'eau 11 - Mobile 12 - Pas disponible			
Q 406	Disponibilité de l'eau + savon pour le lavage des mains des patients	13 - Oui 14 - Non 15 - Ne sais pas			
Q 407	Type de dispositifs de lavage des mains dans ou à proximité des toilettes/latrines	16 - Relié au réseau d'eau 17 - Mobile 18 - Pas disponible			
Q 408	Disponibilité de l'eau pour le lavage des mains après les toilettes	19 - Oui 20 - Non 21 - Ne sais pas			
Q 409	Disponibilité de l'eau + savon pour le lavage des mains après les toilettes	22 - Oui 23 - Non 24 - Ne sais pas			

SECTION 5 : GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX				
N°	**Questions**	**Modalités**	**Réponses**	**Saut**
Q 501	Présence de poubelles pour le tri des déchets biomédicaux	1 - Oui 2 - Non 3 - Ne sais pas		
Q 502	Si oui quels sont les tris qui sont faits ?	4 -		
Q 503	Combien de poubelles sont utilisées pour les tris ?	5 -		
Q 504	Sont-elles de couleurs différentes et étiquetées ?	6 - Oui 7 - Non 8 - Ne sais pas		
Q 505	Si non comment les déchets sont-ils stockés ?	9 -		
Q 506	Est-ce que le tri se pratique effectivement (observations) ?	10 - Oui 11 - Non 12 - Ne sais pas		
Q 507	Traitement/élimination des déchets	13 - Autoclave 14 - Incinérateur 15 - Brulage dans une fosse protégée 16 - Enfouis dans une fosse protégée 17 - Pas de traitement, mais collectés et jetés hors du site 18 - Brulage a l'air libre 19 - Autre (précisez).....		

SECTION 6 : CONNAISSANCE SUR LES SYSTEMES D'ASSAINISSEMENT ET LES DISPOSITIFS D'HYGIENE				
N°	**Questions**	**Modalité**	**Réponses**	**Saut**
Q601	Connaissez-vous les systèmes d'assainissement ?	1 - Oui 2 - Non		Si non, allez à Q605
Q602	Si oui, quels systèmes d'assainissement connaissez-vous ?	3 - Système autonome ; 4 - Système collectif.		
Q603	Quel est le système d'assainissement de votre Ets de soins ?	5 - Système autonome ; 6 - Système collectif. 7 - NSP :		
Q604	Ce système est-il efficace ?	8 - Oui 9 - Non		
Q605	Si non, quel système pourrait-il **être plus efficace ?**	10 - Système autonome ; 11 - Système collectif.		
Q606	Connaissez-vous les dispositifs d'hygiène nécessaires dans un établissement de soins ?	12 - Oui 13 - Non		
Q607	L'Ets dispose-t-il de dispositifs d'hygiène ?	14 - Oui 15 - Non		Si non, allez à Q609
Q608	Si oui, lesquels ?	16 - Dispositif de lavage des mains pour patients ; 17 - Robinet avec lavabo dans chaque service de soins :		
Q609	Si non, pourquoi ?	18 -.....		

SECTION 7 : DETERMINATION DU MECANISME DE GESTION, D'ENTRETIEN ET D'UTILISATION DES INFRASTRUCTURES EHA				
N°	**Questions**	**Modalité**	**Réponses**	**Saut**
Q701	Y a-t-il une ou des personnes chargées de l'entretien des latrines, urinoirs et dispositifs de lavage des mains ?	1 - Oui 2 - Non		
Q702	Les latrines et urinoirs disposent-ils de clefs ?	3 - Oui 4 - Non		
Q703	Qui évalue la propreté des latrines et urinoirs ?	5 - Le responsable de l'Ets ; 6 - L'infirmier ; 7 - La sage-femme ; 8 - Le chargé d'entretien ; Autre, (précisez).....		
Q704	A quelle fréquence se fait cette évaluation ?	9 - Journalier 10 - Hebdomadaire 11 - Mensuel 12 - Annuel 13 - Jamais		
Q705	Qui assure la fonctionnalité du dispositif de lavage des mains ?	14 - Le responsable de l'Ets ; 15 - L'infirmier ; 16 - La sage-femme ; 17 - Le chargé d'entretien ; 18 - Autre, (précisez).....		
Q706	Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour assurer la fonctionnalité et la propreté des latrines ?	19 . Manque de personnel d'entretien 20 . Manque de moyens financiers 21 . Manque d'outils et de produits d'entretien des latrines 22 . Comportement non hygiénique des usagers 23 . Autre (précisez).....		
Q707	Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour assurer la fonctionnalité et la propreté des urinoirs ?	24. Manque de personnel d'entretien 25. Manque de moyens financiers 26. Manque d'outils et de produits d'entretien des latrines 27. Comportement non hygiénique des usagers 28. Autre (précisez).....		
Q708	Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour assurer la fonctionnalité du dispositif de lavage des mains ?	29 . Manque de dispositifs 30 . Manque de moyens financiers 31 . Manque produits de lavage des mains 32 . Autre (précisez).....		
Q709	Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour assurer le bon fonctionnement des sources d'eau potable	33 . Fréquente coupures d'eau ; 34 . Insuffisance de points d'eau ; 35 . Coût élevé des factures ; 36 . Mauvaises utilisations des installations 37 . Autre (précisez).....		

SECTION 8 : DEFIS TECHNIQUES, TECHNOLOGIQUES, ENVIRONNEMENTAUX ET COMPORTEMENTAUX QUI AFFECTENT LES INTERVENTIONS EHA DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS				
N°	**Questions**	**Modalités**	**Réponses**	**Saut**
Q801	Les latrines remplissent-elles la fonction pour laquelle elles ont été construites ?	1. Fonctionnelles 2. Non fonctionnelles		
Q802	Les patients et accompagnants les utilisent-ils aisément ?	3. Oui 4. Non		
Q803	Se plaignent-ils de leur fonctionnalité ?	5. Toujours 6. Souvent 7. Rarement 8. Jamais		
Q804	Parvenez-vous à faire aisément la vidange des fosses ?	9. Oui 10. Non		
Q805	Selon vous, quel type de latrines serait-il approprié ?	11- Latrines à chasse d'eau manuelle raccordées au réseau d'égout ; 12- Latrines à chasse d'eau manuelle raccordées à une fosse septique ; 13- Latrines VIP à fosses sèches ventilées ; 14- Latrines traditionnelles à fosses directes ; 15- Latrines à compostage ; 16- Autres (précisez).....		
Q806	Les urinoirs pour hommes remplissent-elles la fonction pour laquelle elles ont été construites ?	17. Très bien 18. Bien 19. Acceptable 20. Mal 21. Très mal		
Q807	Les patients et accompagnants les utilisent-ils aisément ?	22. Oui 23. Non		
Q808	Se plaignent-ils de leur fonctionnalité ?	24. Toujours 25. Souvent 26. Rarement 27. Jamais		
Q809	Selon vous, quel type d'urinoirs pour hommes serait-il approprié ?	28. Urinoirs à action siphonique ; 29. Les urinoirs à effet d'eau ; 30. Les salles d'urinoir ; 31. Les urinoirs sans eau ; 32. Les urinoirs à système de rinçage hydrique ; 33. Autres à (précisez).....		
Q810	Les urinoirs pour femmes remplissent-elles la fonction pour laquelle elles ont été construites ?	34. Très bien 35. Bien 36. Acceptable 37. Mal 38. Très mal		
Q811	Les patientes et accompagnatrices les utilisent-ils aisément ?	39. Oui 40. Non		
Q812	Se plaignent-elles de leur fonctionnalité ?	41. Toujours 42. Souvent 43. Rarement 44. Jamais		

Q813	Selon vous, quel type d'urinoirs pour femmes serait-il approprié ?	45. Urinoirs à chasse d'eau manuelle raccordés au réseau d'égout ; 46. Urinoirs à chasse d'eau manuelle raccordés à une fosse septique ; 47. Urinoirs VIP à fosses sèches ventilées ; 48. Urinoirs traditionnels à fosses directes ; 49. Autres (précisez).....		
Q814	Les dispositifs de lavage des mains remplissent-ils la fonction pour laquelle ils ont été réalisés ?	50. Très bien 51. Bien 52. Acceptable 53. Mal 54. Très mal		
Q815	Les patients et accompagnants les utilisent-ils aisément ?	55. Oui 56. Non 57. NSP		
Q816	Se plaignent-ils de leur fonctionnalité ?	58. Toujours 59. Souvent 60. Rarement 61. Jamais		
Q817	Selon vous, quel type de dispositif de lavage des mains serait-il approprié ?	62. Un seau de 20L avec couvercle et robinet ¼ de tour ; 63. Un bidon de HTH de 40Kg/25Kg ; 64. Un dispositif de lavage de mains Tippy Tap ; 65. Autres (précisez).....		
Q818	Selon vous, quelle source d'eau est-elle appropriée pour le centre de santé ?	66. SODECI 67. Borne fontaine ; 68. PMH ; 69. Puits 70. Autre (précisez).....		

SECTION 9 : DETERMINATION DE MECANISMES DE FINANCEMENT POUR LA REALISATION DES INFRASTRUCTURES ET DES INTERVENTIONS EHA APPROPRIEES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS

N°	Questions	Modalités	Réponses	Saut
Q901	Quelle est l'importance des infrastructures EHA dans les établissements de soins ?	1- Prévention contre les maladies ; 2- Minimise les risques d'infection ; 3- Améliore le cadre hygiénique de l'établissement de soins ; 4- Autres (précisez).....		
Q902	Existe-il des normes en matière de réalisation des infrastructures EHA ?	5- Oui 6- Non		Si non, allez à Q904
Q903	Si oui, pouvez-vous les énumérer ?	7-		
Q904	A qui revient le financement des infrastructures EHA dans les établissements de soins ?	8- Le ministère via la Direction Générale de la Santé ; 9- Le Directeur de la Région Sanitaire ; 10- Le District Sanitaire ; 11- Autre, (précisez).....		
Q905	Selon vous le financement des EHA dans les établissements de soins est-il efficace ?	12- Très efficace 13- Efficace 14- Acceptable 15- Inefficace 16- Très inefficace		

Q906	Que pensez-vous du modèle de financement	17-		
Q907	Selon vous quel serait le mécanisme de financement idéal pour doter les établissements de soins d'EHA adéquates ?	18- Une planification budgétaire du Ministère de la santé et de l'hygiène publique pour chaque Ets. 19- Une subvention de la part des organisations nationales et internationales d'EHA ; 20- Autres (précisez).....		

SECTION 10 : SUGGESTIONS				
N°	**Questions**	**Modalités**	**Réponses**	**Saut**
Q1001	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des latrines ?	1- Comportement hygiénique des usagers 2- REPSect des règles d'hygiène de l'Ets 3- Un entretien régulier du personnel d'entretien 4- Equipement en outils d'entretien 5- Un appui du ministère ou des organisations nationales et internationales 6- Autres (précisez).....		
Q1002	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des urinoirs pour hommes ?	7- Comportement hygiénique des usagers 8- REPSect des règles d'hygiène de l'Ets 9- Un entretien régulier du personnel d'entretien 10- Equipement en outils d'entretien 11- Un appui du ministère ou des organisations nationales et internationales 12- Autres (précisez).....		
Q1003	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des urinoirs pour femmes ?	13- Comportement hygiénique des usagers 14- REPSect des règles d'hygiène de l'Ets 15- Un entretien régulier du personnel d'entretien 16- Equipement en outils d'entretien 17- Un appui du ministère ou des organisations nationales et internationales 18- Autres (précisez).....		
Q1004	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des dispositifs de lavage des mains ?	19- Comportement hygiénique des usagers 20- REPSect des règles d'hygiène de l'Ets 21- Equipement en dispositifs de lavage de mains 22- Un appui du ministère ou des organisations nationales et internationales pour la sensibilisation 23- Autres (précisez).....		
Q1005	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des sources d'eau potable	24- Augmenter les sources d'eau ; 25- Autre (précisez).....		

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PRATICIENS : MEDECIN, INFIRMIER, SAGE FEMME, AIDE-SOIGNANT

Contexte : *Dans la perspective de disposer d'une base de données fiable sur les services d'Eau d'Hygiène et d'Assainissement (EHA) dans les établissements de soins de Côte d'Ivoire, la Direction Générale de la Santé (DGS) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a commandité, avec l'appui financier et technique de l'UNICEF une enquête dans l'optique de mieux cibler les interventions dans ce secteur.*

Nom de l'enquêteur :.....**Date** :.....
Région sanitaire : ....**District sanitaire :.....**.....
Nom de l'établissement de soins :.....Localité ....

SECTION 1 : INFORMATION SUR L'INTERVIEWE				
N°	**Questions**	**Modalité**	**Réponse**	**Saut**
Q 101	Fonction	1.		
Q 102	Année (s) d'expérience dans la fonction	2.		
Q 103	Nombre d'année passée dans l'établissement de soins	3.		
Q 104	Age	4. 25-35 ans 5. 36-45 ans 6. 45 ans et plus		
Q 105	Niveau d'instruction	7. Primaire 8. Secondaire 9. Supérieur		

SECTION 2: ACCES A L'EAU (*mettre le numéro dans la colonne réponses*)				
N°	**Questions**	**Modalités**	**Réponses**	**Saut**
Q 201	Principale source d'approvisionnement en eau de l'établissement **(Choisir une seule réponse)**	1- Eau courante (SODECI) 2- Forage (PMH) 3- Puits protégé 4- Puits non protégé 5- Eau de surface (rivière/lac/marigot/ mare…) 6- Autre (précisez).....		
Q202	Emplacement de la source d'eau principale	7- Dans le domaine de l'Ets de soins 8- Hors domaine de l'Ets de soins		
Q 203	Distance entre la source principale et l'établissement	9- Dans l'enceinte de l'Ets de soins 10- Dans un rayon de 200 m de l'Ets de soins 11- Entre 200 et 500 m 12- Plus de 500 m		
Q 204	Disponibilité de l'eau en salle de soin	13- Oui 14- Non		

Q 205	Disponibilité de l'eau en salle de consultation	15- Oui 16- Non		
Q 206	Disponibilité de l'eau en salle de maternité	17- Oui 18- Non		
Q207	Existence de points de puisage d'eau pour patient	19- Oui 20- Non		Si non aller à Q212
Q208	Si oui combien ?	21-		
Q209	L'eau est-elle préalablement traitée au niveau du centre de santé	22- Oui 23- Non 24- Ne sais pas		Si non aller à Q214
Q 210	Si oui, quel type de traitement	25- Chloration 26- Autres (précisez).....		
Q211	Système de secours en cas de coupure d'eau	27- Oui 28- Non		Si non aller à section 3
Q212	Si oui précisez	29- Stockage de l'eau 30- Point de revente d'eau 31- Puits 32- Autre (précisez).....		

SECTION 3 : DETERMINATION DU MECANISME DE GESTION, D'ENTRETIEN ET D'UTILISATION DES INFRASTRUCTURES EHA

N°	Questions	Modalité	Réponses	Saut
Q301	Y a-t-il une ou des personnes chargées de l'entretien des latrines, urinoirs et du dispositif de lavage des mains ?	1- Oui 2- Non		
Q302	Les latrines et urinoirs disposent-ils de clefs ?	3- Oui 4- Non		Si non, allez à Q 304
Q303	Si oui, qui détient les clefs des urinoirs et latrines ?	1- Le rEPSonsable de l'Ets 2- L'infirmier 3- La sage-femme 4- Un agent d'entretien ; 5- Autre, (précisez).....		
Q304	Qui assure la fonctionnalité du dispositif de lavage des mains ?	6- Le rEPSonsable de l'Ets ; 7- L'infirmier ; 8- La sage-femme ; 9- Un agent d'entretien ; 10- Autre, (précisez).....		
Q305	Le dispositif de lavage des mains est-il doté de produits détergents ?	11- Oui 12- Non		

SECTION 4 : DEFIS TECHNIQUES, TECHNOLOGIQUES, ENVIRONNEMENTAUX ET COMPORTEMENTAUX QUI AFFECTENT LES INTERVENTIONS EHA DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS				
N°	**Questions**	**Modalités**	**Réponses**	**Saut**
Q401	Les latrines remplissent-elles la fonction pour laquelle elles ont été construites ?	1. Oui 2. Non		
Q402	Les patients et accompagnants les utilisent-ils aisément ?	3. Oui 4. Non		
Q403	Se plaignent-ils de leur fonctionnalité ?	5. Oui 6. Non		
Q404	Parvenez-vous à faire aisément la vidange des fosses ?	7. Oui 8. Non		
Q405	Selon vous, quel type de latrines serait-il approprié ?	9. Toilettes à chasse d'eau manuelle raccordées au réseau d'égout 10. Toilettes à chasse d'eau manuelle raccordées à une fosse sceptique 11. Latrines VIP à fosses sèches ventilées 12. Latrines traditionnelles à fosses directes 13. Toilette à compostage 14. Autres (précisez).....		
Q406	Les urinoirs pour hommes remplissent-elles la fonction pour laquelle elles ont été construites ?	15. Oui 16. Non		
Q407	Les patients et accompagnants les utilisent-ils aisément ?	17. Oui 18. Non		
Q408	Se plaignent-ils de leur fonctionnalité ?	19. Oui 20. Non		
Q409	Selon vous, quel type d'urinoirs pour hommes serait-il approprié ? **Nommez le type ou faites une brève description**	21. Urinoirs à action siphonique 22. Les urinoirs à effet d'eau 23. Les stalles d'urinoir 24. Les urinoirs sans eau 25. Les urinoirs à système de rinçage hydrique 26. Autres (précisez).....		
Q410	Les urinoirs pour femmes remplissent-elles la fonction pour laquelle elles ont été construites ?	27. Oui 28. Non		
Q411	Les patientes et accompagnatrices les utilisent-ils aisément ?	29. Oui 30. Non		
Q412	Se plaignent-elles de leur fonctionnalité ?	31. Oui 32. Non		
Q413	Selon vous, quel type d'urinoirs pour femmes serait-il approprié ? **Nommez le type ou faites une brève description**	33. Urinoirs à chasse d'eau manuelle raccordées au réseau d'égout 34. Urinoirs à chasse d'eau manuelle raccordées à une fosse sceptique 35. Urinoirs VIP à fosses sèches ventilées 36. Urinoirs traditionnels à fosses directes 37. Autres (précisez).....		

Q414	Les dispositifs de lavage des mains remplissent-ils la fonction pour laquelle ils ont été réalisés ?	38. Oui 39. Non		
Q415	Les patients et accompagnants les utilisent-ils aisément ?	40. Oui 41. Non		
Q416	Se plaignent-ils de leur fonctionnalité ?	42. Oui 43. Non		
Q417	Selon vous, quel type de dispositif de lavage des mains serait-il approprié ? **Nommez le type ou faites une brève description**	44. Un seau de 20L avec couvercle et robinet ¼ de tour ; 45. Un bidon de HTH de 40Kg/25Kg 46. Un dispositif de lavage de mains Tippy Tap ; 47. Autres (précisez).....		
Q418	Selon vous, quelle source d'eau est-elle appropriée pour le centre de santé ?	48. SODECI 49. Borne fontaine 50. Puits 51. Autre (précisez)		

SECTION 5 : SUGGESTIONS				
N°	**Questions**	**Modalités**	**Réponses**	**Saut**
Q501	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des latrines ?	1. Mettre les consignes d'hygiène près des latrines 2. Nettoyer quotidiennement les latrines 3. Sensibiliser les patients et les accompagnants sur l'hygiène des latrines 4. Equiper le personnel d'entretien de matériels et de produits d'entretien 5. Autre (précisez).....		
Q502	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des urinoirs pour hommes ?	6. Mettre les consignes d'hygiène près des urinoirs 7. Nettoyer quotidiennement les urinoirs 8. Sensibiliser les patients et les accompagnants sur l'hygiène des urinoirs 9. Equiper le personnel d'entretien de matériel et de produits d'entretien 10. Autre (précisez).....		
Q503	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des urinoirs pour femmes ?	11. Mettre les consignes d'hygiène près des urinoirs 12. Nettoyer quotidiennement les urinoirs 13. Sensibiliser les patients et les accompagnants sur l'hygiène des urinoirs 14. Equiper le personnel d'entretien de matériels et de produits d'entretien 15. Autre (précisez).....		
Q504	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des dispositifs de lavage des mains ?	16. Mettre les consignes d'hygiène et de lavage des mains à l'entrée des bâtiments 17. Sensibiliser les patients et les accompagnants sur l'hygiène des latrines 18. Equiper chaque bâtiment de dispositif de lavage des mains opérationnel 19. Autre (précisez).....		
Q505	Quelles suggestions pour un meilleur approvisionnement en eau du centre de santé	20. Augmenter le nombre de points d'eau 21. Doter l'Ets de soins de fûts et barriques 22. Autre (précisez).....		

QUESTIONNAIRE DESTINE AU PERSONNEL D'ENTRETIEN

Contexte : *Dans la perspective de disposer d'une base de données fiable sur les services d'Eau d'Hygiène et d'Assainissement (EHA) dans les établissements de soins de Côte d'Ivoire, la Direction Générale de la Santé (DGS) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a commandité, avec l'appui financier et technique de l'UNICEF une enquête dans l'optique de mieux cibler les interventions dans ce secteur.*

Nom de l'enquêteur :.....**Date** :.....
Région sanitaire : ....**District sanitaire :.....**.....
Nom de l'établissement de soins :.....**Localité .....**.....

SECTION 1 : INFORMATIONS DE L'INTERVIEWE				
N°	**Questions**	**Modalité**	**Réponses**	**Saut**
Q 101	Fonction	1.		
Q 102	Année (s) d'expérience dans la fonction	2.		
Q 103	Nombre d'années passées dans l'établissement de soins	3.		
Q 104	Tranche d'âge	4. 18-35 ans 5. 36-45 ans 6. 45 ans et plus		
Q 105	Niveau d'instruction	7. Non scolarisé 8. Primaire 9. Secondaire		

SECTION 2 : SYSTEME DE GESTION ET D'ENTRETIEN DES INFRASTRUCTURES EHA				
N°	**Questions**	**Modalité**	**Réponses**	**Saut**
Q 201	L'établissement dispose-t-il de latrines fonctionnelles ?	1. Oui 2. Non		Si non, allez à Q 207
Q 202	Si oui, qui est rEPSonsable de son entretien ?	3. Le rEPSonsable de l'établissement 4. Les infirmiers 5. L'agent d'entretien 6. Les patients eux-mêmes 7. Les accompagnants 8. Autre (précisez).....		
Q203	Qui sont les usagers	9. Patients /accompagnants 10. Personnel soignant 11. Tout le monde 12. Autre (précisez).....		
Q.204	A quelle fréquence sont-elles nettoyées ?	13. Toujours 14. 1fois/Semaine 15. 2fois/semaine 16. 3fois/semaine 17. Autre (précisez)		

Q 205	L'eau est-elle disponible pour leur entretien ?	18. Oui 19. Non		
Q 206	Les produits (détergents, savon) sont-ils disponibles ?	20. Oui 21. Non		
Q 207	Y a-t-il des possibilités de contrôler la fermeture et l'ouverture des portes ?	22. Oui 23. Non		
Q 208	Quelles sont les difficultés d'entretien des latrines ?	24. Manque de matériels d'entretien 25. Non-rEPSect des consignes d'hygiènes par usagers 26. Manque d'eau 27. Autre (précisez).....		
Q 209	L'établissement dispose-t-il d'urinoirs fonctionnels ?	28. Oui 29. Non		Si non, allez à Q 213
Q 210	Si oui, qui est rEPSonsable de leur entretien ?	30. Le rEPSonsable de l'établissement 31. Les infirmiers 32. Le personnel d'entretien 33. Les patients eux-mêmes 34. Les accompagnants 35. Autre (précisez).....		
Q 210	Qui sont les usagers	36. Patients /accompagnants 37. Personnel soignant 38. Tout le monde 39. Autre (précisez).....		
Q 211	A quelle fréquence sont-ils nettoyés ?	40. Toujours 41. 1fois/Semaine 42. 2fois/semaine 43. 3fois/semaine 44. Autre (précisez).....		
Q 212	L'eau est-elle disponible pour l'entretien ?	45. Oui 46. Non		
Q 213	Les produits détergents sont-ils disponibles ?	47. Oui 48. Non		
Q 214	Y a-t-il des possibilités de contrôler la fermeture et l'ouverture des portes ?	49. Oui 50. Non		
Q 215	Quelles sont les difficultés d'entretien des urinoirs ?	51. Manque de matériaux d'entretien 52. Le non-rEPSect des consignes d'hygiènes par les usagers 53. Manque d'eau 54. Autre (précisez).....		
Q 216	Existe-il un ou des dispositifs de lavage des mains ?	55. Oui 56. Non		Si non, allez à Q218
Q 217	Si oui, qui est rEPSonsable de sa ou leur gestion ?	57. Le rEPSonsable de l'établissement 58. Les infirmiers 59. Le personnel d'entretien 60. Les patients eux-mêmes 61. Les accompagnants 62. Autre (précisez).....		
Q 218	Qui sont les usagers	63. Patients /accompagnants 64. Personnel soignant 65. Tout le monde 66. Autre (précisez).....		

Q.219	A quelle fréquence sont-elles nettoyées ?	67. Toujours 68. 1fois/Semaine 69. 2fois/semaine 70. 3fois/semaine 71. Autre (précisez).....		
Q 220	L'eau est-elle disponible pour leur fonctionnalité ?	72. Oui 73. Non		
Q 221	Les produits (détergents, savon) sont-ils disponibles ?	74. Oui 75. Non		
Q 222	Quelles sont les difficultés de gestion des dispositifs de lavage des mains ?	76. Insuffisance des Dispositifs 77. Le non-rEPSect des consignes d'hygiènes par les usagers 78. Manque d'eau 79. Autre (précisez).....		
Q 223	Quelles sont les difficultés liées à votre fonction de personnel d'entretien dans l'Ets de soins ?	80. Manque de matériels d'entretien 81. Le non-rEPSect des consignes d'hygiènes par les usagers 82. Faible rémunération 83. Manque d'eau 84. Autre (précisez).....		

SECTION 3 : SUGGESTIONS				
N°	**Questions**	**Modalités**	**Réponses**	
Q 301	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des latrines ?	1. Mettre les consignes d'hygiène près des latrines 2. Nettoyer quotidiennement les latrines 3. Sensibiliser les patients et les accompagnants sur l'hygiène des latrines 4. Equiper le personnel d'entretien d'outil et de produit d'entretien 5. Autre (précisez).....		
Q 302	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des urinoirs pour hommes ?	6. Mettre les consignes d'hygiène près des urinoirs 7. Nettoyer quotidiennement les urinoirs 8. Sensibiliser les patients et les accompagnants sur l'hygiène des urinoirs 9. Equiper le personnel d'entretien d'outil et de produit d'entretien 10. Autre (précisez).....		
Q 303	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des urinoirs pour femmes ?	11. Mettre les consignes d'hygiène près des urinoirs 12. Nettoyer quotidiennement les urinoirs 13. Sensibiliser les patients et les accompagnants sur l'hygiène des urinoirs 14. Equiper le personnel d'entretien d'outil et de produit d'entretien 15. Autre (précisez).....		
Q 304	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des dispositifs de lavage des mains ?	16. Mettre les consignes d'hygiène et de lavage des mains à l'entrée des bâtiments 17. Sensibiliser les patients et les accompagnants sur l'hygiène des latrines 18. Equiper chaque bâtiment de dispositif de lavage des mains opérationnel 19. Autre à préciser.....		

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PATIENTS ET AUX ACCOMPAGNANTS

Contexte : *Dans la perspective de disposer d'une base de données fiable sur les services d'Eau d'Hygiène et d'Assainissement (EHA) dans les établissements de soins de Côte d'Ivoire, la Direction Générale de la Santé (DGS) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a commandité, avec l'appui financier et technique de l'UNICEF une enquête dans l'optique de mieux cibler les interventions dans ce secteur.*

Nom de l'enquêteur :.....**Date** :.....
Région sanitaire : .....District sanitaire :.....
Etablissement de soins : .....**Localité .....**

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'INTERVIEWE				
N°	**Questions**	**Modalité**	**Réponses**	**Saut**
Q 101	Personne interviewée	1. Patient 2. Accompagnateur		
Q 102	Si patient, quel type ?	3. Ambulatoire 4. Hospitalisé		
Q 103	Habitant de la localité	5. Oui 6. Non		
Q 104	Sexe	7. Masculin 8. Féminin		
Q 105	Tranche d'âge	9. 15-35 ans 10. 36-55 ans 11. 56 ans et plus		
Q 106	Niveau d'instruction	12. Non scolarisé 13. Primaire 14. Secondaire 15. Supérieur		

SECTION 2 : ATTITUDES ET PRATIQUES DES PATIENTS ET ACCOMPAGNANTS D E MALADES EN MATIERE D'EHA				
N°	**Questions**	**Modalité**	**Réponses**	**Saut**
Q201	L'établissement de soins dispose-t-il de latrines ?	1. Oui 2. Non		Si non, passez à Q 208
Q202	Si oui, sont-elles fonctionnelles ?	3. Oui 4. Non		
	Si oui, combien de cabines sont-elles fonctionnelles ?	5.		
Q203	Avez-vous déjà utilisé ces latrines ?	6. Oui 7. Non		Si non, passez à Q 205

Q204	Si oui, la dernière fois que vous les aviez-utilisé, quel était l'état de ces latrines ?	8. Très propre 9. Propre 10. Moyennement propre 11. Sale 12. Très sale		
Q205	Si non, pourquoi vous ne les utilisez pas ?	13. Evitez les risques d'infection ; 14. Mauvaise impression des latrines d'hôpital 15. NSP 16. Autre, (précisez).....		
Q206	Selon vous, pourquoi les latrines se trouvent-elles dans cet état ?	17. Mauvaise gestion des rEPSonsables ; 18. Non-rEPSect des consignes d'hygiène ; 19. Insuffisantes 20. NSP 21. Autre, (précisez).....		
Q207	Selon vous, qu'est ce qui doit être fait pour qu'elles soient utilisable ?	22. Nettoyage quotidien 23. Mettre des consignes d'hygiène 24. Sensibiliser les usagers sur les bonnes pratiques d'utilisation 25. NSP 26. Autres (précisez).....		
Q208	L'établissement dispose-t-il d'urinoirs pour hommes ?	27. Oui 28. Non		Si non, passez à Q 214
Q209	Avez-vous déjà utilisé ces urinoirs ?	29. Oui 30. Non		Si non, passez à Q 211
Q210	Si oui, combien de cabines sont-elles fonctionnelles ?	31.		
Q211	Si oui, la dernière fois que vous les aviez-utilisées, quel était l'état de ces urinoirs ?	32. Très propre 33. Propre 34. Moyennement propre 35. Sale 36. Très sale		SI (29/30), allez à Q 213
Q212	Si non, pourquoi vous ne les utilisez pas ?	37. Evitez les risques d'infection ; 38. Mauvaise impression des latrines d'hôpital 39. NSP 40. Autre, (précisez).....		
Q213	Selon vous pourquoi les urinoirs se trouvent-elles dans cet état ?	41. Mauvaise gestion des rEPSonsables ; 42. Non-rEPSect des consignes d'hygiène ; 43. Insuffisantes 44. NSP 45. Autre, (précisez).....		

Q214	Selon vous, qu'est ce qui doit être fait pour qu'elles soient utilisables **?**	46. Nettoyage quotidien 47. Mettre des consignes d'hygiène 48. Sensibiliser les usagers sur les bonnes pratiques d'utilisation 49. NSP 50. Autres (précisez).....		
Q215	L'établissement dispose-t-il d'urinoirs pour femmes ?	51. Oui 52. Non		Si non, passez à Q 220
Q216	Avez-vous déjà utilisé ces urinoirs ?	53. Oui 54. Non		Si non, passez à Q 217
Q217	Si oui, combien de cabines sont-elles fonctionnelles ?	**55. .....**		
Q218	Si oui, la dernière fois que vous les aviez utilisés, quel était l'état de ces urinoirs	56. Très propre 57. Propre 58. Moyennement propre 59. Sale 60. Très sale		SI (51/52), allez à Q 219
Q219	Si non, pourquoi vous ne les utilisez pas ?	61. Evitez les risques d'infection ; 62. Mauvaise impression des latrines d'hôpital 63. NSP 64. Autre, (précisez).....		
Q220	Selon vous pourquoi les urinoirs se trouvent-elles dans cet état ?	65. Mauvaise gestion des rEPSonsables ; 66. Non-rEPSect des consignes d'hygiène ; 67. Insuffisantes 68. NSP 69. Autre, (précisez).....		
Q221	Selon vous, qu'est ce qui doit être fait pour qu'elles soient utilisables **?**	70. Nettoyage quotidien 71. Mettre des consignes d'hygiène 72. Sensibiliser les usagers sur les bonnes pratiques d'utilisation NSP 73. Autres (précisez)		
Q222	L'établissement dispose-t-il de dispositif de lavage des mains ?	74. Oui 75. Non 76. NSP		Si non/NSP, passez à Q 224
Q223	Avez-vous déjà utilisé ce dispositif ?	77. Oui 78. Non		Si non, passez à Q 224
Q224	Si oui, combien en dénombre-t-on ?			
Q225	La dernière fois que vous l'avez utilisé, y avait-t-il du savon ?	79. Oui 80. Non 81. Pas fait attention		
Q226	Le dispositif contient-t-il toujours de l'eau ?	82. Oui 83. Non 84. NSP		

Q227	Pensez-vous que le dispositif de lavage des mains permet d'**évite**r les contaminations ?	85. Oui 86. Non 87. NSP		
Q228	Savez-vous qui assure l'entretien du dispositif ?	88. Oui 89. Non		
Q229	Selon vous, pour que le dispositif soit toujours fonctionnel, qui doit faire le suivi?	90. Le rEPSonsable de l'établissement de soins 91. L'infirmier 92. Le médecin 93. Le chargé d'entretien des bâtiments 94. Les patients 95. Les accompagnants des patients 96. NSP 97. Autres à préciser.....		
Q230	L'établissement dispose-t-il de points d'eau fonctionnels **?**	98. Oui 99. Non 100. Ne sait pas		
Q231	Si oui, quel type de point d'eau	101. SODECI 102. Puits 103. Bonne fontaine 104. Autre (précisez).....		
Q232	Où sont localisés ces points d'eau ?	105. Dans la cour 106. Dans les bâtiments 107. Hors de la clôture 108. Autre lieu (précisez).....		
Q233	Comment trouvez-vous l'environnement de ces points d'eau ?	109. Très propre 110. Propre 111. Moyennement propre 112. Très sale		
Q234	L'établissement est-il confronté à des interruptions de service d'eau	113. Oui 114. Non 115. Ne sait pas		
Q235	Si oui, quelle est la fréquence ?	116. 1 fois/semaine 117. 2fois/semaine 118. 3fois/semaine 119. Toujours 120. Autre (précisez)		

SECTION 3 : SUGGESTIONS				
N°	**Questions**	**Modalités**	**Réponses**	**Saut**
Q 301	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des latrines ?	1. Mettre les consignes d'hygiène près des latrines 2. Nettoyer quotidiennement les latrines 3. Sensibiliser les patients et les accompagnants sur l'hygiène des latrines 4. Equiper le personnel d'entretien de matériels et de produits d'entretien 5. Autre (précisez).....		Valable Si Q 220 = Oui
Q 302	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des urinoirs pour hommes ?	6. Mettre les consignes d'hygiène près des urinoirs 7. Nettoyer quotidiennement les urinoirs 8. Sensibiliser les patients et les accompagnants sur l'hygiène des urinoirs 9. Equiper le personnel d'entretien d'outil et de produit d'entretien 10. Autre (précisez).....		Valable Si Q 208 = Oui
Q 303	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des urinoirs pour femmes ?	11. Mettre les consignes d'hygiène près des urinoirs 12. Nettoyer quotidiennement les urinoirs 13. Sensibiliser les patients et les accompagnants sur l'hygiène des urinoirs 14. Equiper le personnel d'entretien d'outil et de produit d'entretien 15. Autre (précisez).....		Valable Si Q 214 = Oui
Q 304	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des dispositifs de lavage des mains ?	16. Mettre les consignes d'hygiène et de lavage des mains à l'entrée des bâtiments 17. Sensibiliser les patients et les accompagnants sur l'hygiène des latrines 18. Equiper chaque bâtiment de dispositif de lavage des mains opérationnel 19. Autre (précisez).....		Valable Si Q 220 = Oui
Q 305	Quelles suggestions pour un approvisionnement suffisant de l'établissement ?	20. Augmenter le nombre de point d'eau 21. Mettre à disposition des barriques ou fûts 22. Autre (précisez).....		

GRILLE D'OBSERVATION

Date de l'observation : ...../01/2020

No de la fiche : ☐

Nom de l'enquêteur :.....Nom de l'Ets de soins :.....

Région sanitaire : .....District sanitaire :.....

Localité :.....Coordonnées GPS de l'Ets de soins :.....

1- Existence des latrines dans l'établissement de soins.

Oui ☐ Non ☐

2- Si oui, sont-elles fonctionnelles

Oui ☐ Non ☐

3- Types de latrines

Améliorée ☐ Non améliorée ☐

4- Situation géographique des latrines

Dans la cour ☐ Hors de la cour ☐

5- Existence d'autres lieux d'aisance et de miction dans l'EPSace de l'établissement de soins.

Derrière l'établissement ☐ Dépotoir de l'établissement ☐

6- Etat des bâtiments de latrines

Aucun risque d'effondrement ☐ Risque d'effondrement ☐

7- Etat de salubrité des latrines

Salubre ☐ Présence de mouches ☐ Forte odeur ☐ Présence de fèces ☐

Insalubre ☐ Pas de mouches ☐ Pas d'odeur ☐ Absence de fèces ☐

8- Existence de point d'eau

Oui ☐ Non ☐

9- Fonctionnalité des points d'eau

Oui ☐ Non ☐

10- Présence d'eau en salle de soins

Oui ☐ Non ☐

11- Présence d'eau en salle d'accouchement

Oui ☐ Non ☐

12- Présence d'eau en salle de consultation

Oui ☐ Non ☐

13- Existence de dispositifs de lavage des mains doté de produits détergents

Oui ☐ Non ☐

14- Présence de poubelle dans l'établissement de soins

Oui ☐ Non ☐

15- Nombre de poubelles fermées : ☐

16- Présence de lieu de traitement des déchets biomédicaux dans l'établissement de soins

Oui ☐ Non ☐

17- Présence de boîtes de sécurité pour les objets piquants dans l'établissement de soins

Oui ☐ Non ☐

18- Nombre de boîtes de sécurité fermées : ☐

ANALYSE SITUATIONNELLE DE L'ACCÈS AUX SERVICES D'EAU, D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SOINS DE CÔTE D'IVOIRE

Régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF

Juillet 2021