

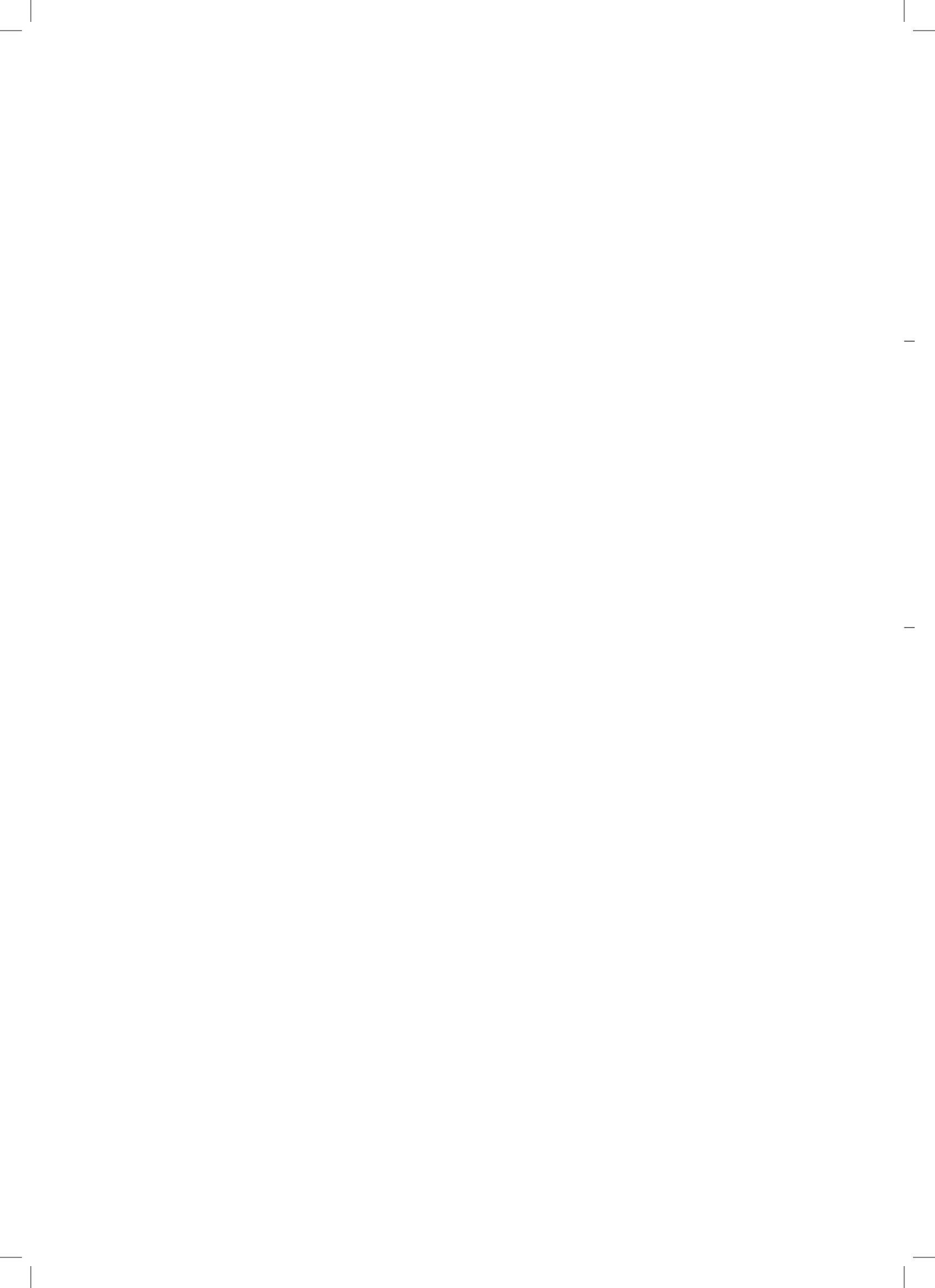


ANALYSE SITUATIONNELLE DE L'ACCÈS AUX SERVICES D'EAU, D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SOINS DE CÔTE D'IVOIRE



Diagnostic à l'échelle nationale

Juillet 2021





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

Diagnostic à l'échelle nationale

Juillet 2021



TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	7
LISTE DES TABLEAUX	10
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATION	11
PREFACE	15
REMERCIEMENTS	16
CLARIFICATIONS CONCEPTUELLES	17
RESUME EXECUTIF	20
PARTIE I : INTRODUCTION	25
1.1. Contexte et justification de l'analyse situationnelle	26
1.2. Objectifs du diagnostic	26
1.2.1. Objectif général	26
1.2.2. Objectifs spécifiques	26
1.3. Résultats attendus de l'étude	27
PARTIE II : APPROCHE METHODOLOGIQUE	29
2.1. Revue et analyse documentaire	30
2.2. Définition des zones géographiques et des populations cibles	31
2.3. Echantillonnage	33
2.4. Outils et méthodes de collecte des données	34
2.5. Réalisation des enquêtes de terrain	35
2.5.1. Recrutement et formation des enquêteurs	35
2.5.2. Collecte des données	35
2.6. Traitement et analyse des données	36
2.7. Contraintes liées à la collecte des données	36
PARTIE III : GENERALITES	39
3.1. Contexte général de la Côte d'Ivoire	40
3.1.1. Géographie et démographie	40
3.1.2. Administration et contexte sociopolitique	40
3.1.3. Contexte socio-économique	41
3.1.4. Organisation des services de soins publics	41
3.2. Cadre juridique, réglementaire et institutionnel du secteur EHA	42
3.2.1. Sous-secteur de l'eau potable	42
3.2.2. Sous-secteur de l'assainissement	43
3.2.3. Sous-secteur de l'hygiène	44
3.3. Situation générale de l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement	44
3.3.1. Accès des ménages aux services EHA	44
3.3.2. Accès des établissements de soins aux services EHA	45
3.4. Grandes orientations sectorielles en matière d'EHA	46
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 DE LA COTE D'IVOIRE	47

4.1. Caractéristiques socio-sanitaires des établissements publics de soins	48
4.1.1. Types d'établissements visités	48
4.1.2. Capacité d'accueil et taux de fréquentation	50
4.1.3. Personnel de soins	50
4.2. Etat des lieux de l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans les établissements publics de soins	50
4.2.1. Approvisionnement en eau	50
4.2.2. Accès à l'assainissement	59
4.2.3. Accès aux infrastructures d'hygiène	65
4.2.4. Gestion des déchets sanitaires	71
4.3. Mécanisme de gestion, d'entretien et d'utilisation des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins	80
4.3.1. Existence de personnel en charge de l'entretien des infrastructures EHA	80
4.3.2. Sécurisation des latrines et urinoirs	81
4.3.3. Système d'évaluation de la propreté des latrines et urinoirs	81
4.3.4. Fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA	82
4.3.5. Difficultés rencontrées pour veiller à la fonctionnalité et la propreté des latrines.....	84
4.3.6. Difficultés rencontrées pour assurer la fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains	85
4.3.7. Difficultés rencontrées pour assurer le bon fonctionnement des dispositifs d'approvisionnement en eau potable	86
4.4. Défis techniques, technologiques, environnementaux et comportementaux affectant les interventions EHA dans les établissements publics de soins	88
4.4.1. Défis relatifs aux infrastructures d'assainissement	88
4.4.2. Défis relatifs à l'hygiène	94
4.4.3. Défis relatifs à l'approvisionnement en eau	97
4.5. Mécanismes de financement relatifs à l'EHA dans les établissements publics de soins	99
4.5.1. Connaissance de l'existence de normes en matière de réalisation des infrastructures EHA	99
4.5.2. Perception des responsables d'établissements publics de soins par rapport à l'importance des infrastructures EHA	100
4.5.3. Perceptions des responsables d'établissements publics de soins par rapport à l'efficacité des infrastructures EHA	101
4.5.4. Financement des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins	102
4.5.5. Mécanismes de financement idéals pour les infrastructures EHA dans les établissements publics de soins	103
4.6. Suggestions du personnel de santé	104
4.6.1. Suggestions pour une meilleure gestion et utilisation des latrines	104
4.6.2. Suggestions pour une meilleure gestion et utilisation des dispositifs de lavage des mains	105
4.6.3. Suggestions pour un meilleur service d'approvisionnement en eau	106
4.7. Recommandations et Orientations/suggestions	107
4.7.1. Recommandations	107
4.7.2. Orientations/suggestions	107
CONCLUSION	112
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	113
ANNEXES	114

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte représentative des six (06) Régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF	32
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)	37
Figure 3 : Cadre institutionnel du secteur de l'eau potable en Côte d'Ivoire (Source : ONEP)	42
Figure 4 : Répartition des établissements publics de soins selon l'existence de points d'eau à l'échelle nationale	50
Figure 5 : Répartition des établissements publics de soins selon l'existence de points d'eau suivant la pyramide sanitaire à l'échelle nationale	51
Figure 6 : Principaux points d'alimentation en eau dans les établissements publics de soins à l'échelle nationale	51
Figure 7 : Répartition des principaux points d'eau des établissements publics de soins en fonction de la pyramide sanitaire	52
Figure 8 : Vue des principaux points d'eau observés dans les établissements publics de soins à l'échelle nationale	52
Figure 9 : Répartition des établissements publics de soins du territoire national selon la fonctionnalité des points d'eau	53
Figure 10 : Fonctionnalité des points d'eau des établissements publics de soins en fonction de la pyramide sanitaire	54
Figure 11 : Proportion des établissements publics de soins ayant recours à un système alternatif pour garantir la disponibilité de l'eau	54
Figure 12 : Vue de trois (03) point d'approvisionnement en eau non fonctionnels	
Figure 13 : Répartition des établissements publics de soins en fonction de l'emplacement des points d'eau au niveau national	55
Figure 14 : Emplacement des points d'eau des établissements publics de soins selon la pyramide sanitaire	56
Figure 15 : Qualité de l'eau en fonction de la pyramide sanitaire dans les établissements publics de soins en fonction de la pyramide sanitaire	56
Figure 16 : Disponibilité de l'eau dans les salles de soins des établissements publics de soins suivant les niveaux de la pyramide sanitaire	57
Figure 17 : Existence de points de puisage pour les patients selon la pyramide sanitaire	
Figure 18 : Proportion des établissements publics de soins relativement aux échelles de services d'eau sur l'ensemble du territoire national	58
Figure 19 : Proportion des établissements publics de soins relativement aux échelles de services d'eau suivant les niveaux de la pyramide sanitaire	58
Figure 20 : Existence de latrines dans les établissements publics de soins (EPS) en fonction de la pyramide sanitaire	59
Figure 21 : Existence de lieu de miction dans les établissements publics de soins de l'ensemble des Régions sanitaires	60
Figure 22 : Types de latrines enregistrés dans les établissements publics de soins au niveau national	60
Figure 23 : Répartition des types de latrines des établissements publics de soins selon les niveaux de la pyramide sanitaire	61
Figure 24 : Vue de quelques latrines existantes dans les établissements publics de soins à l'échelle nationale	62
Figure 25 : Répartition des établissements publics de soins de l'ensemble des Régions sanitaires de la Côte d'Ivoire selon la fonctionnalité des latrines	62
Figure 26 : Fonctionnalité des latrines des établissements publics de soins des Régions sanitaires ivoiriennes en fonction de la pyramide sanitaire	63
Figure 27 : Etat d'hygiène des latrines dans les établissements publics de soins au niveau national	64

Figure 28 : Répartition des établissements publics de soins par niveau de la pyramide sanitaire selon l'état d'hygiène des latrines	63
Figure 29 : Vue de latrines non hygiéniques enregistrées dans les établissements publics de soins au niveau national	63
Figure 30 : Séparation par sexe des latrines existantes dans les établissements publics de soins selon la pyramide sanitaire	64
Figure 31 : Proportion des établissements publics de soins relativement aux échelles de services d'assainissement dans l'ensemble des Régions sanitaires de la Côte d'Ivoire	64
Figure 32 : Proportion des établissements publics de soins relativement aux échelles de services d'assainissement suivant les niveaux de la pyramide sanitaire	65
Figure 33 : Présence de dispositifs de lavage des mains (DLM) dans les établissements publics de soins au niveau national	65
Figure 34 : Présence de dispositifs de lavage des mains (DLM) dans les établissements publics de soins en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire	66
Figure 35 : Types de dispositifs de lavage des mains dans les établissements publics de soins à l'échelle nationale	66
Figure 36 : Répartition des dispositifs de lavage des mains des établissements publics de soins selon les niveaux de la pyramide sanitaire	67
Figure 37 : Vue de quelques dispositifs de lavage des mains existants dans les établissements publics de soins à l'échelle nationale	67
Figure 38 : Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains (DLM) dans l'ensemble des établissements publics de soins au niveau national	68
Figure 39 : Proportion des établissements publics de soins selon l'état de fonctionnement des dispositifs de lavage des mains suivant la pyramide sanitaire	39
Figure 40 : Vue de dispositifs de lavage des mains (DLM) non fonctionnels observés dans les établissements publics de soins	69
Figure 41 : Proportion des établissements publics de soins pratiquant la sensibilisation à l'hygiène suivant les niveaux de la pyramide sanitaire	69
Figure 42 : Vue d'affiches de sensibilisation sur les bonnes pratiques d'hygiène dans les établissements publics de soins de la Côte d'Ivoire	70
Figure 43 : Proportion des établissements publics de soins relativement aux échelles de services d'hygiène à l'échelle nationale	70
Figure 44 : Proportion des établissements publics de soins relativement aux échelles de services d'hygiène suivant les niveaux de la pyramide sanitaire	71
Figure 45 : Répartition des établissements publics de soins disposant d'un système de gestion des déchets sanitaires selon les niveaux de la pyramide sanitaire	71
Figure 46 : Proportion des établissements publics de soins disposant d'un système de tri des déchets suivant les niveaux de la pyramide sanitaire	72
Figure 47 : Proportion des établissements publics de soins ayant recours à des poubelles pour le tri des déchets sanitaires suivant les niveaux de la pyramide sanitaire	73
Figure 48 : Proportion des établissements publics de soins disposant de poubelles sans fermeture au niveau national	73
Figure 49 : Vue de quelques dispositifs utilisés pour la collecte et le tri des déchets sanitaires produits par les établissements publics de soins au niveau national	74
Figure 50 : Existence d'équipements de traitement des déchets sanitaires dans les établissements publics de soins en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire	75
Figure 51 : Typologie des équipements de traitement des déchets biomédicaux existants dans les établissements publics de soins à l'échelle nationale	75
Figure 52 : Répartition des types d'équipements de traitement des déchets sanitaires dans les établissements publics de soins selon la pyramide sanitaire	76
Figure 53 : Répartition des établissements publics de soins ayant des équipements pour la collecte des objets coupants, piquants ou tranchants (OCPT) selon la pyramide sanitaire	76
Figure 54 : Répartition des établissements publics de soins disposant de boîtes de sécurité selon les niveaux de la pyramide sanitaire	77
Figure 55 : Vue de quelques équipements de traitement des déchets sanitaires dans les	



	<i>établissements publics de soins au niveau national</i>	77
Figure 56	<i>: Répartition par niveau de la pyramide sanitaire des établissements publics de soins renfermant du personnel de soins formé en matière de gestion des déchets sanitaires</i>	78
Figure 57	<i>: Proportion des établissements publics de soins relativement aux échelles de services de gestion des déchets sanitaires sur l'ensemble du territoire national</i>	78
Figure 58	<i>: Proportion des établissements publics de soins relativement aux échelles de services de gestion des déchets sanitaires suivant les niveaux de la pyramide sanitaire</i>	79
Figure 59	<i>: Répartition de l'ensemble des établissements publics de soins selon l'existence de personnel chargé de l'entretien des infrastructures EHA</i>	80
Figure 60	<i>: 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</i>	80
Figure 61	<i>: Sécurisation des latrines dans les établissements publics de soins au niveau national</i>	81
Figure 62	<i>: Responsable d'évaluation de la propreté des latrines et urinoirs au niveau national</i>	81
Figure 63	<i>: Responsable de l'évaluation de la propreté des latrines et des urinoirs selon les niveaux de la pyramide sanitaire</i>	82
Figure 64	<i>: Fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA au niveau national</i>	83
Figure 65	<i>: Fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA selon les niveaux de la pyramide sanitaire.</i>	83
Figure 66	<i>: Difficultés rencontrées pour veiller à la fonctionnalité et la propreté des latrines au niveau national</i>	84
Figure 67	<i>: Difficultés rencontrées pour veiller à la fonctionnalité et la propreté des latrines en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire</i>	85
Figure 68	<i>: Difficultés rencontrées pour assurer la fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains au niveau national</i>	85
Figure 69	<i>: Difficultés rencontrées pour assurer la fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire</i>	86
Figure 70	<i>: Difficultés rencontrées pour assurer le bon fonctionnement des dispositifs d'approvisionnement en eau potable</i>	87
Figure 71	<i>: Difficultés rencontrées pour assurer le bon fonctionnement des dispositifs d'approvisionnement en eau potable en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire</i>	87
Figure 72	<i>: Adéquation des latrines dans les établissements publics de soins au niveau national</i>	88
Figure 73	<i>: Fonctionnalité des latrines dans les établissements publics de soins en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire selon les usagers</i>	89
Figure 74	<i>: Facilité d'usage des latrines par les patients et les accompagnateurs au niveau national</i>	89
Figure 75	<i>: Facilité d'usage des latrines par les patients et les accompagnateurs en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire</i>	90
Figure 76	<i>: Fréquence des plaintes des patients et des accompagnateurs après utilisation des latrines au niveau national</i>	90
Figure 77	<i>: Fréquence des plaintes des patients et des accompagnateurs après utilisation des latrines en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire</i>	91
Figure 78	<i>: Vidange des fosses dans les établissements publics de soins au niveau national</i>	92
Figure 79	<i>: Vidange des fosses en fonction de la pyramide sanitaire selon le niveau de la pyramide sanitaire</i>	92
Figure 80	<i>: Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de latrines appropriées au niveau national</i>	93
Figure 81	<i>: Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de latrines appropriées en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire</i>	94
Figure 82	<i>: perception des responsables d'EPS par rapport à la fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains dans les quatorze régions sanitaires</i>	94
Figure 83	<i>: Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains en fonction de la pyramide sanitaire</i>	95
Figure 84	<i>: Facilité d'usage des dispositifs de lavage des mains par les patients et les accompagnateurs</i>	95
Figure 85	<i>: Facilité d'usage des dispositifs de lavage des mains par les patients et les</i>	

	<i>accompagnateurs en fonction de la pyramide sanitaire</i>	96
Figure 86	<i>: Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de dispositifs de lavage des mains appropriées</i>	96
Figure 87	<i>: Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de dispositifs de lavage des mains appropriées selon les niveaux de la pyramide sanitaire</i>	97
Figure 88	<i>: Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les sources appropriées d'approvisionnement en eau</i>	98
Figure 89	<i>: Opinion des responsables d'établissements publics de soins sur les sources appropriées d'approvisionnement en eau potable selon la pyramide sanitaire</i>	87
Figure 90	<i>: Connaissance de l'existence de normes pour la réalisation des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins au niveau national</i>	99
Figure 91	<i>: Connaissance de l'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</i>	99
Figure 92	<i>: Perception des responsables d'établissements publics de soins par rapport à l'importance des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement au niveau national</i>	100
Figure 93	<i>: Perception des responsables d'établissements publics de soins par rapport à l'importance des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement en fonction de la pyramide sanitaire</i>	100
Figure 94	<i>: Perception des responsables d'établissements publics de soins par rapport à l'efficacité des services EHA au niveau national</i>	101
Figure 95	<i>: Perception des responsables d'établissements publics de soins par rapport à l'efficacité des services EHA au niveau national en fonction de la pyramide sanitaire</i>	101
Figure 96	<i>: Responsabilité du financement des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins au niveau national</i>	102
Figure 97	<i>: Responsabilité du financement des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins suivant la pyramide sanitaire</i>	103
Figure 98	<i>: Mécanismes de financement idéals pour les infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement au niveau national</i>	103
Figure 99	<i>: Mécanismes de financement idéals pour les infrastructures EHA dans les établissements publics de soins en fonction de la pyramide sanitaire</i>	104
Figure 100	<i>: Suggestions du personnel de soins pour une meilleure utilisation des latrines dans les établissements publics de soins au niveau national</i>	105
Figure 101	<i>: Suggestions du personnel de santé pour une utilisation optimale des dispositifs de lavage des mains dans les établissements publics de soins</i>	105
Figure 102	<i>: Suggestions du personnel de santé pour une gestion améliorée des sources d'approvisionnement en eau dans les établissements publics de soins</i>	106

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	<i>: Tâches liées aux objectifs spécifiques de l'analyse situationnelle de l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins de Côte d'Ivoire</i>	31
Tableau II	<i>: Nombre de personnes à enquêter par établissement public de soins cible dans les 06 Régions sanitaires prioritaires et les 08 Régions sanitaires soumis à échantillonnage</i>	49
Tableau III	<i>: Capacité d'accueil moyenne des établissements publics de soins visités dans les quatorze (14) Régions sanitaires cibles</i>	49

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATION

BNETD	: Bureau National d'Etudes Techniques et de Développement
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
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
DLM	: Dispositif de Lavage des Mains
DR	: Direction Régionale ou Directeur Régional
DS	: District Sanitaire
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)	: 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 l'axe 06 intitulé « Prévention et Promotion de la Santé et de l'Hygiène publique ». Dans le cadre de la mise en oeuvre de cette composante du PNDS, 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, 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 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par échantillonnage représentatif, 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'appropriier 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.



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, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle :

- la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP), commanditaire de cette étude ;
- la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement (DHPSE) ;
- la Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité (DMHP) ;
- la Direction des Infrastructures, de l'Équipement 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 dispositifs 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 : 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 : 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 détritiques 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 réglementaires, 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 de l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement (EHA) dans les établissements publics de soins (EPS) en Côte d'Ivoire a été commanditée par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, à travers la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP), dans la perspective de disposer d'une base de données factuelle. Les résultats issus de la présente étude, effectuée avec l'appui technique et financier de l'UNICEF, devront permettre au MSHPCMU de définir de manière efficiente une stratégie EHA dans les établissements de soins et de mieux cibler les interventions. Le diagnostic a concerné l'étendue du territoire national sur la base d'un échantillon de quatorze (14) régions sanitaires. La collecte des données de terrain s'est effectuée à l'aide de l'outil KoboCollect durant le mois de juin 2020 dans 733 EPS couverts par 50 districts sanitaires. Elle s'est faite tout en tenant compte des trois (03) 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'issue de la réalisation de l'étude.

Caractéristiques des établissements publics de soins visités

L'ensemble des 733 établissements publics de soins (EPS) visités sont répartis en huit (08) catégories :

- pour le niveau tertiaire de la pyramide sanitaire (03 EPS) :
 - 03 Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) ;
- pour le niveau secondaire (49 EPS) :
 - 07 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ;
 - 42 Hôpitaux Généraux (HG) ;
- pour le niveau primaire (681) :
 - 28 Formations Sanitaires Urbaines (FSU) ;
 - 153 Centres de Santé Urbains (CSU) ;
 - 35 CSU spécialisés dont 32 Services de Santé Scolaire et Universitaire - Santé Adolescents et Jeunes (SSSU-SAJ) ou Médico-scolaires ;
 - 462 Centres de Santé Ruraux (CSR) ;
 - (viii) 03 EPS communautaires.

La majorité de ces EPS (90 %) a une capacité d'accueil inférieure à 20 lits, soit neuf (09) EPS sur dix (10). Selon les niveaux de la pyramide sanitaire, tous les EPS du niveau 3 ont une capacité d'accueil supérieure à 100 lits, tandis que pour le niveau 1 la quasi-totalité des EPS a une capacité d'accueil inférieure à 20 lits. Pour tous les cas de maladies confondus, près de 60 % des EPS sont fréquentés par moins de 50 % de la population de l'aire géographique couverte. Seuls 07 % des EPS enregistrent un taux de fréquentation supérieur à 100 %. La totalité des EPS du niveau 3 ont un taux de fréquentation supérieur à 90 %. Pour les niveaux primaire et secondaire, plus de la moitié des EPS ont un taux de fréquentation inférieur à 40 %.

Accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans les établissements publics de soins

Accès à l'eau

En matière d'eau, 70 % des établissements publics de soins (EPS), tous types confondus, disposent d'un point d'eau pour faire face à leur besoin en eau. Parmi ceux-ci, ce sont 75 % des EPS qui ont leurs points d'eau fonctionnels. Cependant, des disparités sont observées suivant les différents niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, tous les EPS des niveaux secondaire et tertiaire disposent de points d'eau. Par contre, 32 % des EPS du niveau primaire ne sont pas pourvus de points eau. Trois (03) principaux types de points d'eau existent dans les EPS visités : (i) l'eau courante provenant du réseau public d'eau potable (RéPEP), (ii) les forages équipés de pompes à motricité humaine (PMH) et (iii) les puits traditionnels non protégés. Les établissements de soins des niveaux 2 et 3 de la pyramide sanitaire ont plus recours à l'eau du RéPEP pour leur besoin



contrairement au niveau 1 où seuls 34 % des EPS utilisent cette source. Plus de la moitié des EPS de ce niveau primaire ont recours aux PMH, tandis que 11 % utilisent l'eau des puits traditionnels non protégés. En termes d'emplacement, seuls 43 % des EPS disposent de points d'eau se trouvant à l'intérieur des bâtiments sur l'ensemble du territoire national. Parmi les EPS ayant des points d'eau situés hors des bâtiments, 37 % se trouvent dans un rayon de 200 m de l'établissements et 10 % situés à plus de 500 m, les autres points d'eau (10 %) étant dans un rayon de 200 à 500 m maximum. Conformément aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, la totalité des EPS des niveaux 2 et 3 disposent de points d'eau situés à l'intérieur des bâtiments. Pour le niveau primaire, seuls 39 % des EPS renferment des points d'eau se trouvant à l'intérieur des bâtiments ou dans un rayon de 200 m. D'autres points d'eau sont situés entre 200 et 500 m ou au-delà de 500 m respectivement dans 11 % et 10 % des EPS de ce premier de la pyramide sanitaire. Sur l'ensemble des EPS visités, seuls 42 % disposent d'eau dans les salles de soins. L'appréciation de cet indicateur en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire révèle que seuls 38 % des EPS du niveau 1 ont de l'eau disponible en salles de soins, contrairement aux niveaux secondaire et tertiaire où l'eau est disponible en salles de soins dans la totalité des établissements.

En termes d'accès aux services d'eau, seuls 40 % des EPS disposent de services de base d'approvisionnement en eau en Côte d'Ivoire. La moitié des établissements de soins sont dotés de services limités d'approvisionnement en eau et 10 % ne sont pourvus d'aucun service. Des disparités sont observées entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, seuls 36 % des EPS du niveau 1 disposent de services de base d'approvisionnement en eau contre 92 % des EPS du niveau 2 qui en disposent. Il n'existe pas d'EPS du niveau 2 dépourvus de services d'eau comparativement au niveau 1 où 10 % des EPS ne disposent d'aucun service d'approvisionnement en eau. Pour le niveau primaire, 54 % des EPS sont équipés de services limités d'approvisionnement en eau. Cette proportion est de 08 % pour le niveau 2. Concernant le niveau tertiaire, l'intégralité des EPS disposent de services de base d'approvisionnement en eau.

Accès à l'assainissement

Il ressort que seuls 12 % des établissements publics de soins (EPS) ne disposent d'aucune latrine dans l'ensemble des Régions sanitaires. Tous les EPS des niveaux 2 et 3 de la pyramide sanitaire disposent de latrines. Pour le niveau 1, ce sont 87 % des EPS qui sont équipés de latrines contre 13 % qui n'en disposent pas. Cependant, 50 % des EPS visités disposent de latrines améliorées (toilettes à chasse manuelle et latrines VIP) contre 38 % qui renferment des latrines non améliorées (latrines traditionnelles). Les latrines non améliorées sont plus utilisées dans les EPS du niveau 1 (40 %) contre 48 % qui disposent de latrines améliorées. Pour le niveau 2, ce sont 60 % des EPS enquêtés qui disposent de latrines améliorées contre seulement 10 % qui renferment des latrines non améliorées. Trois quart (3/4) des EPS du niveau 3 disposent de latrines améliorées.

En termes de fonctionnement, 61 % des EPS de l'ensemble des Régions sanitaires disposent de latrines fonctionnelles. Aucun EPS du niveau 3 ne dispose de latrines non fonctionnelles. Pour le niveau 2, la proportion des EPS disposant de latrines non fonctionnelles reste faible (06 %) comparativement au niveau 1 où elle est relativement élevée (17 %). En outre, dans l'ensemble des Régions sanitaires, seuls 39 % des EPS visités renferment en leur sein des latrines hygiéniques. Aucun EPS n'est pourvu de services de base d'assainissement dans l'ensemble des Régions sanitaires. Plus de la moitié des EPS visités (54 %) sont pourvus de services limités d'assainissement. 46% des EPS ne disposent d'aucun service d'assainissement. Près de la moitié des établissements visités du niveau 1 ne disposent d'aucun service de base d'assainissement contre seulement 10 % des EPS du niveau 2 qui n'en disposent pas. Pour le niveau 1, 52 % des EPS sont pourvus de services limités d'assainissement comparativement au niveau 2 où environ 90 % des établissements en disposent.

Accès aux infrastructures d'hygiène

Relativement à l'hygiène, il existe des dispositifs de lavage des mains (DLM) dans 90 % des établissements publics de soins (EPS) de l'ensemble des Régions sanitaires. Mais cette proportion d'EPS disposant de DLM avant l'avènement de la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) est relativement plus bas (76 %), selon les résultats de l'enquête. La totalité des

EPS du niveau 3 renferment des DLM comparativement au niveau 2 où il existe des DLM dans 90 % des établissements. Concernant les EPS du niveau 1, ce sont 75 % des EPS qui disposent de DLM. Toutefois, il a été observé que 07 % des DLM ne sont pas fonctionnels. La plupart des DLM enregistrés sont constitués d'un seau avec couvercle équipé de robinet. Certains DLM sont composés d'un bidon équipé de robinet. Il est également enregistré des lavabos ordinaires. Par ailleurs, des affiches de sensibilisation à l'hygiène sont disponibles dans 70 % des EPS visités. Les principales thématiques abordées par cette sensibilisation sont : la pratique du lavage des mains à l'eau et au savon notamment la technique du lavage des mains, l'assainissement du cadre de vie, la gestion des déchets sanitaires et les mesures à adopter pour la prévention contre la COVID-19. En termes d'accès aux services d'hygiène, 11 % des EPS de la Côte d'Ivoire ne disposent d'aucun service d'hygiène. L'analyse suivant la pyramide sanitaire a montré des proportions similaires pour le niveau 1. Pour le niveau 2, ce sont 06 % des EPS qui ne disposent d'aucun service d'hygiène. Concernant les EPS du niveau 3, ils disposent tous de service de base d'hygiène ou de service limité d'hygiène.

Gestion des déchets sanitaires

La majorité des établissements publics de soins (EPS) enquêtés (83 %) dispose d'un système de gestion des déchets sanitaires dans l'ensemble des Régions sanitaires. Ces EPS procèdent par la séparation à la source des déchets sanitaires produits pour une meilleure gestion selon leurs caractéristiques. En vue de mieux mener cette pratique de tri à la production, neuf (09) EPS sur dix (10) ont recours à des poubelles. Toutefois, l'enquête a révélé que seuls 36 % des EPS disposent de poubelles possédant un couvercle dans l'ensemble des Régions sanitaires. Les résultats d'enquêtes révèlent également que la proportion des EPS qui pratique le tri des déchets dans l'ensemble des Régions sanitaires du pays est de 62%. En d'autres termes, 38% des EPS ne pratiquent pas le tri des déchets sanitaires à la source de production. Cependant, la proportion des EPS qui pratique correctement le tri des déchets n'est que de 43%.

Pour le traitement des déchets sanitaires, des fosses à placenta, des incinérateurs et des banaliseurs sont utilisés dans les EPS visités suivant les caractéristiques et le type de déchets. Mais, seuls 03 % des EPS ont recours aux banaliseurs pour le traitement des déchets sanitaires. D'autres types d'équipements tels que les fosses à brûlage sont également utilisés. Mais 26 % des EPS ne disposent pas d'équipements pour le traitement des déchets sanitaires dans l'ensemble des Régions sanitaires. Hormis les équipements susmentionnés, seuls 36 % des EPS disposent d'équipements spécifiques pour la collecte des objets piquants, coupants ou tranchants (OPCT), notamment les boîtes de sécurité. Ces boîtes de sécurité sont enregistrées dans 86 % des EPS visités dans l'ensemble des Régions sanitaires.

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

Sur toute l'étendue du territoire national, 71 % des établissements publics de soins (EPS) disposent d'un personnel spécifique dédié à l'entretien des infrastructures EHA. Plus du quart des EPS n'ont pas de personnel dédié pour l'entretien des dites infrastructures. Mais, tous les EPS de niveau 3 de la pyramide sanitaire disposent d'un personnel dédié. Quant au niveau 2, ce sont 90 % des EPS qui en disposent, tandis que c'est moins de 70% des EPS de niveau 1 qui en disposent. L'évaluation de la propreté des toilettes (latrines et urinoirs) est effectuée par les responsables dans 38 % des EPS. Cette proportion est estimée à environ 50 % pour le niveau 1. Par contre au niveau 2, ce sont les responsables d'EPS et les techniciens d'assainissement qui assurent cette tâche dans 30 % des EPS. Dans 24 % des cas, l'évaluation de la propreté des toilettes est confiée au personnel d'entretien. Concernant le niveau tertiaire, 33 % de EPS confient l'évaluation aussi bien aux techniciens d'assainissement qu'à l'ensemble du personnel de soins. Cette évaluation se fait journalièrement dans plus de la moitié des EPS dans l'ensemble des Régions sanitaires. Dans 32 % des EPS, cela se fait avec une fréquence hebdomadaire. Ces mêmes proportions sont observées au niveau 1. Par contre, 86 % des EPS de niveau 2 évaluent quotidiennement les infrastructures EHA et seuls 10 % le font de manière hebdomadairement. Par ailleurs, le tiers des EPS de niveau 3 évaluent quotidiennement les infrastructures EHA, tandis que près de deux tiers y procèdent de façon hebdomadairement. Toutefois, quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire, des difficultés faisant entrave à la fonctionnalité et à la propreté des infrastructures EHA sont rencontrées.



Elles relèvent de l'insuffisance de matériels et produits d'entretien, du manque de personnel d'entretien, des pratiques non hygiéniques des usagers et de l'insuffisance de moyens financiers. Aussi existe-il des difficultés pour garantir la fonctionnalité des DLM, notamment leur insuffisance ainsi que l'insuffisance des produits de lavage des mains. Par ailleurs, les EPS sont confrontés à l'insuffisance des points d'eau en leur sein, aux fréquentes ruptures du service d'approvisionnement en eau et aux mauvaises utilisations des installations.

Défis techniques, technologiques, environnementaux et comportementaux

Les défis sont appréhendés sous l'angle de l'efficacité des infrastructures et des opinions émis par les acteurs.

En termes d'adéquation, indicateur permettant d'apprécier la convenance des latrines avec les attentes et les pratiques des usagers, l'enquête a révélé que, dans 33 % de l'ensemble des établissements publics de soins (EPS), les latrines ne remplissent pas les fonctions pour lesquelles elles ont été construites. Cette observation est pareille pour les EPS du niveau 1 de la pyramide sanitaire comparativement au niveau 2 où seuls 12 % des personnes ne trouvent pas les latrines adéquates. Par contre, au sein des EPS du niveau 3, tous les enquêtés trouvent que les latrines remplissent leurs fonctions. Une proportion relativement importante de patients et accompagnateurs trouvant les latrines difficiles à utiliser est également notée ; 38 % dans l'ensemble des EPS et respectivement 39 %, 24 % et 33% pour les EPS des niveaux 1, 2 et 3. Des plaintes récurrentes relatives aux latrines mises à la disposition des usagers sont enregistrées. Par ailleurs, en vue d'améliorer et/ou promouvoir des installations sanitaires adaptées. Les choix se penchent vers le système d'assainissement autonome, la plupart trouvant les toilettes à chasse d'eau manuelle (TCM) raccordées à une fosse septique plus appropriées. Pour les niveaux 1 et 2, plus de 20 % des enquêtés se disent favorables d'adopter aux TCM, des latrines traditionnelles à fosse directe affectées aux patients et accompagnateurs, contre près de 10 % d'entre eux qui ont marqué leur préférence pour les latrines VIP (latrines à fosse sèche ventilée). Cependant, en matière de gestion des eaux usées et excréta, 56 % des responsables d'EPS enquêtés dans l'ensemble des Régions sanitaires n'arrivent pas à faire aisément la vidange des fosses septiques. Ces proportions sont de 58 % et 30 % respectivement pour les niveaux 1 et 2. La totalité des EPS du niveau 3 ne rencontre pas ce problème.

En matière d'hygiène des mains, l'étude révèle que la quasi-totalité (91 %) des EPS disposent de 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). Cependant, un tiers des DLM dans les EPS de niveau 3 ne sont pas fonctionnels. Pour le type de DLM appropriés, plus de la moitié des responsables d'EPS s'est dit favorable au DLM constitué de "Seau avec couvercle équipé de robinet". Pour le niveau 1 de la pyramide sanitaire, 41 % optent pour les DLM composés de "Lavabos + robinet". Ce choix est également fait à hauteur de 66 % et 100 % respectivement pour les niveaux 2 et 3. Plus de la moitié des enquêtés ont également marqué leur attention pour les DLM constitués de «Seau avec couvercle et robinet». Les DLM confectionnés avec «Bidon et robinet» sont appréciés par au moins 10 % des responsables d'EPS des niveaux 1 et 2 contre 33 % pour le niveau 3. Pour les sources d'approvisionnement en eau, près de 60 % des enquêtés souhaitent de l'eau provenant du RéPEP de la SODECI contre 33 % qui souhaitent des pompes à motricité humaine (PMH). Ces proportions sont les mêmes enregistrées au sein des EPS du niveau 1 comparativement au niveau 2 où 78 % approuvent l'eau de la SODECI et 10 % pour les PMH. Par contre, l'intégralité des EPS du niveau 3 préfèrent l'eau provenant du RéPEP. 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 pour le personnel de soins et les patients.

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

Dans l'ensemble des établissements publics de soins (EPS) des Régions sanitaires 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 en troisième lieu à la Direction générale de la santé. Dans une moindre mesure, cette responsabilité devrait revenir aux établissements de soins eux-mêmes ou aux Directions régionales de la santé. Mais les avis diffèrent suivant les niveaux de la pyramide sanitaire. Tous les responsables d'EPS de niveau 3 estiment que le financement des infrastructures EHA doit se faire exclusivement par l'établissement de soin lui-même. Quant aux responsables d'EPS des niveaux 1 ou 2, plus de la moitié préfèrent que le financement des infrastructures EHA soit assuré par le Cabinet du ministère en charge de la santé. En second et troisième lieu les responsables d'EPS du niveau 1 sont favorables à un financement à partir du District sanitaire ou à partir de la Direction générale de la santé. Pour les responsables d'EPS du niveau 2, la responsabilité du financement des infrastructures EHA revient, en deuxième et troisième position, respectivement à l'établissement de soin lui-même et à la Direction générale de la santé. Toutefois, en termes de mécanismes, l'enquête a révélé que les mécanismes de financement idéals pour les infrastructures EHA devront être principalement basés, à proportion égale, sur une planification budgétaire du Ministère en charge de la santé et une subvention de la part des organisations nationales et/ou internationales, dans l'ensemble des Régions sanitaires visitées. Cette observation est pareille au sein des EPS du niveau 1 de la pyramide sanitaire. Pour les EPS des niveaux 2 et 3, les responsables se prononcent prioritairement pour une planification budgétaire du Ministère en charge de la santé, puis en second lieu pour une subvention issue des organisations nationales et/ou internationales.

Suggestions du personnel de soins pour une utilisation optimale des infrastructures EHA

Cinq (05) aspects importants sont à prendre en compte en vue d'une meilleure gestion et un meilleur usage des latrines dans les établissements publics de soins (EPS), à savoir : (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, (iv) l'entretien régulier des latrines et (v) l'appui du Ministère en charge de la santé ou des organisations nationales et internationales. Concernant l'hygiène, en particulier les dispositifs de lavage des mains (DLM), il conviendrait de sensibiliser les usagers sur les bonnes pratiques d'hygiène, d'équiper les bâtiments des établissements publics de soins en DLM opérationnels et de mettre des consignes d'hygiène et de lavage des mains à l'entrée des bâtiments. Relativement à l'accès aux services d'approvisionnement en 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. D'autres suggestions ont été formulées, notamment la réhabilitation des points d'eau existants non fonctionnels.



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 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 basique d'eau potable en 2016 (JMP, 2019). 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 avec du savon.

Dans la perspective de disposer d'une base de données fiable sur l'accès aux services EHA dans les établissements publics de soins (EPS) en Côte d'Ivoire, 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), 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 EPS, afin de mieux cibler les interventions dans ce secteur. Les résultats issus de cette analyse situationnelle permettront au MSHPCMU 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 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, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) de mener le plaidoyer pour la mise en œuvre de la stratégie définie.

1.2.2. Objectifs spécifiques

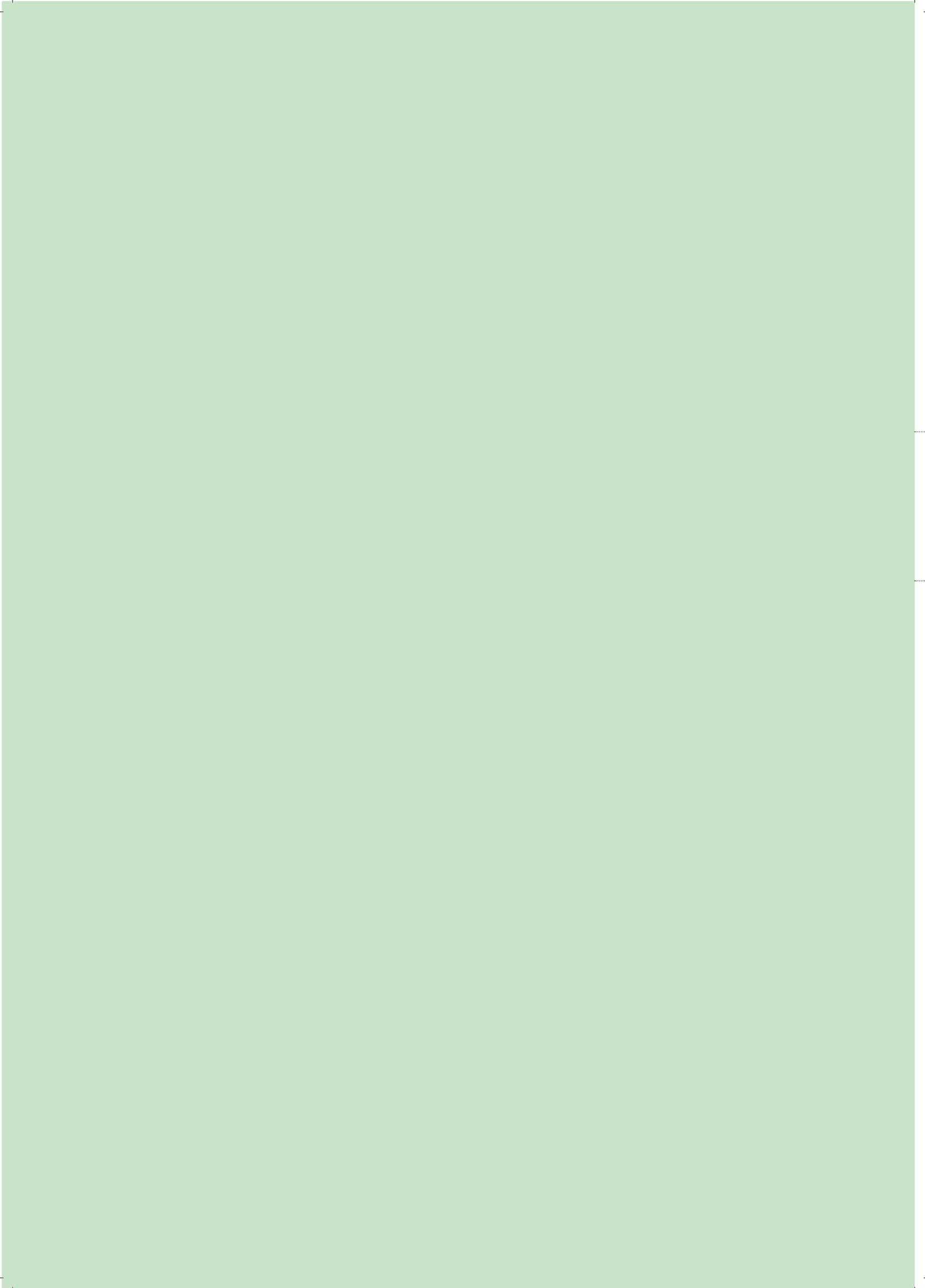
- Faire l'état des lieux des EPS en matière d'accès aux services d'EHA ;
- Analyser les mécanismes de gestion des services d'EHA pour chacun des trois (03) niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Analyser les cadres institutionnel et de financement relatifs à l'EHA dans les EPS ;
- Formuler des recommandations 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 réglementaires 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 accompagnateurs 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 un échantillon de quatorze (14) régions sanitaires sur les trente-trois (33) régions sanitaires du pays. Il s'agit notamment de : Abidjan 2, Bagoué, Boukani, Gbêkê, Guémon, Haut-Sassandra, Indénié-Djuablin, Kabadougou, Lôh-Djiboua, N'zi, Poro, San-Pedro, Tchologo et Tonkpi.

L'approche méthodologique adoptée pour la conduite de l'étude s'articule autour des éléments suivants :

- i. la revue et l'analyse documentaire ;
- ii. la sélection des zones géographiques et des populations cibles de l'étude ;
- iii. l'échantillonnage ;
- iv. les outils et les méthodes de collecte des données de terrain ;
- v. la réalisation des enquêtes de terrain ;
- vi. 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 de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement (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 réglementaires 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 antérieures (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, ...) et de définir l'échantillon à considérer pour l'enquête de terrain proprement dite.



2.2. SÉLECTION DES ZONES GÉOGRAPHIQUES ET DES POPULATIONS CIBLES

L'échelle d'intervention pour l'évaluation de l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement (EHA) dans les établissements publics de soins (EPS) concerne l'ensemble du territoire national, conformément aux termes de références (TDR) de la mission.

Toutefois, toutes les six (06) régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/ UNICEF ont été préalablement ciblées, selon la Carte sanitaire de la Côte d'Ivoire (version 2018). Pour ce qui concerne les autres régions sanitaires du pays, le zonage de l'étude s'est fait également sur la base de la Carte sanitaire susmentionnée. Ainsi, les 27 Régions sanitaires restants du territoire national ont été considérés pour l'échantillonnage.

L'enquête de terrain proprement dite a donc concerné deux (02) échelles d'intervention sur le territoire national constituées de 14 régions sanitaires (*Figure 1*) :

- les six (06) régions sanitaires prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/ UNICEF (Bagoué, Guémon, Kabadougou, Poro, Tchologo et Tonkpi) ;
- huit (08) régions sanitaires sélectionnées à partir d'échantillonnage à choix raisonné sur le reste du territoire national (Abidjan 2, Boukani, Gbêkê, Haut-Sassandra, Indénié-Djuablin, Loh-Djiboua, N'zi et San Pedro).

La population d'étude renferme :

- les Directeurs Régionaux (DR) et/ou les Directeurs départementaux (DD) de la Santé ;
- les Responsables des EPS des quatorze (14) régions sanitaires cibles ;
- les Personnels de soins (médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants) des EPS cibles ;
- les Patients et accompagnateurs de malades des EPS cibles ;
- le Personnel de soutien (agent d'hygiène, fille/garçon de salle) des EPS cibles.

Pour chaque établissement public de soins visité, le tableau II ci-dessous présente le nombre de personnes estimées pour être enquêtées par population cible au niveau des deux (02) échelles d'intervention : (i) les six (06) régions sanitaires prioritaires et (ii) huit (08) régions sanitaires sélectionnées.

Tableau I : Nombre de personnes à enquêter par établissement public de soins cible dans les quatorze (14) régions sanitaires cibles

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 (médecin, infirmier, sages-femmes, aides-soignants)	01 à 03 (EPS ruraux)
	02 à 05 (EPS urbains)
Patients et accompagnateurs de malades	02 à 04 (EPS ruraux)
	05 à 10 (EPS urbains)
Personnels d'entretien de l'EPS (garçon/fille de salle et techniciens de surface)	01 à 02
Etablissement de soin public (Grille d'observation)	01

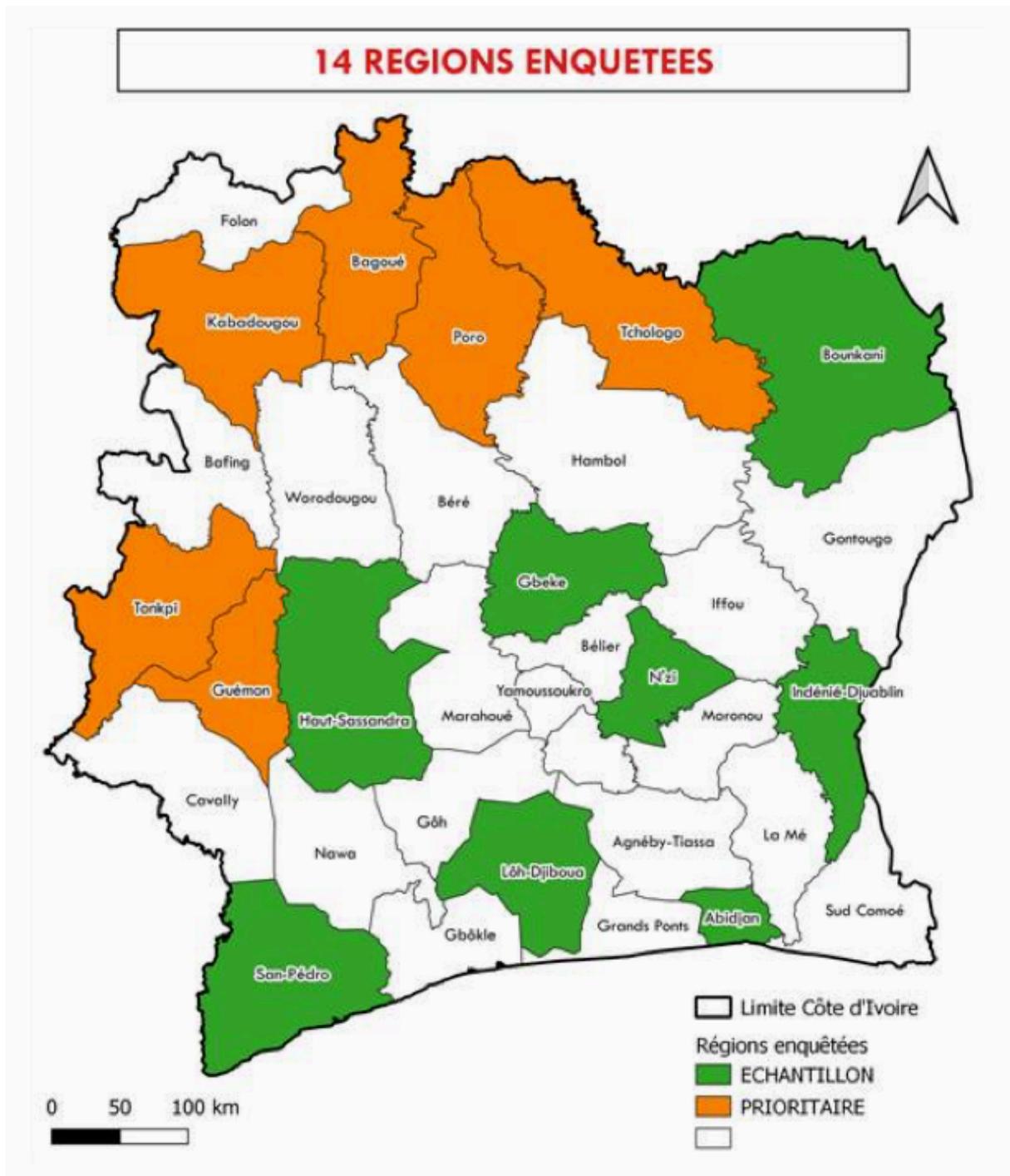


Figure 1 : Cartographie des régions cibles de l'étude



2.3. ECHANTILLONNAGE

La collecte des données quantitatives et qualitatives s'est faite suivant les trois (03) niveaux de la pyramide sanitaire existants en Côte d'Ivoire : niveau primaire (niveau 1), niveau secondaire (niveau 2) et niveau tertiaire (niveau 3).

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

Le niveau secondaire renferme :

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

Le niveau tertiaire renferme les établissements publics nationaux (EPN), mais ce sont les Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) qui ont été considérés pour la présente étude.

Relativement aux six (06) régions sanitaires prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire /UNICEF, l'ensemble des EPS évalués à 492 ont systématiquement été enquêtés. Au total, l'enquête a concerné 19 districts sanitaires que couvrent les six (06) régions prioritaires.

Au niveau de la deuxième échelle d'intervention constituée des huit autres (08) régions sanitaires sélectionnées, la détermination de l'échantillon d'EPS à enquêter a résulté d'un choix raisonné en tenant compte de deux (02) strates. Ainsi, l'unité statistique à étudier étant le District sanitaire et conformément aux trois (03) niveaux de la pyramide sanitaire, les éléments constitutifs de l'échantillon sont :

- les établissements publics de soins (EPS) du niveau tertiaire (CHU) et ceux du niveau secondaire (CHR et HG), pour la première strate ;
- les établissements de soins de premier contact, EPS du niveau primaire de la pyramide sanitaire (FSU, FSU-COM, CSU, CSUS, SSSU-SAJ, CSU-COM et CSR), pour la seconde strate.

Les EPS de la première strate, au nombre de 100, ont tous été enquêtés : 82 HG, 15 CHR et 03 CHU (CHU de Bouaké, CHU de Cocody et CHU de Treichville). Les deux (02) autres CHU (Yopougon et Angré) n'ont pu être enquêtés pour des raisons de fermeture et d'indisponibilité durant la période de l'enquête (11 au 26 juin 2020).

Pour la seconde strate, au sein de chaque district sanitaire, l'approche de l'échantillonnage a couplé sondage aléatoire et choix raisonné. Ainsi, un (01) établissement urbain des Chefs-lieux des Sous-préfectures a été d'emblée enquêté. Tandis qu'un tirage aléatoire a été fait pour les ESPC urbain du Chef-lieu de Département. Cependant, le choix de l'EPS à enquêter s'est fait tout en tenant compte de la disparité des différents établissements urbains existants dans la zone d'intervention, en vue de diversifier les EPS ciblés.

Quant aux CSR, appartenant également à la seconde strate d'échantillonnage, ils ont également été enquêtés sur la base d'un (01) établissement par Sous-préfecture, tout en tenant compte de l'accessibilité géographique et de la distribution spatiale. En termes de distribution spatiale, l'évaluation a été faite en sorte d'enquêter les établissements se trouvant sur des axes routiers différents.

Ainsi, les différentes équipes ont établi, avec l'aide des Directions départementales (DD) de la Santé des Districts Sanitaires des huit (08) régions sanitaires cibles, une liste des CSR respectant les conditions d'accessibilité. Sur la base de cette liste, un choix aléatoire a été opéré et les CSR sélectionnés ont été considérés pour l'enquête.

Pour les huit (08) régions sanitaires sélectionnées par choix raisonné et stratifié, 168 établissements publics de soins du niveau primaire de la pyramide sanitaire (ESPC ruraux et urbains confondus) ont été considéré pour l'enquête dans 29 districts sanitaires.

Sur cette base, dans l'ensemble des huit (08) régions sanitaires sélectionnées (soit 30 % des 27 Régions sanitaires restantes du territoire national, hormis les six (06) régions sanitaires prioritaires), il a été considéré 268 établissements publics de soins pour l'enquête.

En somme, l'étude diagnostique à l'échelle nationale a porté sur 760 établissements publics de soins (EPS), dont 492 EPS issus de 19 Districts sanitaires afférents aux six (06) régions sanitaires prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF et 268 EPS appartenant à 29 Districts sanitaires couverts par les huit (08) Régions sanitaires sélectionnées par choix raisonné et stratifié.

2.4. OUTILS ET MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES

Pour la collecte des données, trois (03) types d'outils ont été utilisés : questionnaire, grille d'observation et guide d'entretien. L'usage des 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 accompagnateurs 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 élaborés ont été administrés respectivement aux responsables des EPS, aux Personnels des soins (médecin, infirmier, sages-femmes, aides-soignants), aux Patients (en ambulatoire, hospitalisés) et accompagnateurs de malades ainsi qu'au Personnel d'hygiène et d'entretien des locaux de l'établissement de soins (garçons/filles de salle et techniciens de surface).



Pour 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 ont été recrutés et constitués 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 maîtrise 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-groupe 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'équipes 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'équipes ont procédé, à leur tour, à la formation des équipes (couples d'enquêteurs) sous leur supervision dans leurs zones d'intervention.

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'équipes et 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 accompagnateurs de malades ;
- Personnels d'entretien de l'établissement de soins (garçons/filles de salle et techniciens de surface).

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'équipes et la coordination générale du Consultant principal.

Outre les Chefs d'équipes 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 de 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 a été utilisé pour bien conduire le traitement et l'analyse des données. 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 de la voirie 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 de soins visités notamment l'absence de patients et d'accompagnateurs dans l'après-midi, certains établissements ne disposant qu'un seul personnel des soins en leur sein.

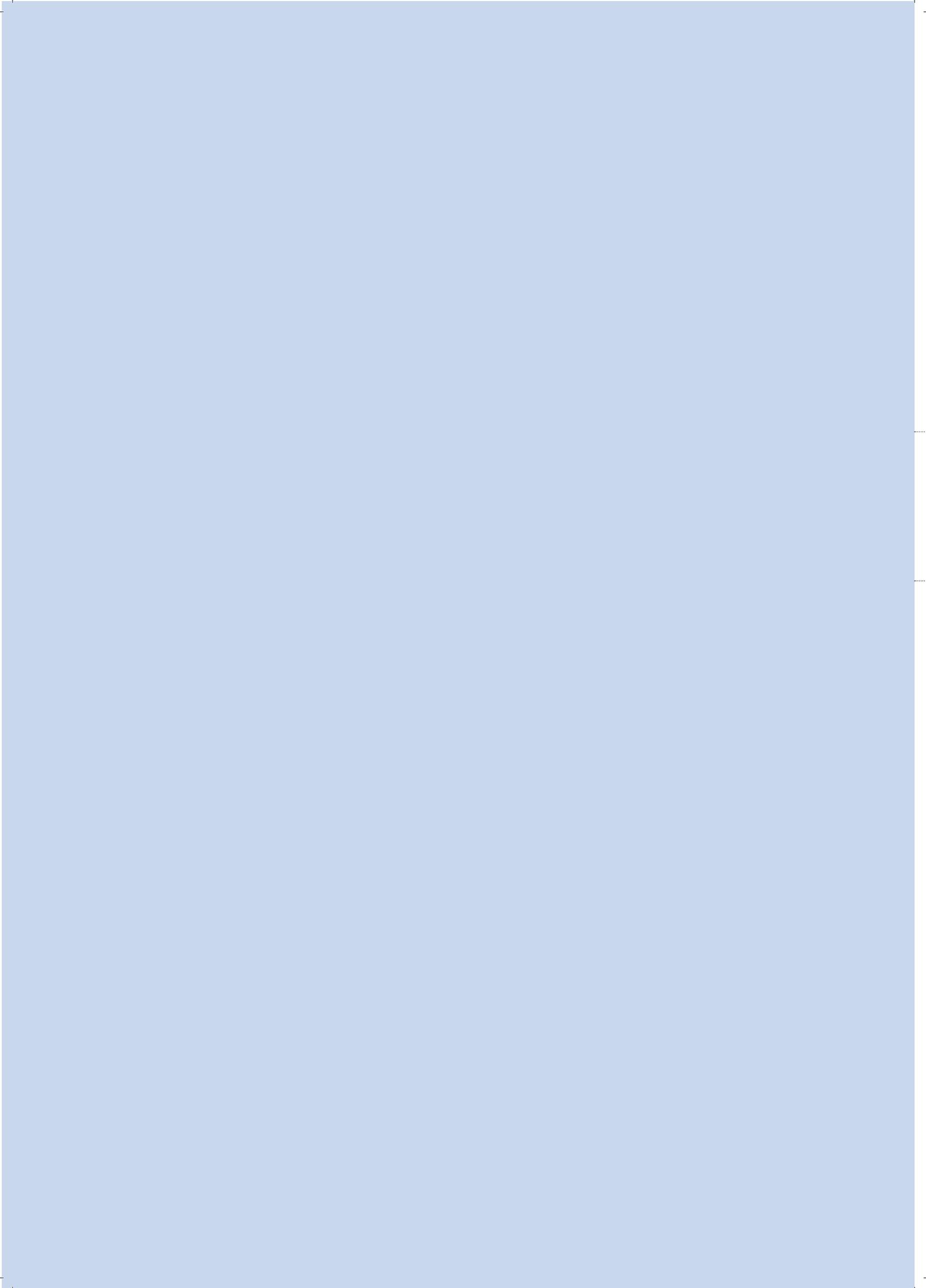
Aussi, l'enquête avait-elle prévu de collecter les données de manière exhaustive au sein de 492 établissements publics de soins issus des 19 Districts sanitaires des six (06) Régions prioritaires du Programme de Coopération Côte d'Ivoire/UNICEF. Cette hypothèse n'a pu être respectée sur le terrain, en 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 du 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'équipes 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.



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) types 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, la capitale économique.

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) 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) 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) 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 et 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 2431 Etablissements de Soins de Premiers Contacts (ESPC), dont 1780 Centres de Santé Ruraux (CSR), 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, 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)) et 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 confie 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.

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.

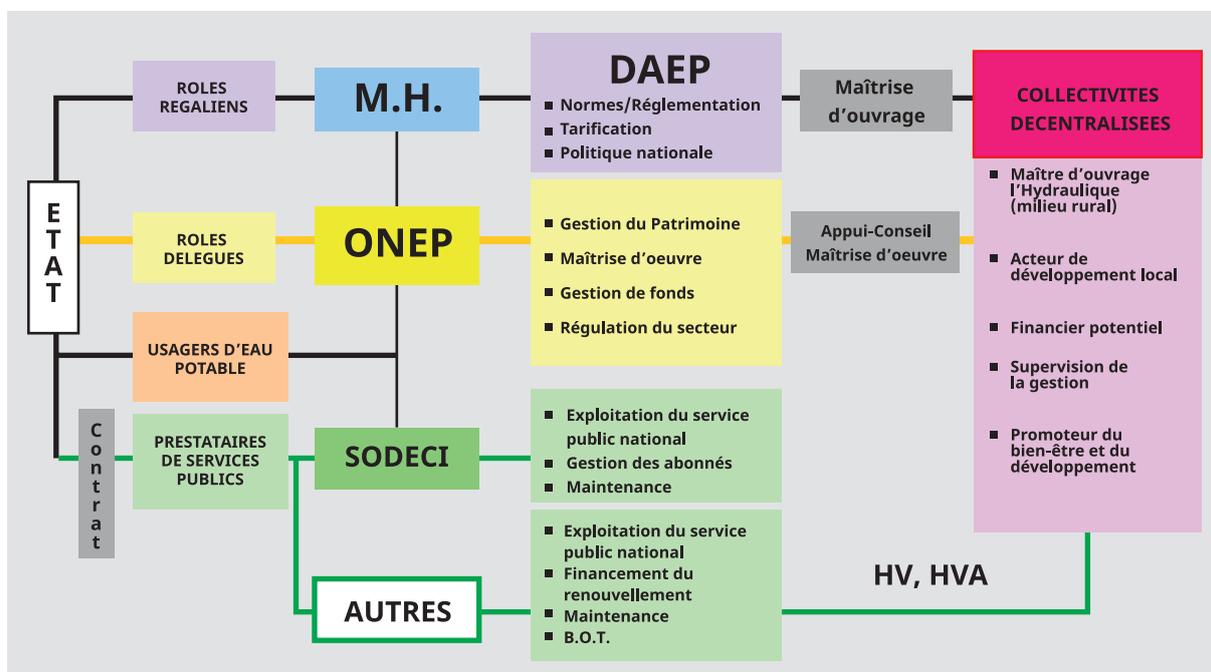


Figure 3 : Cadre institutionnel du secteur de l'eau potable en Côte d'Ivoire (Source : ONEP)

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, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) 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 est de 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, et (v) accroître 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, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) 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 MSHPCMU, 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 DE LA
COTE D'IVOIRE**

4.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-SANITAIRES DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SOINS

4.1.1. Types d'établissements visités

Au total 733 établissements publics de soins (EPS) issus de 50 districts sanitaires couverts par 14 régions sanitaires ont été visités. Il s'agit de huit (08) types d'EPS appartenant aux trois (03) niveaux de la pyramide sanitaire, dont cinq (05) pour le niveau primaire, deux (02) pour le niveau secondaire et un (01) au niveau tertiaire :

- niveau primaire (681 établissements de soins de premiers contacts) :
 - 28 Formations Sanitaires Urbaines (FSU) ;
 - 153 Centres de Santé Urbains (CSU) ;
 - 35 CSU spécialisés dont 32 Services de Santé Scolaire et Universitaire - Santé Adolescents et Jeunes (SSSU-SAJ) communément appelés Médico-scolaires ;
 - 462 Centres de Santé Ruraux (CSR) ;
 - 03 EPS à base communautaire.
- niveau secondaire (49 établissements publics de soins) :
 - 07 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ;
 - 42 Hôpitaux Généraux (HG).
- niveau tertiaire (03 établissements publics de soins) :
 - 03 Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU).

L'ensemble des 733 établissements publics de soins visités peut être réparti en deux groupes, selon les deux échelles d'intervention considérées pour l'étude : 466 établissements couverts par les six (06) régions sanitaires prioritaires et 267 établissements appartenant aux huit (08) autres régions sanitaires sélectionnés par choix raisonné stratifié.

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 établissements publics de soins (EPS) sont généralement équipés 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 ;
- salles d'accouchement ou de maternité.

Leur capacité d'accueil est très diversifiée pour l'ensemble des quatorze (14) Régions sanitaires cibles. Onze (11) classes de taille égales ont alors été déterminées. Il ressort que, pour l'échelle nationale, la majorité des établissements de soins (90 %) a une capacité d'accueil inférieure à 20 lits ([Tableau III](#)).

Mais des disparités sont observées suivant les trois (03) niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, tous les EPS du niveau 3 (100 %) ont une capacité d'accueil supérieure à 100 lits, tandis que pour le niveau 1 la quasi-totalité des établissements (96 %) a une capacité d'accueil inférieure à 20 lits.

Ces établissements publics de soins sont par ailleurs équipés de divers bureaux pour le personnel de santé et de salles d'attente pour les patients et accompagnateurs de malades.



Tableau II : Capacité d'accueil moyenne des établissements publics de soins visités dans les régions sanitaires cibles

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%

Pour ce qui concerne le taux de fréquentation des établissements publics de soins (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, plus du quart des EPS de l'échelle nationale (26 %) a un taux de fréquentation inférieur à 20 % (*Tableau IV*). Près de 60 % des EPS sont fréquentés par moins de 50% de la population de l'aire géographique couvert. Seuls 07 % des établissements enregistrent un taux de fréquentation supérieur à 100 %.

Des disparités sont également observées à ce niveau suivant les différents niveaux de la pyramide sanitaire. La totalité des établissements de soins du niveau 3 a un taux de fréquentation compris entre 90 % et 100 % exclus. Pour le niveau secondaire, plus de la moitié des établissements a un taux de fréquentation inférieur à 40 %. 49% des établissements de soins du niveau primaire ont un taux de fréquentation inférieur à 40% (*Tableau IV*).

Tableau III : Taux de fréquentation moyen des établissements publics de soins visités dans les régions sanitaires cibles

Taux de fréquentation	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Echelle nationale
< 10	13 %	06 %	00 %	12 %
10-20	14 %	10 %	00 %	14 %
20-30	11 %	10 %	00 %	11 %
30-40	11 %	26 %	00 %	12 %
40-50	10 %	20 %	00 %	11 %
50-60	13 %	08 %	00 %	12 %
60-70	08 %	06 %	00 %	08 %
70-80	04 %	06 %	00 %	04 %
80-90	05 %	04 %	00 %	05 %
90-100	04 %	02 %	100 %	04 %
> 100	08 %	02 %	00 %	07 %
Total général	100 %	100 %	100 %	100 %

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, 1474 personnes ont été interviewées lors de la collecte des données de terrain.

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

4.2. ETAT DES LIEUX DE L'ACCÈS À L'EAU, L'HYGIÈNE ET L'ASSAINISSEMENT DANS LES EPS

4.2.1. Accès à l'eau

4.2.1.1. Existence et typologie des points d'eau

Existence de points d'eau

Au niveau national

La figure ci-dessous présente la répartition des EPS en fonction de l'existence ou non de points d'eau.

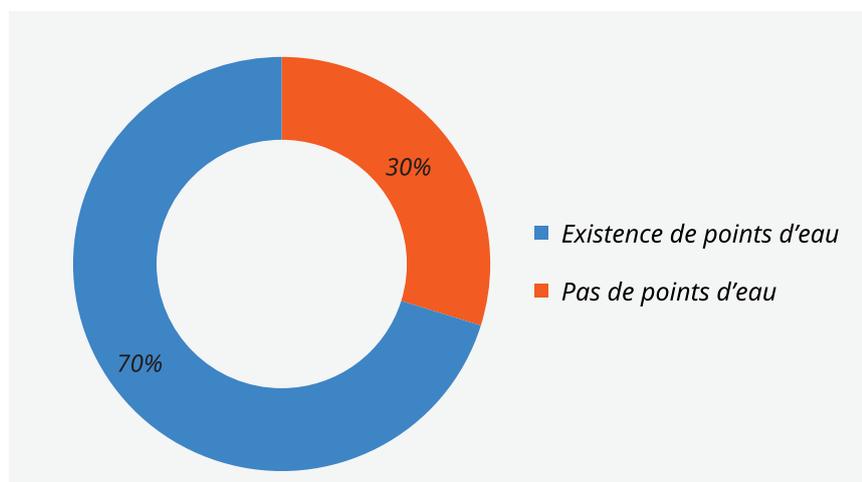


Figure 4 : Répartition des EPS selon l'existence de points d'eau à l'échelle nationale

Les résultats d'enquête révèlent que la majorité des EPS visités dispose d'au moins un point d'eau. En effet, dans l'ensemble des régions sanitaires à l'échelle nationale, 70 % des EPS, tous types confondus, disposent de points d'eau pour faire face à leur besoin en eau. Seuls 30 % des EPS sont dépourvus de points d'eau au niveau national.

Au niveau de la pyramide sanitaire

En observant de plus près la situation des EPS en fonction de la pyramide sanitaire, nous observons des disparités liées au taux d'établissements disposant d'un point d'eau en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire. Tous les EPS des niveaux secondaire et tertiaire (100 %) disposent de points d'eau. Par contre, il est enregistré 32 % des EPS du niveau primaire, qui ne sont pas pourvus de points d'eau (cf. Figure 5).

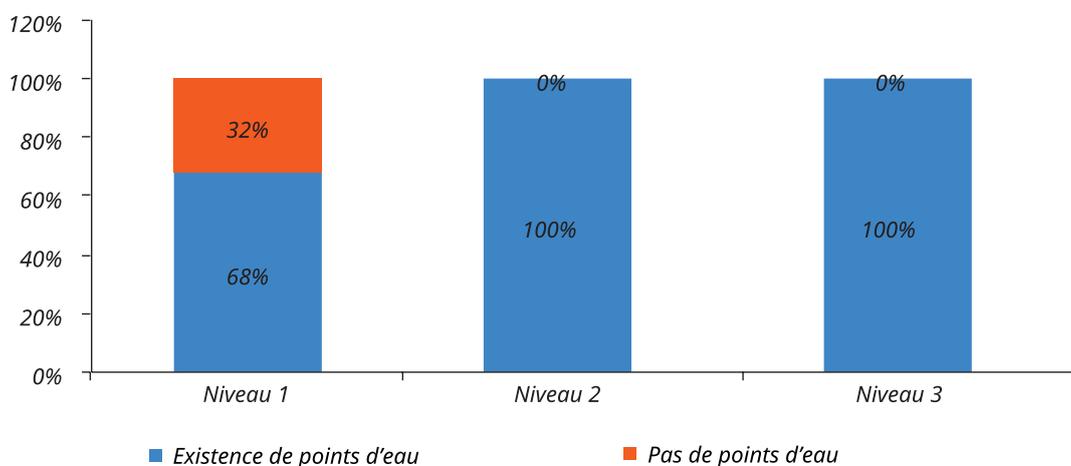


Figure 5 : Répartition des EPS selon l'existence de points d'eau suivant la pyramide sanitaire à l'échelle nationale

Principaux points d'eau

Au niveau national

L'enquête révèle l'existence de trois (03) principaux points d'eau dans les EPS visités : (i) l'eau courante provenant du réseau public d'eau potable (RéPEP) de la SODECI, (ii) les forages équipés de pompes à motricité humaine (PMH) et (iii) les puits traditionnels non protégés. Dans l'ensemble, la moitié des EPS utilisent les PMH (Figure 6). L'eau courante issue du RéPEP de la SODECI n'est utilisée que par 39 % des EPS. Seuls 10 % des EPS s'approvisionnent en eau à partir des puits traditionnels non protégés.

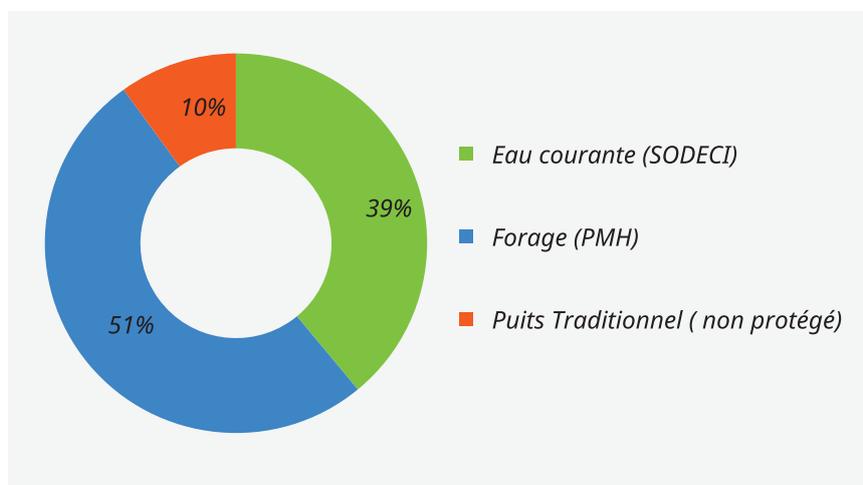


Figure 6 : Principaux points d'alimentation en eau dans les EPS à l'échelle nationale

Au niveau de pyramide sanitaire

L'analyse en fonction de la pyramide sanitaire montre que tous les EPS (EPS) du niveau 3 de la pyramide sanitaire (100 %) ont recours à l'eau courante (RéPEP) pour leur besoin. La quasi-totalité des EPS (94 %) du niveau 2 a recours à l'eau courante (RéPEP) pour leur besoin. Seulement 06 % des établissements de ce niveau utilisent les forages à PMH comme point d'eau. Aucun établissement du niveau 2 n'a recours aux puits traditionnels non protégés (Figure 8). Plus de moitié des EPS du niveau 1 a recours aux forages à PMH comme point d'eau (55 %). Seulement 11 % de ces établissements du niveau 1 utilisent l'eau issue des puits traditionnels non protégés contre 34 % des établissements qui ont recours à l'eau provenant du RéPEP (Figure 7).

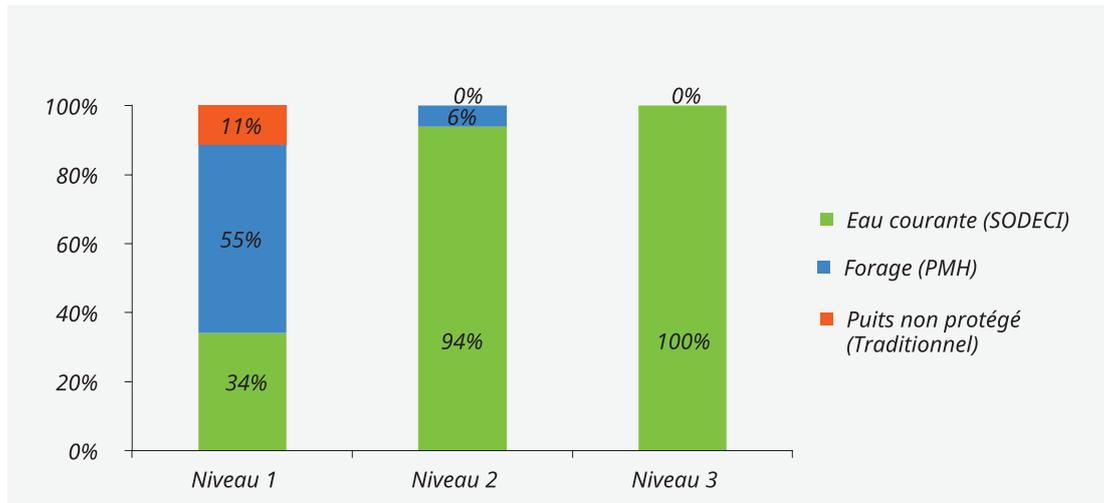


Figure 7 : Répartition des principaux points d'eau des EPS en fonction de la pyramide sanitaire

La figure 8 ci-dessous présente une illustration des principaux points d'eau dans les EPS visités.

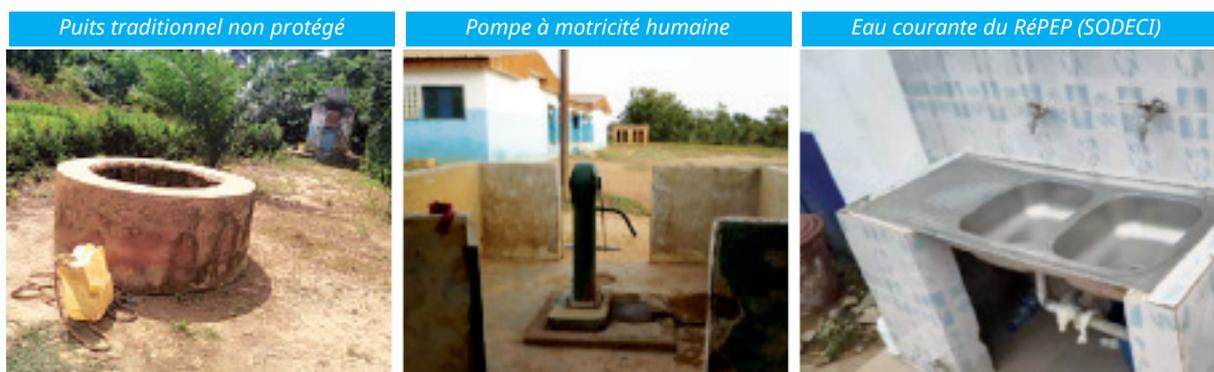


Figure 8 : Vue des principaux points d'eau observés dans les EPS à l'échelle nationale

4.2.1.2. Etat de fonctionnement des postes de puisage

Au niveau national

La figure 9 présente une répartition des EPS en fonction de l'état de fonctionnement des postes de puisage à l'échelle nationale.

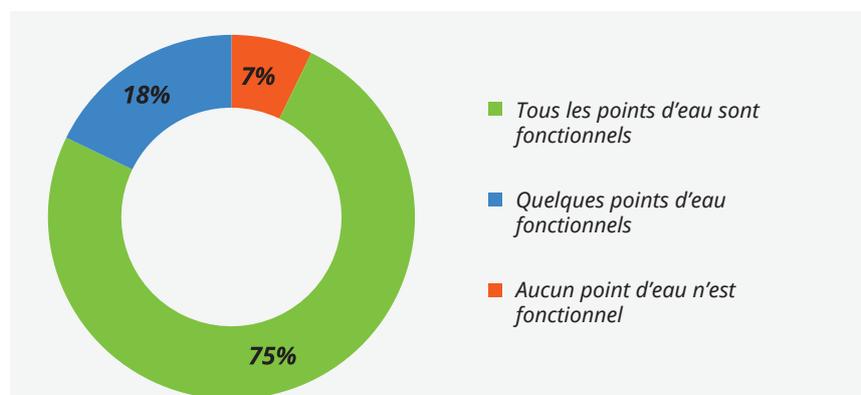


Figure 9 : Répartition des EPS du territoire national selon la fonctionnalité des points d'eau



Les résultats d'enquête montrent que dans la majorité des EPS, tous les postes de puisage sont fonctionnels. En effet, dans 75% des EPS, tous les postes d'eau sont fonctionnels. Seulement dans 07% des établissements, il est enregistré qu'aucun point d'eau n'est fonctionnel. L'enquête a révélé par ailleurs un dysfonctionnement des points d'eau dans 18 % des EPS, restreignant ainsi l'accès à l'eau pour les services de santé.

Au niveau de la pyramide sanitaire

En fonction de la pyramide sanitaire, il a été constaté que seulement 08 % des EPS du niveau primaire ne disposent d'aucun point d'eau fonctionnel. Tous les points d'eau sont fonctionnels dans trois quart des établissements de soins de ce niveau 1 de la pyramide sanitaire, soit 75 %. Aux niveaux secondaire et tertiaire de la pyramide sanitaire, ce sont respectivement 73 % et 67 % des établissements de soins qui disposent de points d'eau qui sont tous fonctionnels (*Figure 10*).

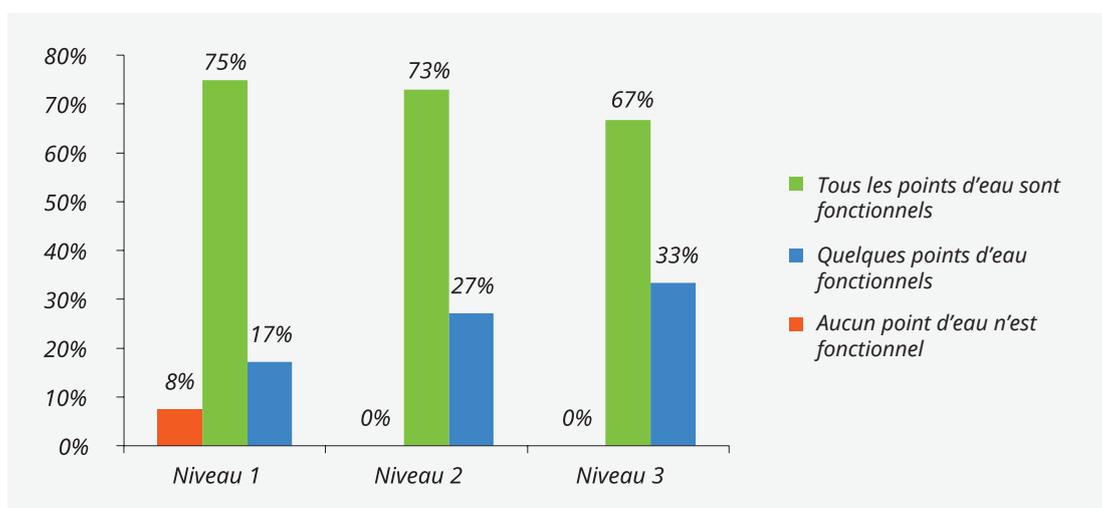


Figure 10 : Fonctionnalité des points d'eau des EPS en fonction de la pyramide sanitaire

4.2.1.3. Existence de système de secours

En vue de pouvoir faire face au problème de dysfonctionnement des infrastructures d'approvisionnement en eau, certains EPS ont recours au stockage et à la conservation de l'eau dans divers récipients. Il s'agit entre autres de fûts, de barriques, de cubitenaies, de bacs de stockage et de bidons.

Observé dans 33 % de l'ensemble des EPS visités, ce système alternatif utilisé en cas de dysfonctionnement est adopté dans toutes les Régions sanitaires du pays en vue de satisfaire les besoins en eau.

Parmi les EPS, où l'usage de système alternatif est fait pour palier le problème de coupure d'eau et garantir la disponibilité de l'eau, seuls 30 % des EPS appartiennent au niveau 1 de la pyramide sanitaire (*Figure 11*). Les proportions d'établissements ayant recours à un système alternatif afin de garantir la disponibilité de l'eau sont relativement plus élevées pour les EPS des niveaux 2 et 3 de la pyramide sanitaire ; avec respectivement 64 % et 67 %.

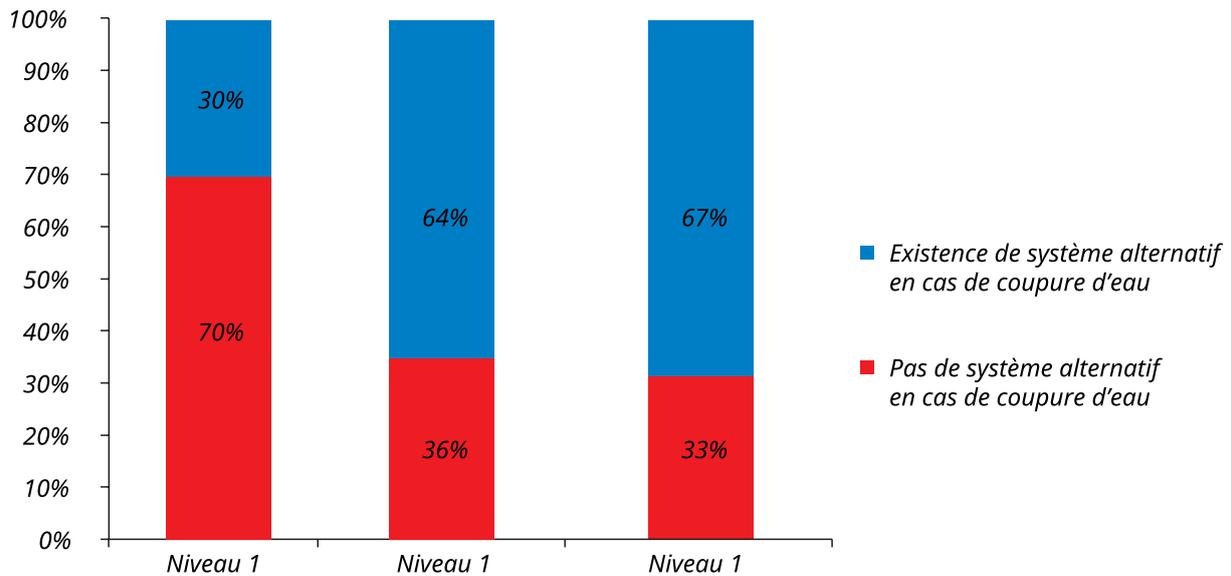


Figure 11 : Proportion des EPS ayant recours à un système alternatif pour garantir la disponibilité de l'eau



Figure 12 : Vue de trois (03) points d'eau non fonctionnels

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

Au niveau national

La notion de distance est très importante car elle permet d'évaluer la proximité entre les points de prestation de soins et les postes de puisage. La figure 13 présente la distribution des EPS en fonction de la proximité des postes d'eau.

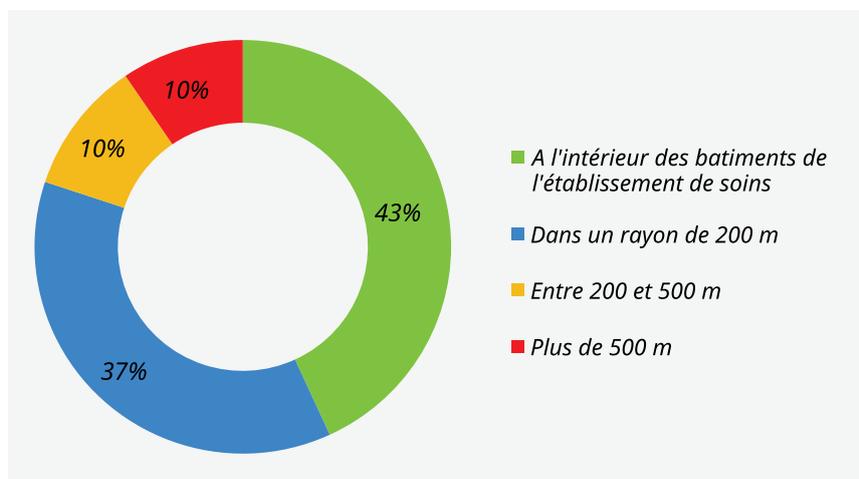


Figure 13 : Répartition des EPS en fonction de l'emplacement des points d'eau au niveau national



Dans l'ensemble des Régions sanitaires du pays, les points d'eau se trouvent à l'intérieur des bâtiments des EPS dans 43 % des cas contre 57 % des EPS qui disposent de points d'eau situés hors des bâtiments. Parmi ces derniers, 37 % se trouvent dans un rayon de 200 m et 10 % situés à plus de 500 m. Les autres points d'eau (10 %) hors des bâtiments des EPS se trouvent dans un rayon de 200 à 500 m au maximum.

Au niveau de la pyramide sanitaire

Conformément aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, la repartition de l'emplacement des points d'eau par rapport à l'EPS est illustrée par la figure 14. Les résultats révèlent que la totalité (100 %) des EPS des niveaux 2 et 3 dispose de points d'eau situés à l'intérieur des bâtiments. Pour le niveau primaire de la pyramide sanitaire, l'emplacement des points d'eau est diversement réparti par rapport à l'établissement de soins. En effet, 39 % des EPS renferment des points d'eau se trouvant à l'intérieur des bâtiments. Cette même proportion (40 %) est enregistrée pour les établissements où les points d'eau sont installés dans un rayon de 200 m. Les autres EPS de ce niveau 1 ont des points d'eau situés à plus de 200 m, dont 11 % ont des points d'eau situés entre 200 et 500 m et 10 % des EPS avec des points d'eau qui se trouvent à plus de 500 m (Figure 14).

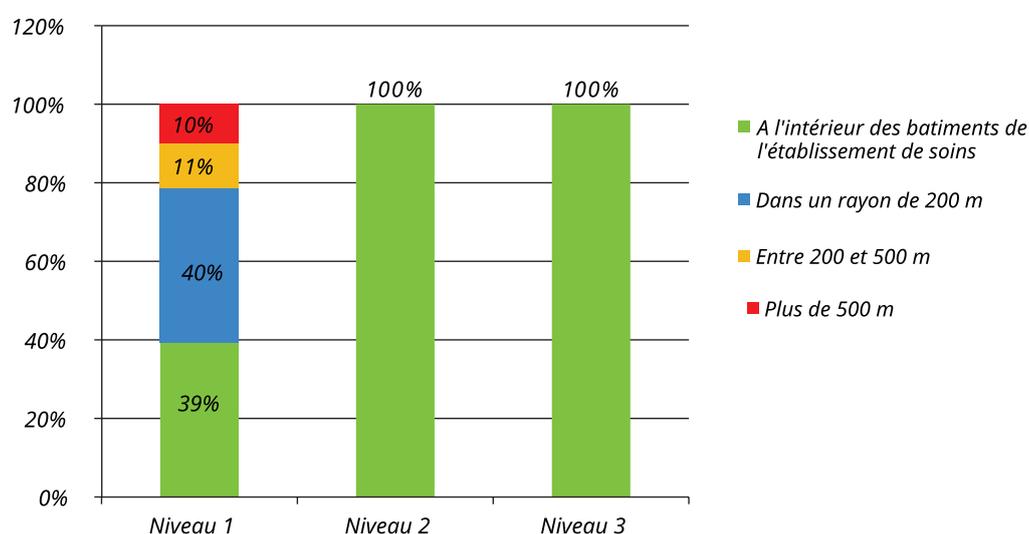


Figure 14 : Emplacement des points d'eau des EPS selon la pyramide sanitaire

4.2.1.5. Qualité de l'eau dans les établissements publics de soins

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.

L'eau collectée à partir des différents points d'eau est généralement de bonne qualité dans les EPS visités dans l'ensemble des Régions sanitaires. Seulement dans 16 % des EPS, il a été observé que l'eau est de mauvaise qualité.

Suivant les différents niveaux de la pyramide sanitaire, l'eau est de bonne qualité dans tous les EPS du niveau tertiaire. Concernant le niveau secondaire, l'eau est de bonne qualité dans la grande majorité (92 %) des EPS (Figure 15). La proportion des EPS où la qualité de l'eau est jugée mauvaise reste faible (8 %) dans ce niveau secondaire. Par contre, la proportion des EPS du niveau 1 où l'eau est de mauvaise qualité reste relativement plus élevée (16 %). Cela pourrait s'expliquer par le fait que certains EPS de ce niveau de la pyramide sanitaire utilisent l'eau des puits traditionnels. Toutefois, il est observé que dans la plupart des EPS de ce niveau 1 de la pyramide sanitaire (84 %), il y a de l'eau de bonne qualité.

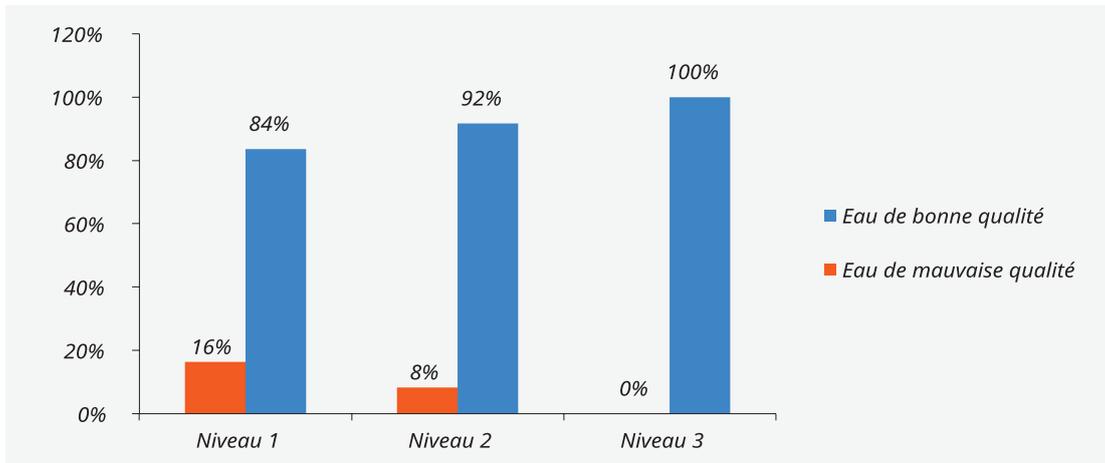


Figure 15 : Qualité de l'eau en fonction de la pyramide sanitaire dans les EPS

Il convient toutefois de souligner que lorsque la qualité de l'eau est mauvaise, pour la satisfaction de leurs besoins, peu d'EPS (31 %) 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.

Egalement, cette pratique de traitement de l'eau n'est observée que dans une faible proportion des EPS des niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire, respectivement 31 % et 24 %. L'ensemble des EPS du niveau tertiaire ne traite pas l'eau. Cela pourrait se justifier par le fait que l'eau est toujours de bonne qualité dans les établissements de soins du niveau tertiaire.

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

Sur l'ensemble des EPS étudiés, six (06) établissements sur dix (10) visités ne disposent pas d'eau dans les salles de soins. Seulement dans 42 % des EPS de l'ensemble des Régions sanitaires de la Côte d'Ivoire, il est enregistré une disponibilité de poste de puisage ou de robinet d'eau dans les salles de soins.

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 62 % des EPS du niveau 1. Seuls 38 % ont de l'eau disponible en salles de soins. Contrairement à ce constat, l'eau est disponible en salles de soins dans la totalité des EPS des niveaux secondaire et tertiaire (Figure 16).

Cette situation explique le fait que les personnels de soins soient obligés de stocker de l'eau dans des récipients pour pouvoir s'en servir en cas de besoins.

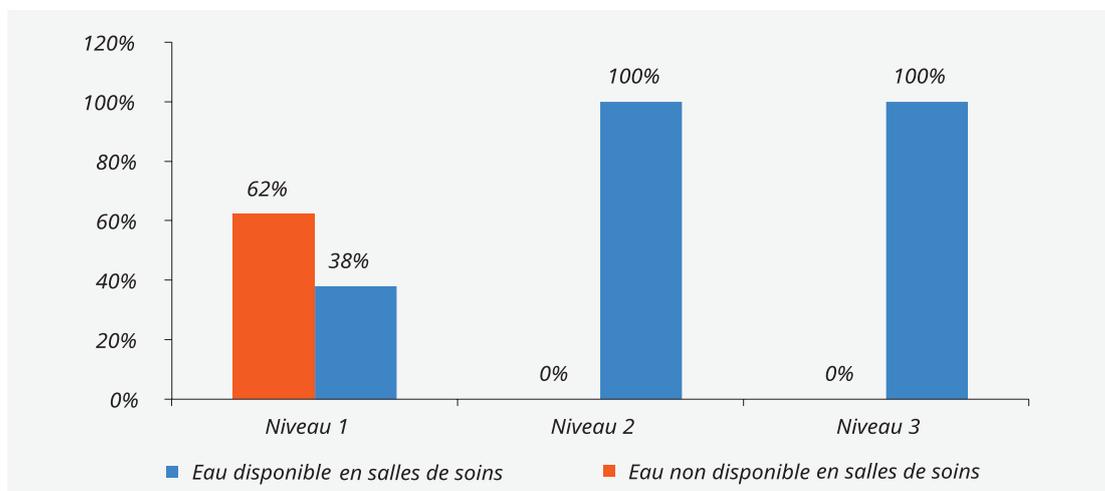


Figure 16 : Disponibilité de l'eau dans les salles de soins des EPS suivant les niveaux de la pyramide sanitaire



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

En général, sur toute l'étendue du territoire national, six (06) EPS sur dix (10) visités disposent de points de puisage d'eau pour les patients et accompagnants.

La figure 17 présente la répartition de cet indicateur en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il ressort que la disponibilité de points de puisage d'eau pour les patients et accompagnants est observée dans la totalité (100 %) des EPS des niveaux 2 et 3. Pour les EPS du niveau 1, il est enregistré 56 % qui disposent de points de puisage d'eau pour patients et accompagnants contre 44 % des EPS qui n'en disposent pas.

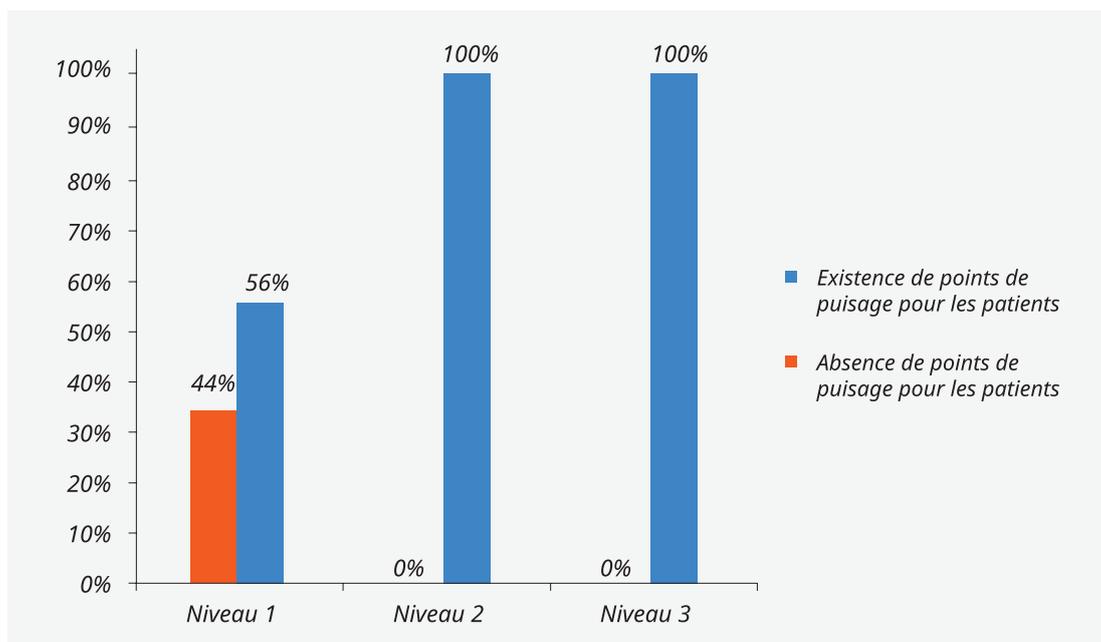


Figure 17 : Existence de points de puisage pour les patients selon la pyramide sanitaire

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 national

L'enquête révèle que dans l'ensemble, seulement 40 % des EPS disposent de services de base d'approvisionnement en eau (Figure 18). Cela signifie que l'eau est disponible sur place dans les EPS et qu'elle provient d'une source améliorée (eau courante issue du RéPEP et/ou PMH). La moitié des EPS (50 %) est dotée de services limités d'approvisionnement en eau. Toujours à l'échelle nationale, il ressort que 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.

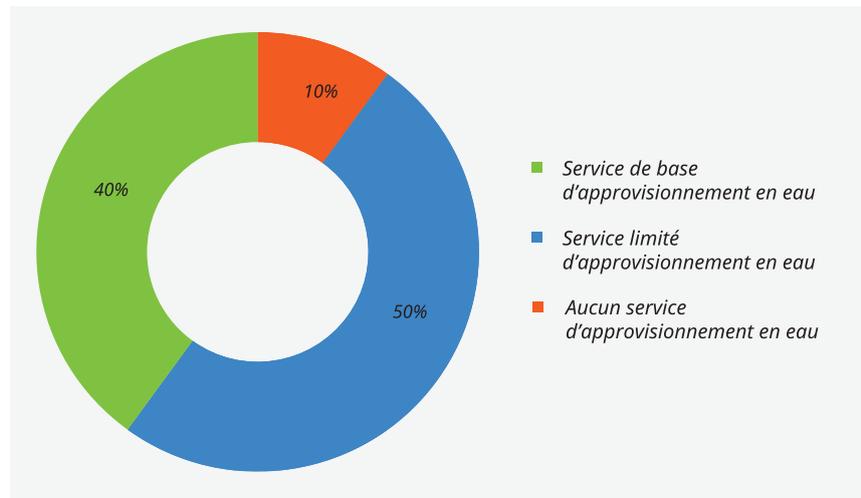


Figure 18 : Proportion des EPS en fonction des types de services d'eau sur l'ensemble du territoire national

Au niveau de la pyramide sanitaire

Des disparités sont observées entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire comme l'indique la figure 19 ci-après. Seulement 36 % des EPS du niveau 1 disposent de services de base d'approvisionnement en eau contre 92 % des EPS du niveau 2 qui en disposent. Pour le niveau primaire de la pyramide sanitaire, 54 % des établissements de soins sont équipés de services limités d'approvisionnement en eau. Il n'existe pas d'EPS du niveau 2 pourvus du type « 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 le niveau tertiaire, l'intégralité des EPS (100 %) disposent de services de base d'approvisionnement en eau.

Au vu des résultats à l'échelle nationale et ceux repartis suivant les niveaux de la pyramide sanitaire, l'étude révèle que les EPS qui ne disposent d'aucun service d'approvisionnement en eau appartiennent tous au niveau primaire.

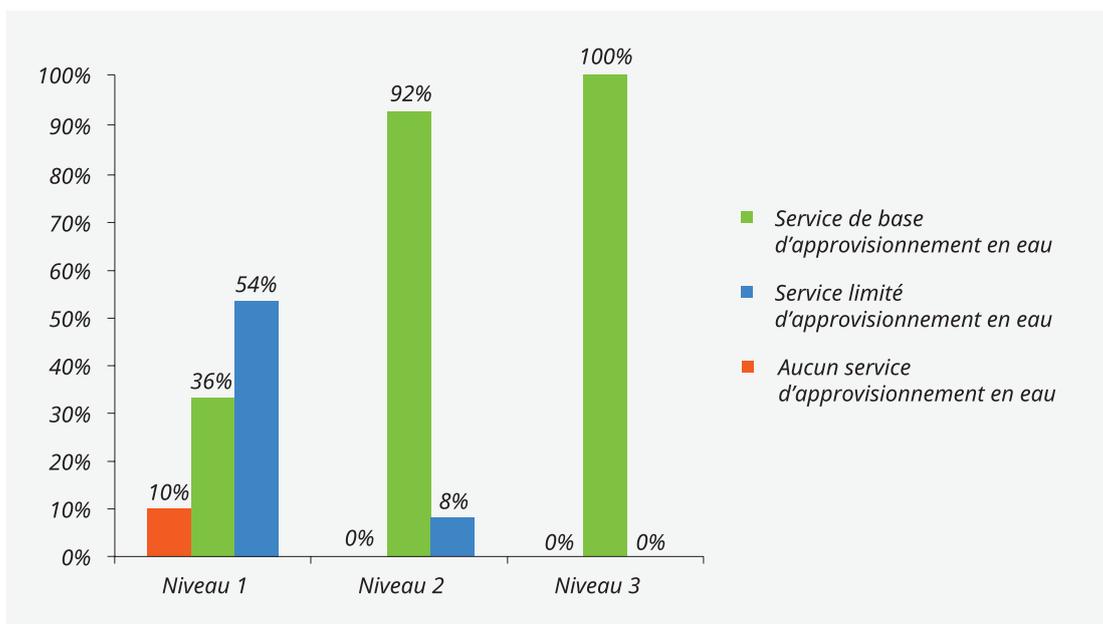


Figure 19 : Proportion des EPS en fonction des types de services d'eau suivant les niveaux de la pyramide sanitaire



4.2.2. Accès à l'assainissement

4.2.2.1. Existence et typologie des infrastructures

Existence d'infrastructures d'assainissement dans les EPS

Il ressort qu'au niveau national, la grande majorité des EPS disposent d'infrastructures d'élimination d'excréta. En effet, 88% des EPS visités disposent de latrines en leur sein. Seuls 12 % des EPS ne disposent d'aucune latrine pour la gestion des excréta.

Tenant compte de la pyramide sanitaire, l'enquête révèle que tous les établissements de soins des niveaux secondaire et tertiaire disposent de latrines. Pour le niveau primaire, 87 % des établissements de soins sont équipés de latrines contre 13 % des EPS qui ne disposent d'aucune latrine en leur sein (*Figure 20*).

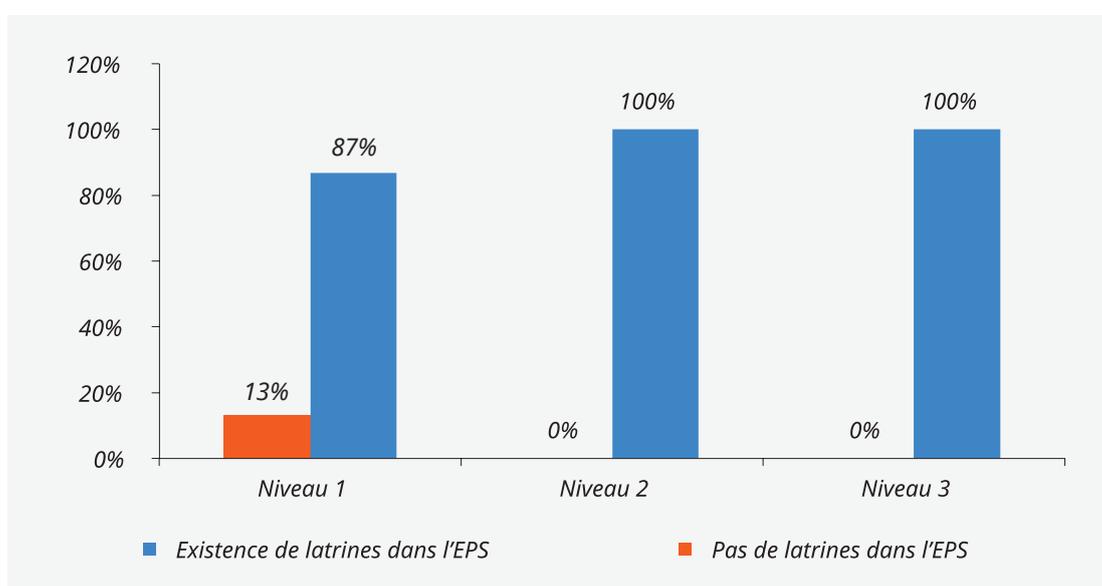


Figure 20 : Existence de latrines dans les EPS en fonction de la pyramide sanitaire

En dehors des latrines utilisées pour la gestion des excréta, 70 % des EPS (EPS) renferment des espaces dédiés uniquement à la miction dans l'ensemble des Régions sanitaires. Pour ces EPS disposant d'espaces spécifiques pour la miction, 63 % des espaces sont situés dans l'enceinte de l'établissement (*Figure 21*).

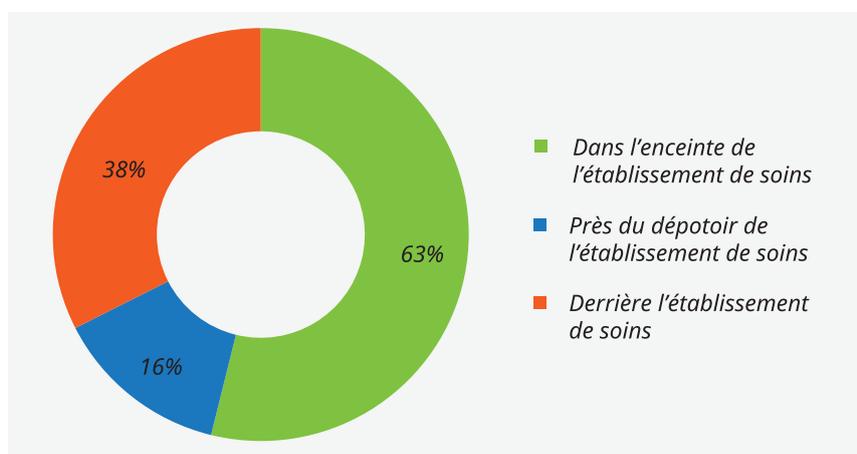


Figure 21 : Existence de lieu de miction dans les EPS de l'ensemble des Régions sanitaires

Typologie des latrines dans les EPS

Au niveau national

La figure 22 montre les types de latrines disponibles dans les EPS de la Côte d'Ivoire. La moitié des EPS visités disposent de latrines améliorées contre 38 % des établissements qui renferment des latrines non améliorées. Il ressort par ailleurs que 13 % des EPS disposent des deux types de latrines.

Les latrines améliorées sont dans l'ensemble des toilettes à chasse manuelle et des latrines VIP. Les latrines non améliorées sont des latrines traditionnelles.

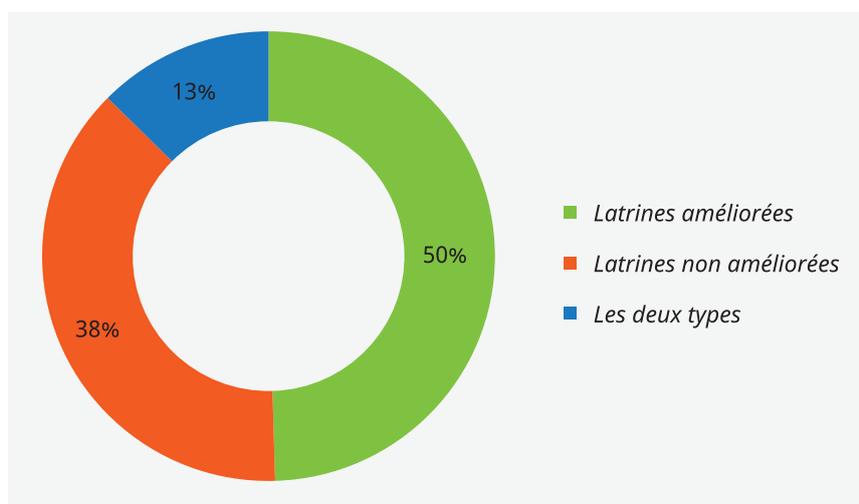


Figure 22 : Types de latrines enregistrés dans les EPS au niveau national

Au niveau de la pyramide sanitaire

La répartition des types de latrines suivant les différents niveaux de la pyramide sanitaire montre que les latrines non améliorées sont beaucoup utilisées dans les EPS du niveau 1 (40 % des EPS). Moins de la moitié des établissements de ce niveau disposent de latrines améliorées (48 %). Seuls 11 % des EPS ont recours aux deux types de latrines à la fois (Figure 23). Pour le niveau secondaire de la pyramide sanitaire, six (06) établissements sur dix (10) enquêtés disposent de latrines améliorées contre seulement un dixième des EPS qui renferment des latrines non améliorées. Près de 30 % des établissements de ce niveau ont recours aux deux types de latrines. Par ailleurs, l'étude révèle que trois quart (3/4) des EPS du niveau tertiaire disposent de latrines améliorées. A ce niveau, 25 % des EPS utilisent les deux types de latrines. Mais aucun établissement du niveau 3 de la pyramide sanitaire ne dispose uniquement de latrines non améliorées.

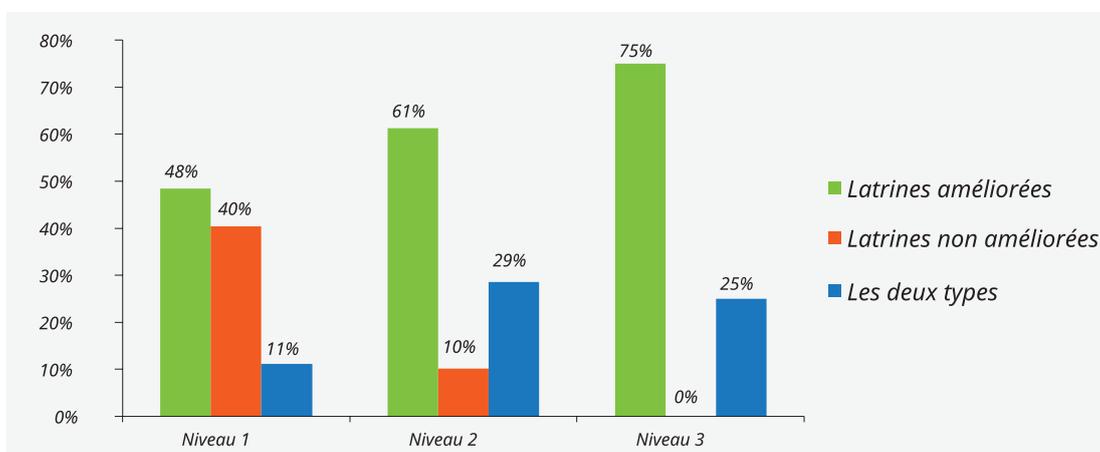


Figure 23 : Répartition des types de latrines des EPS selon les niveaux de la pyramide sanitaire



La **figure 24** illustre quelques types de latrines enregistrées dans les EPS de la Côte d'Ivoire.



Figure 24 : Vue de quelques latrines existantes dans les EPS à l'échelle nationale

4.2.2.2. Etat de fonctionnement et hygiène des latrines

Fonctionnalité des latrines dans les EPS

Au niveau national

La figure 25 montre la distribution des EPS en fonction de l'état de fonctionnement des latrines observées dans l'ensemble des régions sanitaires du pays. Les résultats de l'enquête révèlent que dans 61% des EPS, toutes les latrines sont fonctionnelles. Cependant, la proportion des établissements de soins renfermant des latrines non fonctionnelles reste non négligeable (16 %).

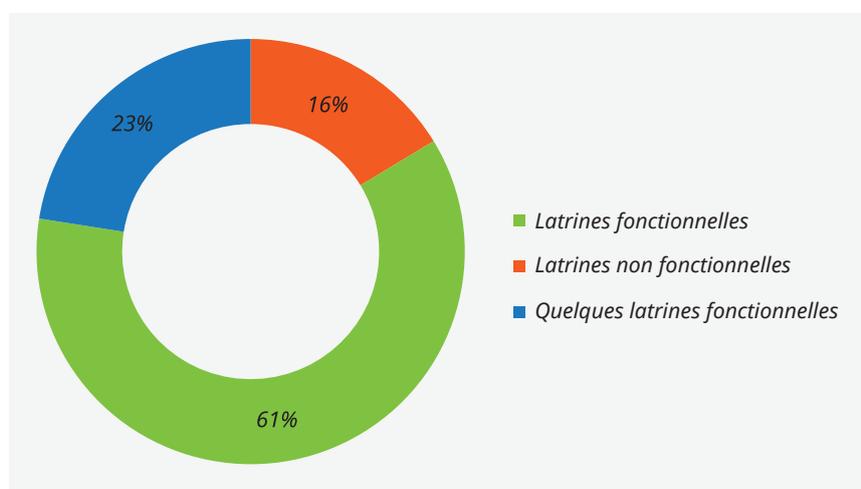


Figure 25 : Répartition des EPS de l'ensemble des Régions sanitaires de la Côte d'Ivoire selon la fonctionnalité des latrines

Au niveau de pyramide sanitaire

A partir de la répartition en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire, il est constaté qu'aucun EPS du niveau 3 ne dispose de latrines non fonctionnelles. La majorité des EPS de ce niveau tertiaire (75 %) est pourvue de latrines fonctionnelles. Pour le niveau secondaire, la proportion des EPS disposant de latrines non fonctionnelles restent faibles (06 %) comparativement au niveau 1 où cette proportion est de 17 % (**Figure 26**). Cependant, la proportion la plus élevée d'EPS de ces deux niveaux ayant des latrines fonctionnelles (62 %) est observée au niveau primaire de la pyramide sanitaire. Concernant le niveau 2, environ la moitié des établissements de soins renferment des latrines fonctionnelles (**Figure 26**).

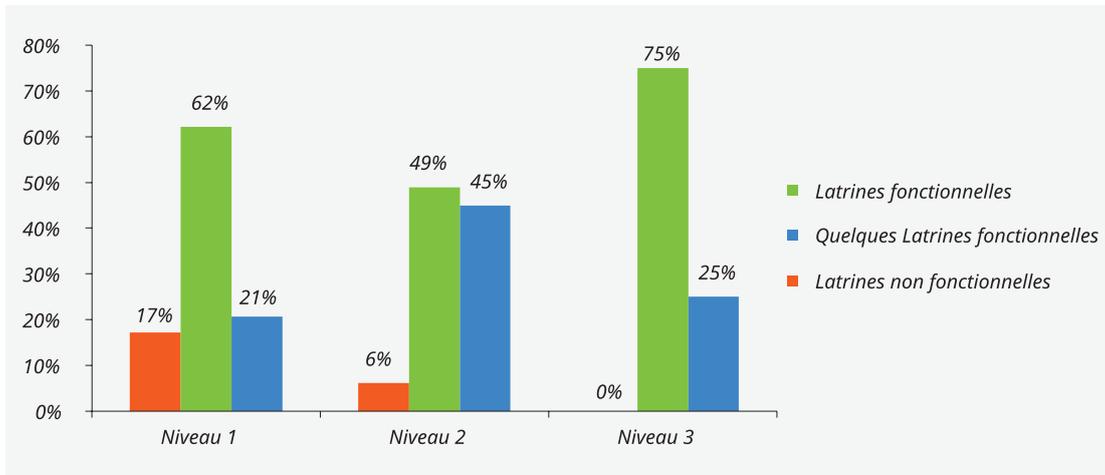


Figure 26 : Fonctionnalité des latrines des EPS des Régions sanitaires ivoiriennes en fonction de la pyramide sanitaire

Hygiène des latrines dans les EPS

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.

Au niveau national

Dans l'ensemble des Régions sanitaires de la Côte d'Ivoire, 46 % des EPS ne disposent pas de latrines hygiéniques. Seuls près de 40% visités renferment en leur sein des latrines hygiéniques (Figure 27).

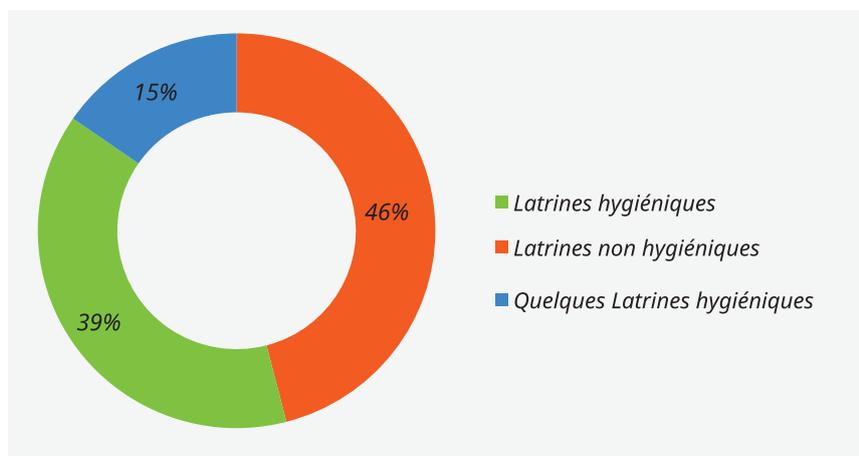


Figure 27 : Etat d'hygiène des latrines dans les EPS au niveau national

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. Près de 38% des EPS visités du niveau primaire de la pyramide sanitaire renferment des latrines hygiéniques (Figure 28). Le taux d'EPS où il existe des latrines non hygiéniques reste également notable (26%) au niveau secondaire de la pyramide sanitaire. A ce niveau secondaire, 35 % des EPS disposent de latrines hygiéniques. Par contre, l'ensemble des établissements de soins du niveau 3 de la pyramide sanitaire disposent de latrines hygiéniques.

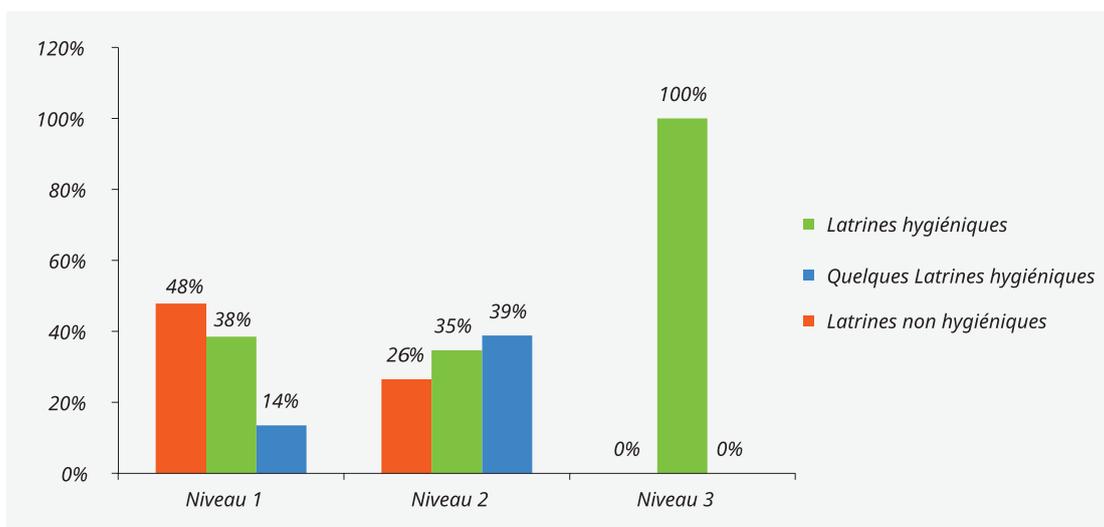


Figure 28 : Répartition des EPS par niveau de la pyramide sanitaire selon l'état d'hygiène des latrines

La figure 29 ci-dessous présente une illustration de quelques latrines non hygiéniques enregistrées dans les EPS des différentes Régions sanitaires du pays.



Figure 29 : Vue de latrines non hygiéniques enregistrées dans les EPS au niveau national

4.2.2.3. Rapports de genre dans l'usage des latrines

Dans 76 % des cas, les EPS de l'ensemble du territoire national ne disposent pas de latrines séparées par sexe (latrines pour homme - latrines pour femme). Seuls 24 % des EPS sont pourvus de latrines séparées par sexe pour leur utilisation.

L'analyse en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire révèle les mêmes tendances pour les niveaux primaire et secondaire. En effet, dans la majorité des EPS du niveau 1 et du niveau 2 de la pyramide sanitaire les latrines existantes ne sont pas séparées par sexe pour leur usage, avec des proportions respectives de 77 % et 71 % (**Figure 30**). Par contre, pour les établissements du niveau tertiaire, trois quart disposent de latrines séparées par sexe. Seulement 25 % de ces EPS du niveau 3 renferment des latrines non séparées.

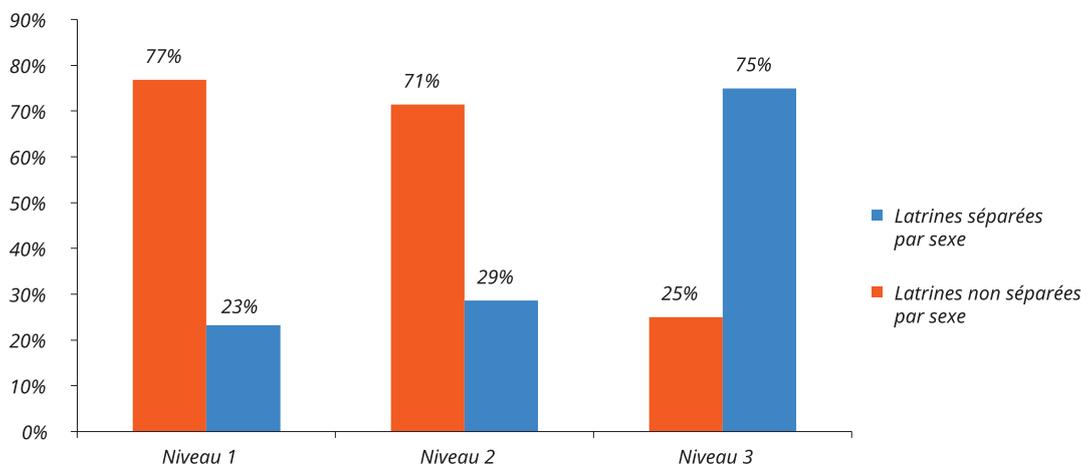


Figure 30 : Séparation par sexe des latrines existantes dans les EPS selon la pyramide sanitaire

Le pourcentage élevé, à tous les niveaux, de latrines non séparées entre homme et femme pour leur utilisation pourrait être dû à une insuffisance du nombre des latrines existantes dans les EPS visités sur toute l'étendue du territoire national.

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 sur la base de la typologie des infrastructures sanitaires, de l'existence de latrines réservées aux personnels de soins et de la séparation des latrines par genre y compris la présence d'un dispositif de gestion de l'hygiène menstruelle.

La figure 31 présente la distribution des EPS en fonction du niveau de service d'assainissement dans l'ensemble des EPS visités.

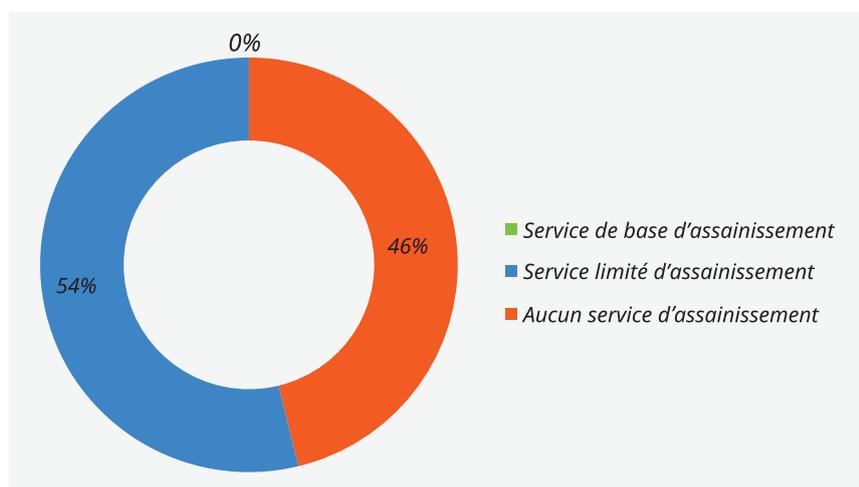


Figure 31 : Proportion des EPS relativement aux échelles de services d'assainissement dans l'ensemble des Régions sanitaires de la Côte d'Ivoire

Il ressort qu'aucun établissement public de soins (EPS) n'est pourvu de services de base d'assainissement dans l'ensemble des Régions sanitaires du pays. Près de la moitié des EPS visités (46 %) ne disposent d'aucun service d'assainissement (Figure 31). La proportion des établissements de soins pourvus de services limités d'assainissement est estimée à 54 %.



Au niveau de la pyramide sanitaire

La répartition suivant les niveaux de la pyramide sanitaire révèle des disparités. Près de la moitié des EPS du niveau 1 ne disposent d'aucun service de base d'assainissement contre seulement 10 % des EPS du niveau 2 qui n'en disposent pas (Figure 32). En termes de services limités d'assainissement, pour le niveau primaire, 52 % des EPS en sont pourvus contrairement au niveau secondaire où 90% des EPS disposent de services limités d'assainissement. La totalité établissements de soins du niveau 3 sont pourvus de services limités d'assainissement

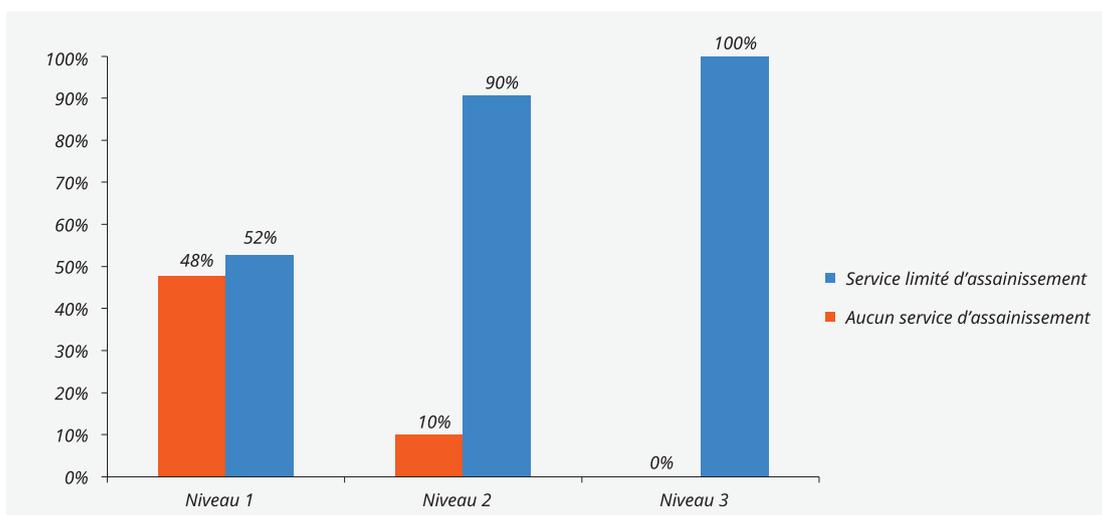


Figure 32 : Proportion des EPS relativement aux échelles de services d'assainissement suivant les niveaux de la pyramide sanitaire

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 national

Les résultats de l'enquête révèlent la présence de dispositifs de lavage des mains (DLM) dans neuf (09) EPS sur dix (10) visités dans l'ensemble des Régions sanitaires du pays, soit 90 % des EPS (Figure 33). Toutefois, il convient de souligner que la proportion des EPS disposant de DLM était relativement plus faible (76 %) avant l'avènement de la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19).

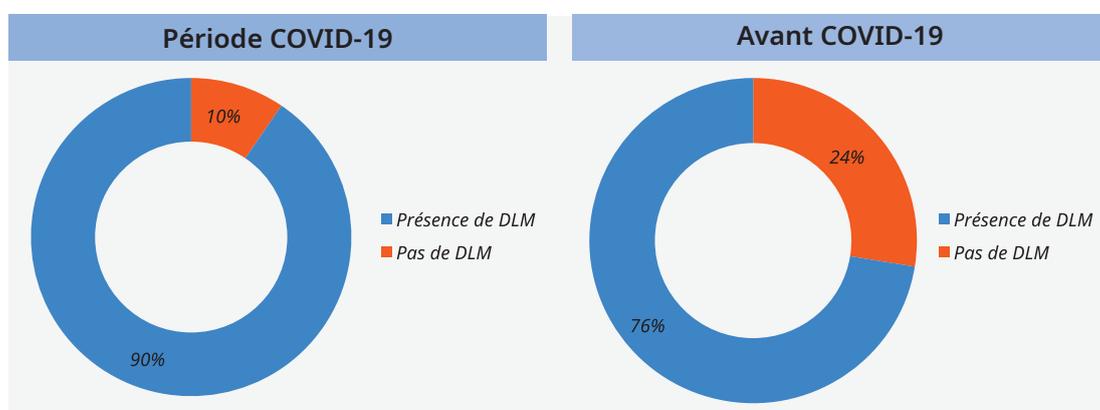


Figure 33 : Présence de dispositifs de lavage des mains (DLM) dans les EPS au niveau national

Au niveau de la pyramide sanitaire

La répartition des résultats en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire montre que la totalité des EPS du niveau tertiaire renferment des dispositifs de lavage des mains (DLM). Il est enregistré 90 % d'établissements du niveau secondaire où ils existent des DLM. Seuls 10 % des EPS de ce niveau ne disposent pas de DLM (Figure 34). Pour ce qui concerne les EPS du niveau primaire, il ressort que trois quarts des établissements de soins (75 %) renferment des DLM contre 25 % qui ne disposent pas.

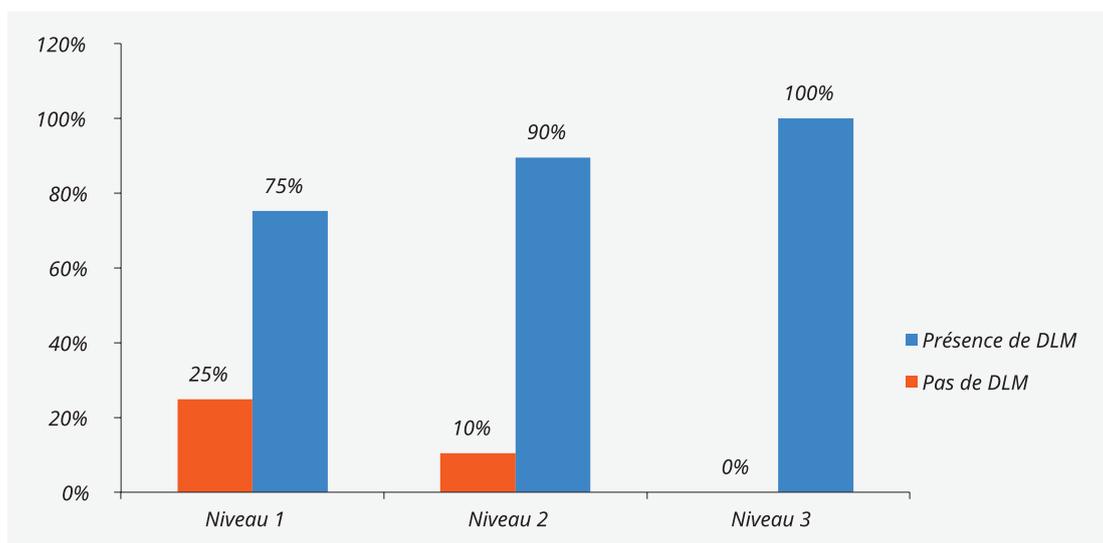


Figure 34 : Présence de dispositifs de lavage des mains (DLM) dans les EPS en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire

Typologie des dispositifs de lavage des mains dans les EPS

Au niveau national

Au cours de l'enquête, quatre (04) types de dispositifs de lavage des mains (DLM) ont été enregistrés dans les EPS des Régions sanitaires de la Côte d'Ivoire. La figure 35 présente les proportions des différents types de DLM observés dans les EPS visités. 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 (95 %) ;
- Lavabo ordinaire avec un robinet associé (22 %) ;
- DLM composé d'un bidon de 20 L équipé d'un robinet 1/4 de tour (05 %) ;
- Tippy Tap (03 %).

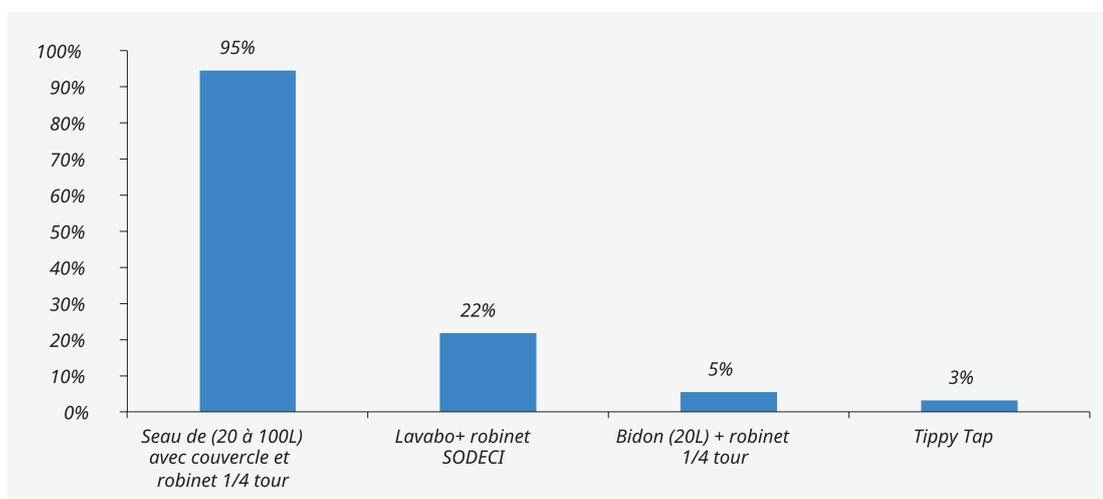


Figure 35 : Types de dispositifs de lavage des mains dans les EPS à l'échelle nationale



Au niveau de la pyramide sanitaire

L'analyse des résultats en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire indiquée par la figure 36, que le DLM constitué de seau de 20 à 100 L avec couvercle et équipé d'un robinet 1/4 de tour est plus installé dans EPS que soit le niveau considéré. Les proportions varient de 85 % (niveau 1) à 100 % (niveau 3).

En plus de ce type de DLM, les lavabos ordinaires équipés de robinet sont plus rencontrés dans les EPS des niveaux secondaire (65 %) et tertiaire (100 %) comparativement au niveau primaire où il est enregistré une proportion de 23 % (Figure 36).

Les DLM constitués de bidons de 20 L équipés d'un robinet 1/4 de tour et les Tippy Tap ne sont observés que dans les établissements de soins du niveau primaire, avec des proportions respectives de 05 % et 03 % (Figure 36).

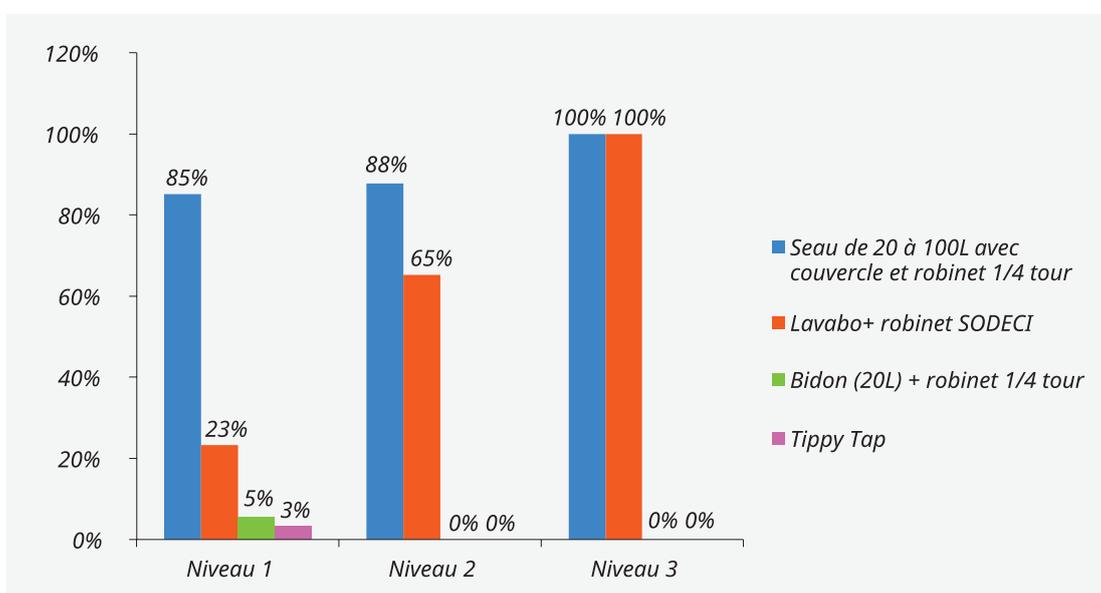


Figure 36 : Répartition des dispositifs de lavage des mains des EPS selon les niveaux de la pyramide sanitaire

Les différents types de dispositifs de lavage des mains enregistrés dans les EPS visités sont illustrés par la Figure 37.



Figure 37 : Vue de quelques dispositifs de lavage des mains existants dans les EPS à l'échelle nationale

4.2.3.2. Etat de fonctionnement des dispositifs de lavage des mains

La fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains (DLM) dans les EPS visités a été appréciée sur la base de la disponibilité de l'eau et de la présence de savon et/ou autres détergents au niveau du DLM.

Au niveau national

L'état de fonctionnement des DLM enregistrés dans l'ensemble des EPS de la Côte d'Ivoire est illustré par la figure 38. Seuls 07 % des DLM ne sont pas fonctionnels, c'est-à-dire qu'il y a absence d'eau et/ou de savon/détergent. Il est donc observé une forte proportion de DLM fonctionnels (83 %) dans l'ensemble des EPS visités (présence d'eau et de savon/détergent).

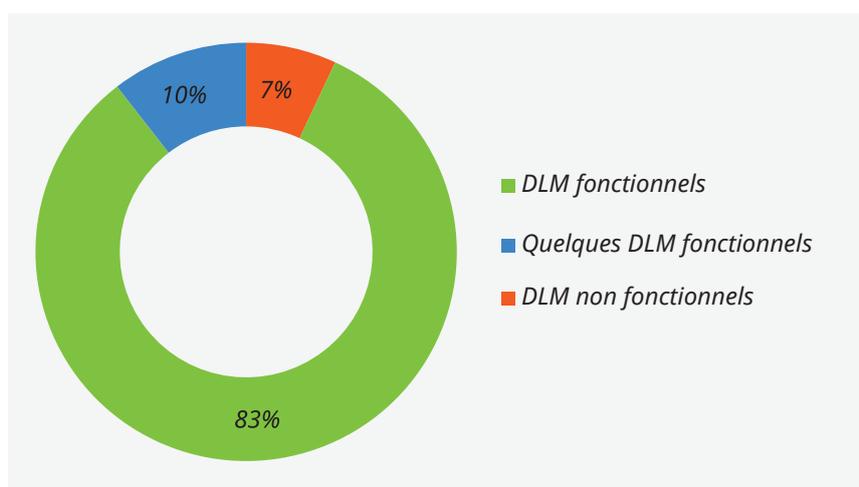


Figure 38 : Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains (DLM) dans l'ensemble des EPS au niveau national

Au niveau de la pyramide sanitaire

Suivant les différents niveaux de la pyramide sanitaire, seuls les EPS de niveau 1 et 2 renferment des DLM non fonctionnels, avec respectivement 07 % et 06 % (Figure 39). Pour ces deux premiers niveaux, environ huit (08) EPS sur dix (10) établissements visités renferment des DLM fonctionnels. Comparativement aux niveaux primaire et secondaire de la pyramide sanitaire, il n'existe pas de DLM non fonctionnels dans les établissements de soins du niveau 3. A ce niveau tertiaire, l'ensemble des DLM sont fonctionnels.

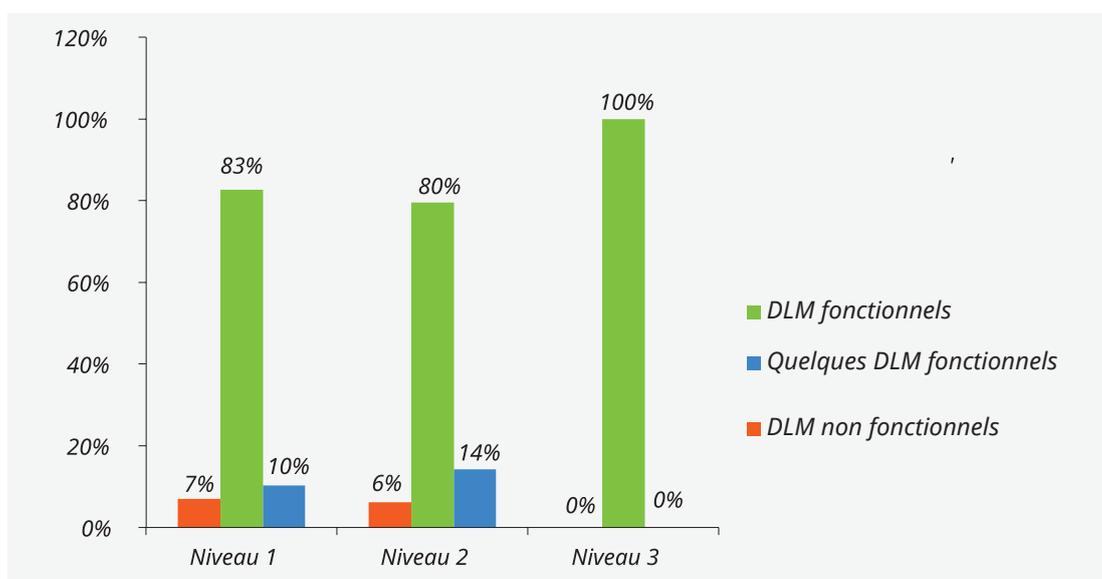


Figure 39 : Proportion des EPS selon l'état de fonctionnement des dispositifs de lavage des mains suivant la pyramide sanitaire



Ci-dessous, une illustration de dispositifs de lavage des mains (DLM) non fonctionnels observés dans les EPS des Régions sanitaires visitées (*Figure 40*).



Figure 40 : Vue de dispositifs de lavage des mains (DLM) non fonctionnels observés dans les EPS

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 Régions sanitaires du pays, 70 % des EPS adoptent cette pratique.

La répartition des résultats sur la base des différents niveaux de la pyramide sanitaire révèle des disparités. Les actions de sensibilisations sont effectuées dans tous les établissements de soins du niveau tertiaire. Concernant le niveau 2, près de trois (03) établissements sur quatre (04) mènent des actions de sensibilisation liée à l'hygiène (*Figure 41*). Pour le niveau 1, ce sont 68 % des EPS qui adoptent cette pratique de sensibilisation. A ce premier niveau de la pyramide sanitaire, il est observé la plus forte proportion d'établissements de soins (32 %) où il n'existe pas d'affiches de sensibilisation à l'hygiène comparativement au niveau secondaire (24 %).

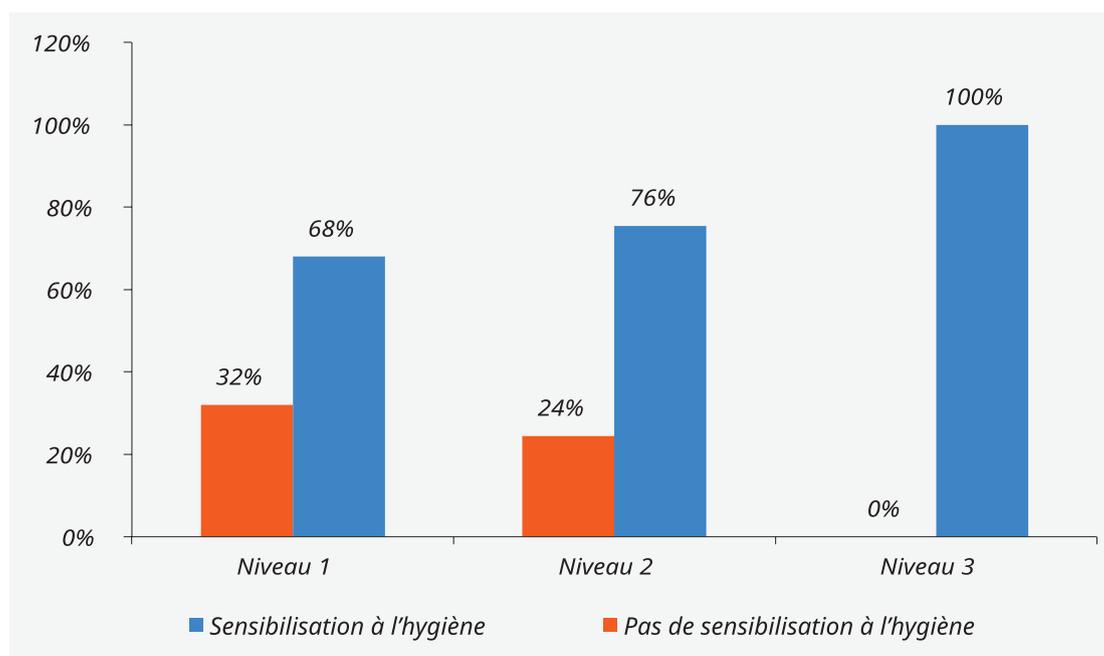


Figure 41 : Proportion des EPS pratiquant la sensibilisation à l'hygiène suivant les niveaux de la pyramide sanitaire

- 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 42 ci-dessous présente quelques affiches de sensibilisation en matière de bonnes pratiques d'hygiène.



Figure 42 : Vue d'affiches de sensibilisation sur les bonnes pratiques d'hygiène dans les EPS de la Côte d'Ivoire

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 de la solution hydro-alcoolique, dans les salles de soins.

Toutefois, il conviendrait de souligner que les données collectées ne pouvaient pas permettre la distribution des deux échelles de services que sont "Service de base d'hygiène" et "Service limité d'hygiène". En effet, la présence de solution hydro-alcoolique au lieu de prestation de soins n'avait pas pu être évaluée lors de l'enquête.

Sur cette base, les résultats révèlent que 11 % des établissements de soins de l'ensemble des Régions sanitaires du pays ne disposent d'aucun service d'hygiène (Figure 43). Environ neuf (09) établissements sur dix (10) enquêtés seraient pourvus de services de base d'hygiène ou de services limités d'hygiène.

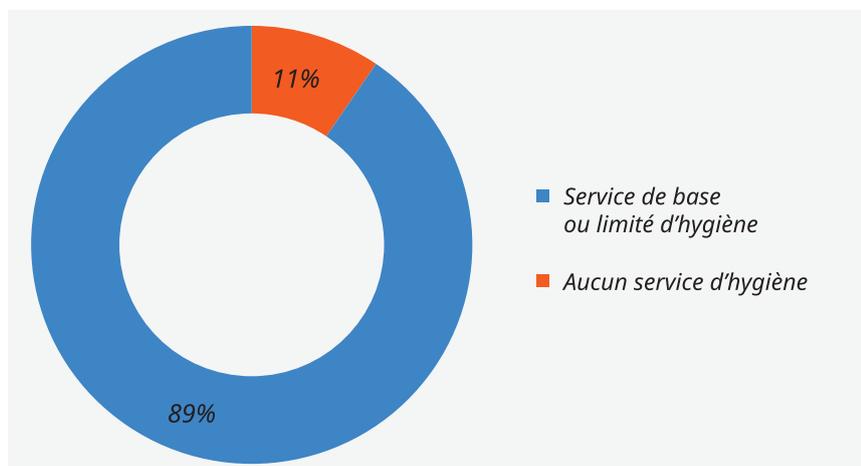


Figure 43 : Proportion des EPS relativement aux échelles de services d'hygiène à l'échelle nationale



L'analyse suivant les différents niveaux de la pyramide sanitaire montre des proportions similaires pour le niveau primaire (Figure 44). Pour le niveau secondaire, ce sont 06 % des EPS qui ne disposent d'aucun service d'hygiène. Les autres sont pourvus de services de base ou limité d'hygiène. Concernant les EPS du niveau tertiaire, ils disposent tous au moins de service de base d'hygiène ou de service limité d'hygiène.

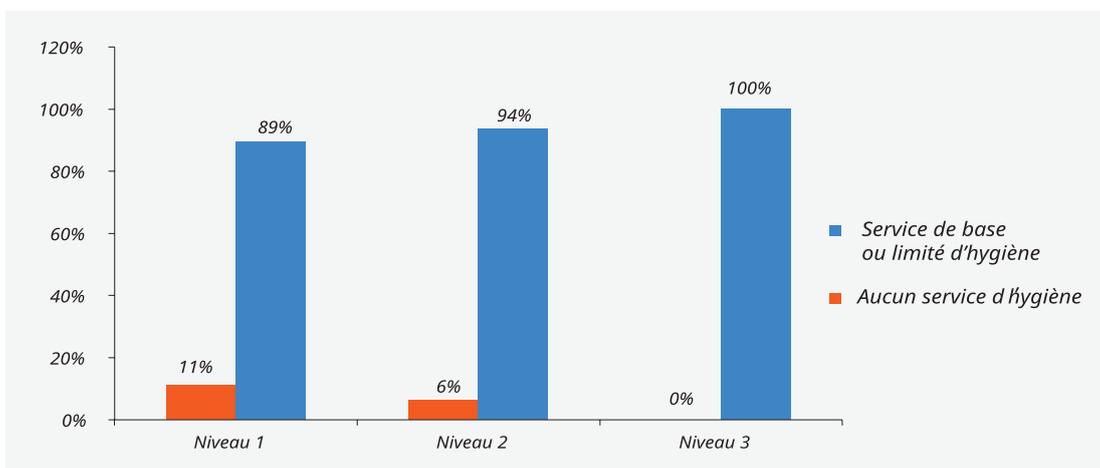


Figure 44 : Proportion des EPS relativement aux échelles de services d'hygiène suivant les niveaux de la pyramide sanitaire

4.2.4. Gestion des déchets sanitaires

4.2.4.1. Existence de système de gestion des déchets sanitaires

Existence de système de gestion

Parmi les EPS enquêtés sur toute l'étendue du territoire national, seuls 17 % ne disposent pas d'un système de gestion des déchets sanitaires contrairement à la majorité des EPS (83 %) qui en dispose.

Par ailleurs, l'étude par rapport aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ne montre pas de disparité notable entre les niveaux 1 et 2 (Figure 45). En effet, il est enregistré respectivement 17 % et 14 % des établissements de soins qui ne disposent pas de système de gestion des déchets sanitaires dans ces deux premiers niveaux de la pyramide sanitaire. La totalité des établissements de soins du niveau 3 sont pourvus d'un système de gestion des déchets sanitaires produits en leur sein.

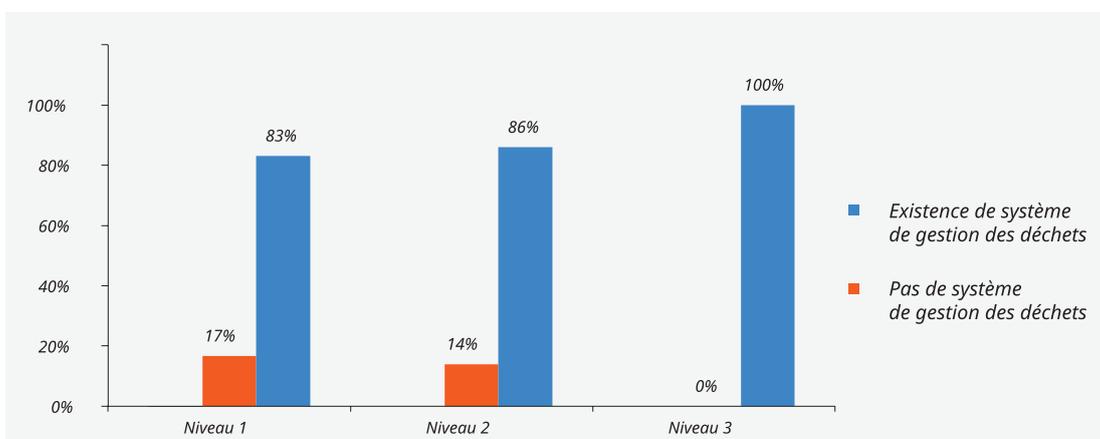


Figure 45 : Répartition des EPS disposant d'un système de gestion des déchets sanitaires selon les niveaux de la pyramide sanitaire

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 critères 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 utilisées, la codification et l'étiquetage des poubelles et enfin la pratique effective du tri par les agents de santé.

Au niveau national

La figure 46a présente la situation de la pratique du tri des déchets des EPS dans l'ensemble des régions sanitaires enquêtées.

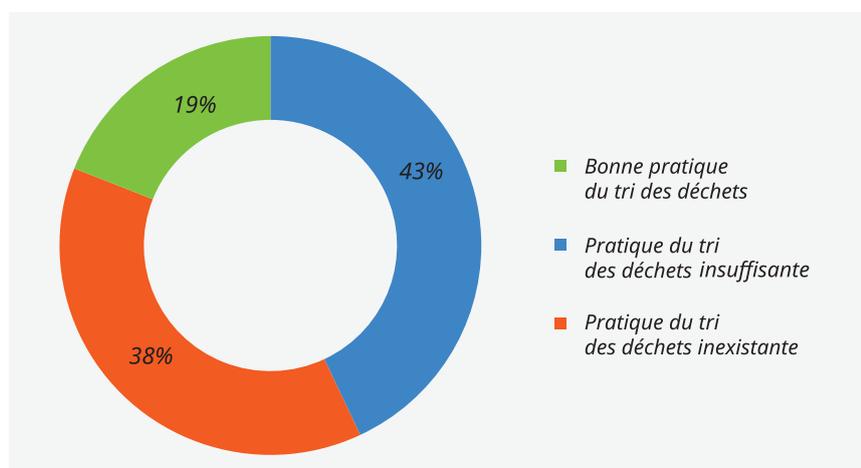


Figure 46a : Proportion des EPS disposant d'un système de tri des déchets suivant niveau national

Les résultats d'enquêtes révèlent que la proportion des EPS qui pratique le tri des déchets dans l'ensemble des Régions sanitaires du pays est de 62%. Cependant, la proportion des EPS qui pratique correctement le tri des déchets n'est que de 43%. 38% des EPS ne pratiquent pas le tri des déchets sanitaires à la source pour la collecte.

Au niveau de pyramide sanitaire

En fonction de la pyramide sanitaire, les résultats d'analyse désagrégés révèlent que tous les établissements de soins du niveau 3 trient les déchets sanitaires produits pour une meilleure gestion. Moins de la moitié des EPS des niveaux 1 et 2 pratiquent correctement le tri des déchets sanitaires avec respectivement 42% pour le niveau 1 et 48% pour le niveau 2.

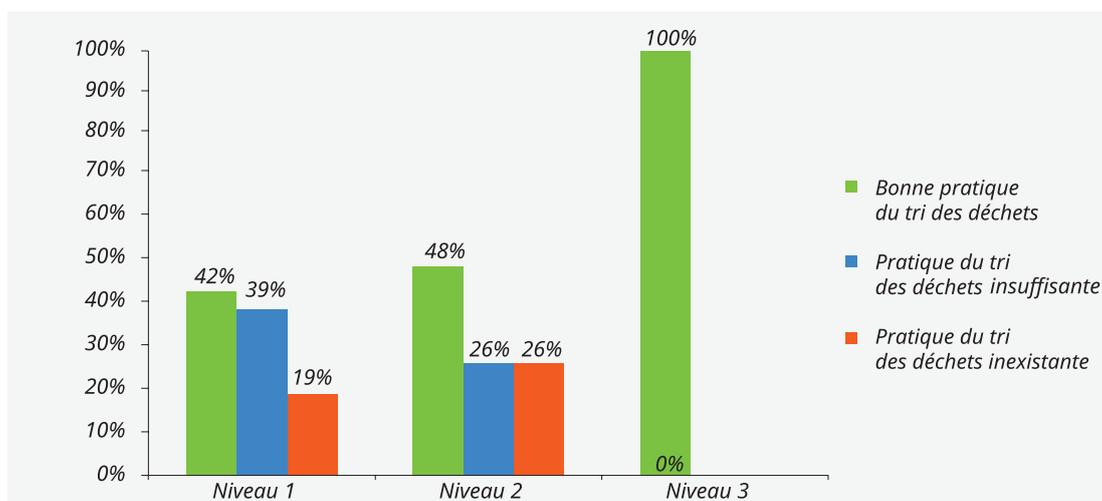


Figure 46b : Proportion des EPS disposant d'un système de tri des déchets suivant les niveaux de la pyramide sanitaire



Dispositifs de tri et de collecte des déchets sanitaires

Au niveau national

En vue de mieux mener la pratique du tri des déchets sanitaires pour une meilleure gestion, neuf (09) EPS sur dix (10) ont recours à des poubelles, soit 90 %, dans l'ensemble des Régions sanitaires de la Côte d'Ivoire. Mais seuls 36 % des EPS disposent de poubelles avec fermeture.

La distribution des résultats suivant les différents niveaux de la pyramide sanitaire montre que la totalité des EPS du niveau 3 disposent de poubelles (Figure 47). Pour le niveau 2, c'est la quasi-totalité des établissements de soins (98 %) qui disposent de poubelles contre seulement 02 % qui n'en disposent pas. Le niveau 1 renferme plus d'établissements de soins ne disposant pas de poubelles (11 %). Mais près de neuf (09) EPS sur dix (10) visités sont pourvus de poubelles pour le tri et la collecte des déchets sanitaires produits en leur sein.

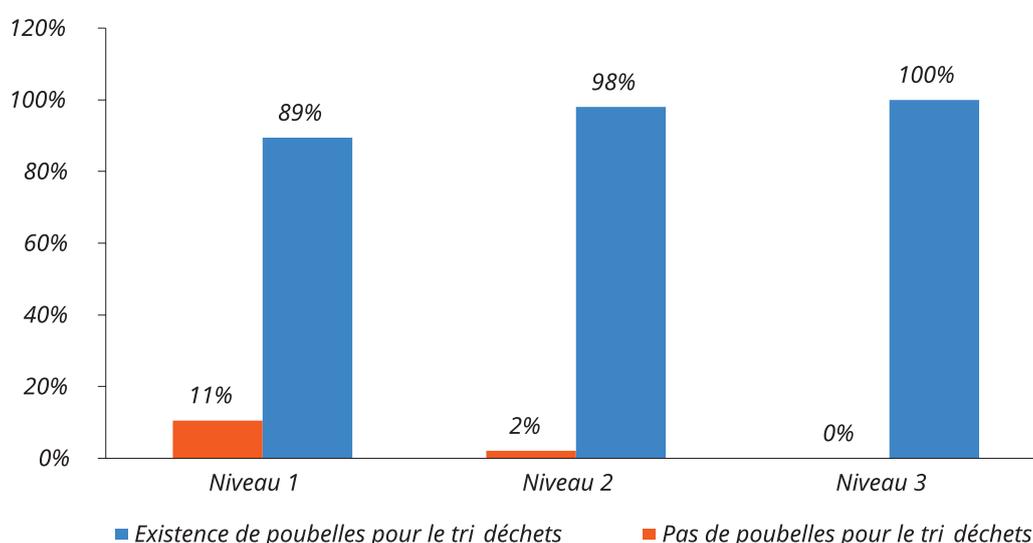


Figure 47 : Proportion des EPS ayant recours à des poubelles pour le tri des déchets sanitaires suivant les niveaux de la pyramide sanitaire

Toutefois, l'enquête a révélé que la proportion des EPS des différents niveaux de la pyramide sanitaire disposant de poubelles qui possèdent un couvercle n'excède la moitié (Figure 48). Cette proportion varie de 36 % (niveau 1) à 50 % (niveau 3). Par ailleurs, le niveau primaire renferme une proportion plus importante d'établissements de soins (26 %) disposant de poubelles sans fermeture comparativement au niveau 2 où il n'y a que 02 %.

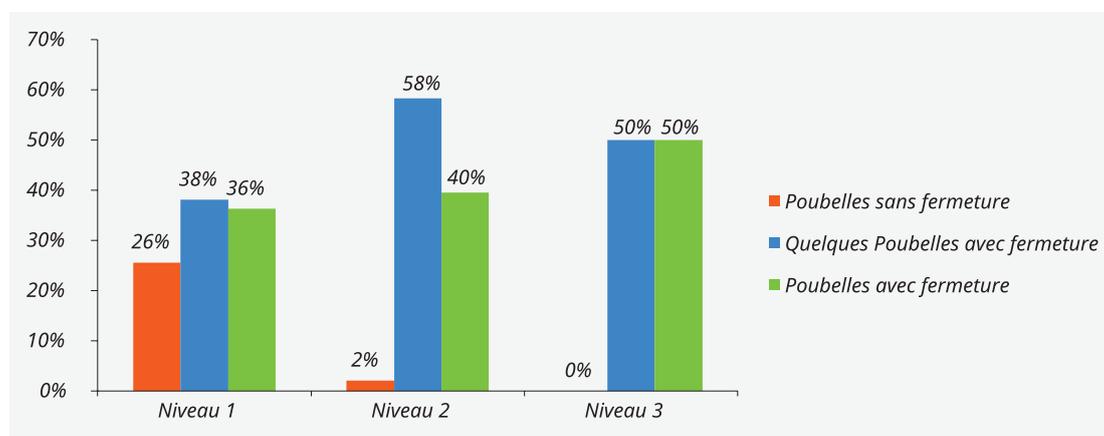


Figure 48 : Proportion des EPS disposant de poubelles sans fermeture au niveau national

Ci-dessous quelques images illustrant la pratique du tri des déchets sanitaires et les dispositifs utilisés à cet effet (*Figure 49*).



Figure 49 : Vue de quelques dispositifs utilisés pour la collecte et le tri des déchets sanitaires produits par les EPS au niveau national

4.2.4.2. Equipements de traitement des déchets sanitaires

Existence d'équipements de traitement

Pour le traitement des déchets sanitaires produits, une diversité d'équipements existe dans les EPS visités. Seuls 26 % des EPS ne disposent pas d'équipements pour le traitement des déchets sanitaires dans l'ensemble des Régions sanitaires de la Côte d'Ivoire. L'usage de ces équipements est fonction des caractéristiques et de la typologie des déchets à traiter.

Les résultats de l'enquête ne montrent pas de disparités notables entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire relativement à la proportion des EPS qui disposent d'équipements de traitement des déchets sanitaires en leur sein (*Figure 50*). Cette proportion oscille entre 71 % (niveau 2) et 75 % (niveau 3). Mais, les proportions d'EPS ne disposant pas d'équipements de traitement des déchets sanitaires restent tout de même élevées (25 % à 29 %).

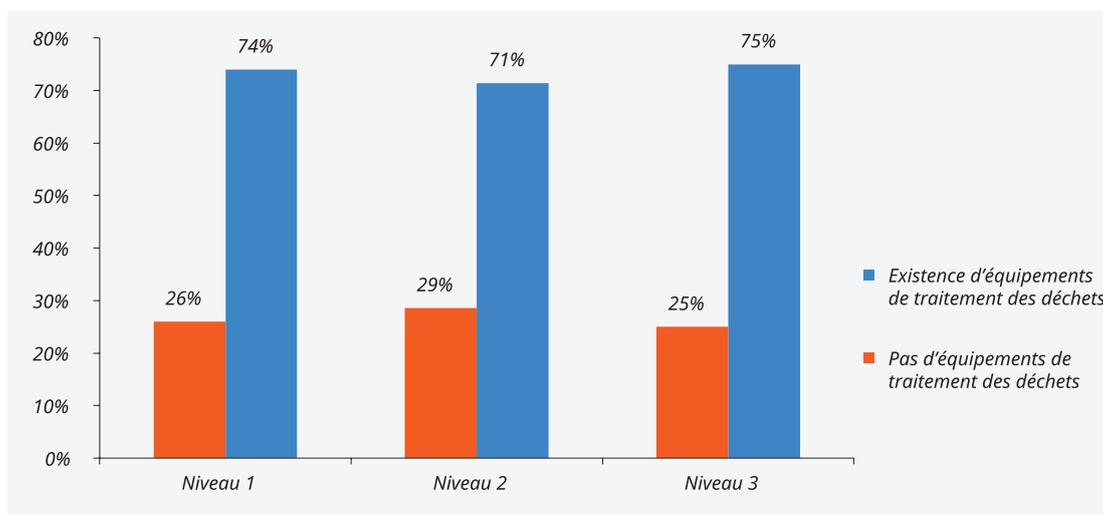


Figure 50 : Existence d'équipements de traitement des déchets sanitaires dans les EPS en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire

Typologie des équipements de conditionnement et traitement

La figure 51 présente une illustration des différents équipements utilisés dans l'ensemble des EPS des Régions sanitaires du pays. Il a été enregistré par ordre de représentativité des fosses à placenta (47 %), des incinérateurs (34 %), des poubelles classiques (15 %) pour les EPS qui ne disposent pas d'équipements de traitement sur place et des banaliseurs (seulement 03 %). D'autres types d'équipements sont également utilisés notamment les fosses à brûlage. Aussi, le brûlage en plein air des déchets sanitaires produits est-il pratiqué dans certains EPS.

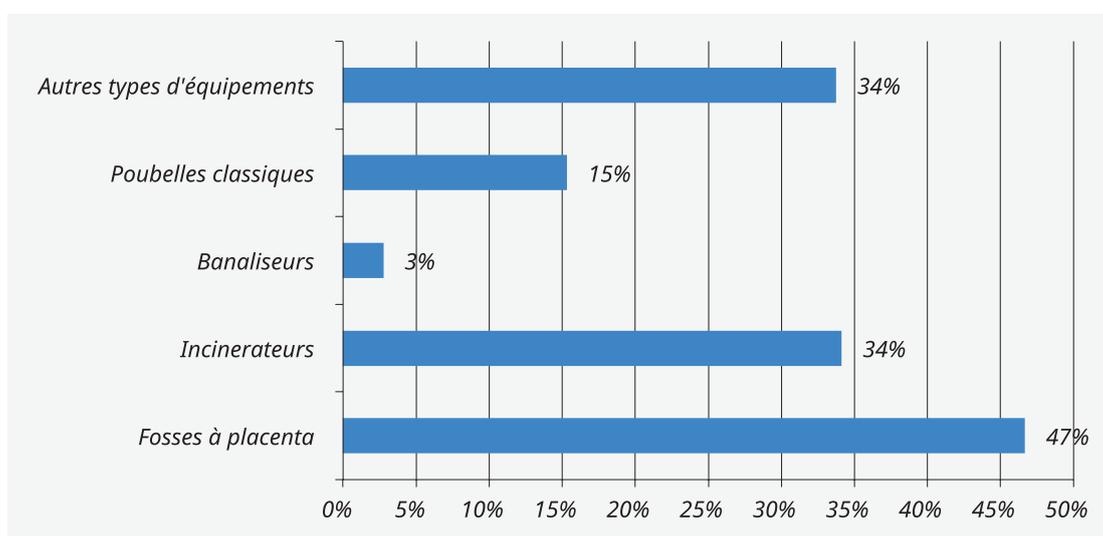


Figure 51 : Typologie des équipements de conditionnement et traitement des déchets biomédicaux existants dans les EPS à l'échelle nationale

L'analyse en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire révèle que les fosses à placenta (47 %) et les incinérateurs (33 %) sont les équipements les plus utilisés dans les EPS du niveau primaire (**Figure 52**).

Dans les EPS du niveau 2 de la pyramide sanitaire, ce sont également les fosses à placenta (63 %) et les incinérateurs (40 %) qui sont les plus utilisés. Ces deux types d'équipements sont suivis des poubelles classiques (26 %).

Par contre, concernant le niveau 3, l'ensemble des EPS ont recours aux incinérateurs. Les banaliseurs sont utilisés par deux tiers (2/3) des établissements. Les fosses à placenta et les poubelles classiques sont employés par le tiers (1/3) des EPS.

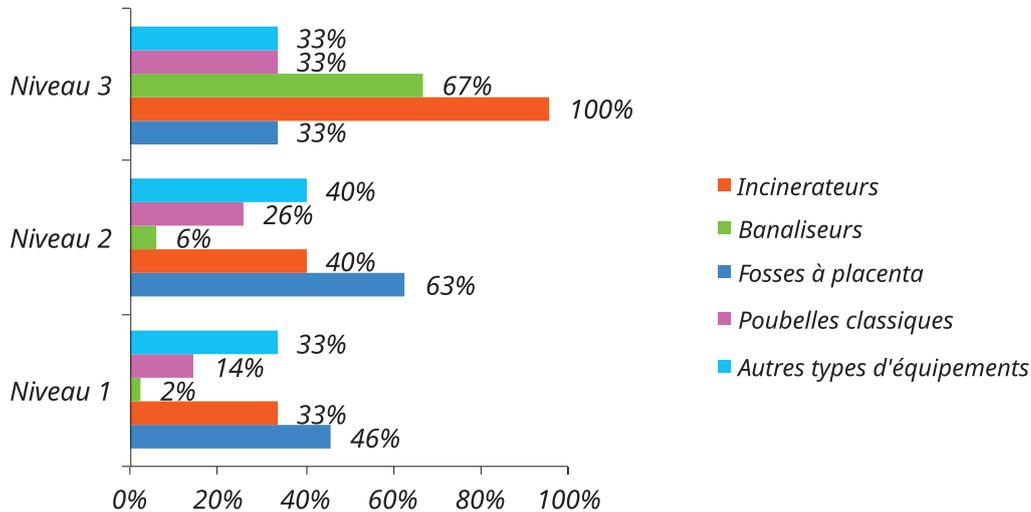


Figure 52 : Répartition des types d'équipements de conditionnement et traitement des déchets sanitaires dans les EPS selon la pyramide sanitaire

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

Hormis les cinq (05) types d'équipements susmentionnés pour le conditionnement et le traitement des déchets sanitaires, seuls 36 % des EPS de l'ensemble des Régions sanitaires du pays disposent d'équipements spécifiques pour la collecte des objets piquants, coupants ou tranchants (OPCT). La proportion des EPS qui n'en disposent pas reste donc élevée (64 %).

Ce constat est identique suivant les niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire (Figure 53). En effet, il ressort que près de quatre (04) établissements de soins sur dix (10) visités de ces deux premiers niveaux disposent d'équipements pour la collecte des OPCT contre environ 60 % des EPS qui n'en disposent pas. Pour le niveau 3, la majorité des établissements de soins (75 %) sont pourvus d'équipements pour la collecte des OPCT.

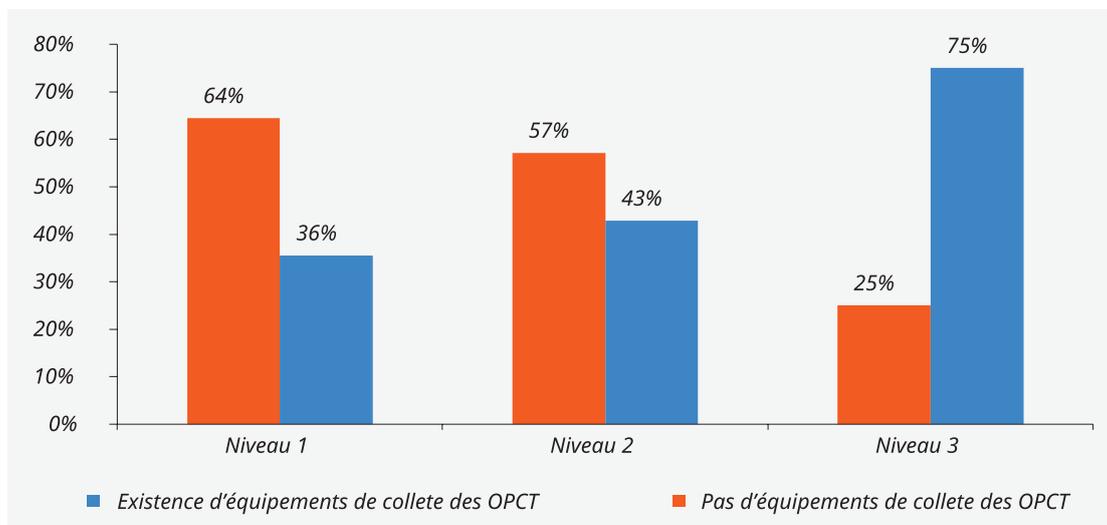


Figure 53 : Répartition des EPS ayant des équipements pour la collecte des objets coupants, piquants ou tranchants (OPCT) selon la pyramide sanitaire



Les équipements de collecte des OPCT enregistrés au cours de l'enquête sont les boîtes de sécurité. Il en existe dans 86 % des EPS (EPS) visités au niveau national. Seuls 14 % des EPS ne disposent pas de boîtes de sécurité en leur sein.

Mais l'analyse en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire montre à travers la figure 54 que la totalité des établissements de soins du niveau 3 sont pourvus boîtes de sécurité. Pour les niveaux 1 et 2, les proportions enregistrées sont 86 % et 76 % respectivement. Toutefois, la proportion des EPS du niveau 2 ne disposant pas de boîtes de sécurité reste relativement élevée (24 %) comparativement à celle des EPS du niveau 1 (14 %).

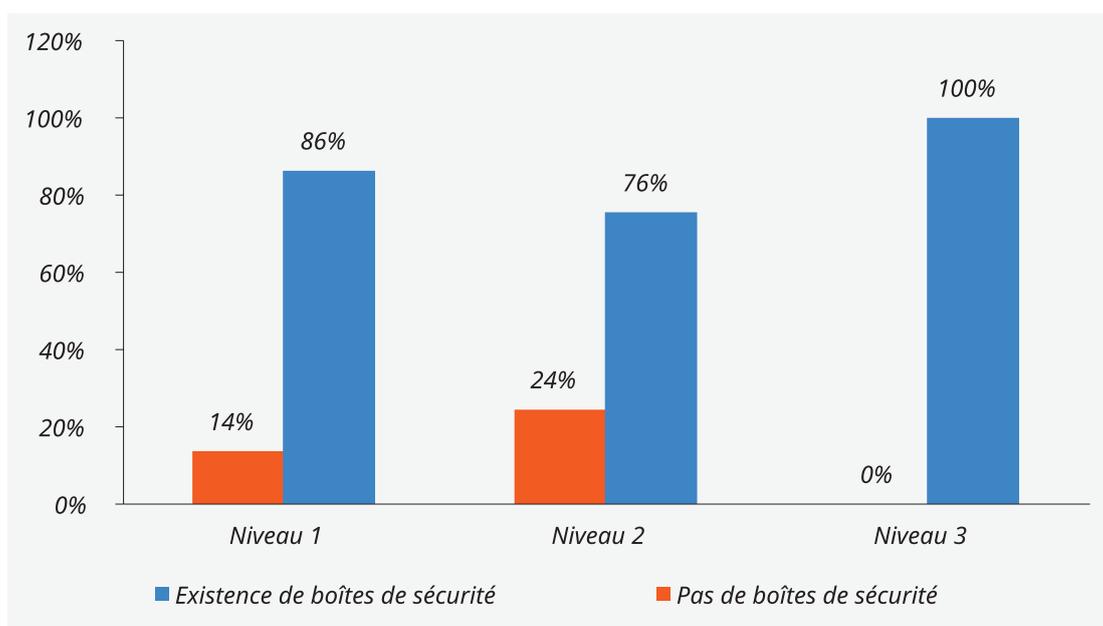


Figure 54 : Répartition des EPS disposant de boîtes de sécurité selon les niveaux de la pyramide sanitaire

Les images ci-dessous présentent quelques équipements de traitement des déchets sanitaires dans les EPS de pays (Figure 55).



Figure 55 : Vue de quelques équipements de traitement des déchets sanitaires dans les EPS au niveau national

4.2.4.3. Formation du personnel de soins

Dans l'ensemble des Régions sanitaires du pays, le personnel de soins est formé en matière de gestion des déchets sanitaires dans la plupart (64 %) des EPS. Mais dans 36 % des EPS, le personnel de soins n'a subi aucune formation en la matière.

L'analyse en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire montre que les proportions d'EPS où le personnel de soins n'est pas formé sur la thématique de la gestion des déchets sanitaires restent relativement importantes pour les niveaux 1 et 2 (Figure 56). En effet, au niveau 1 de la pyramide sanitaire, cette proportion est de 37 %, tandis qu'au niveau secondaire, elle est de 23 %. Cependant, dans tous les EPS du niveau 3, le personnel de soins est formé en matière de gestion des déchets sanitaires.

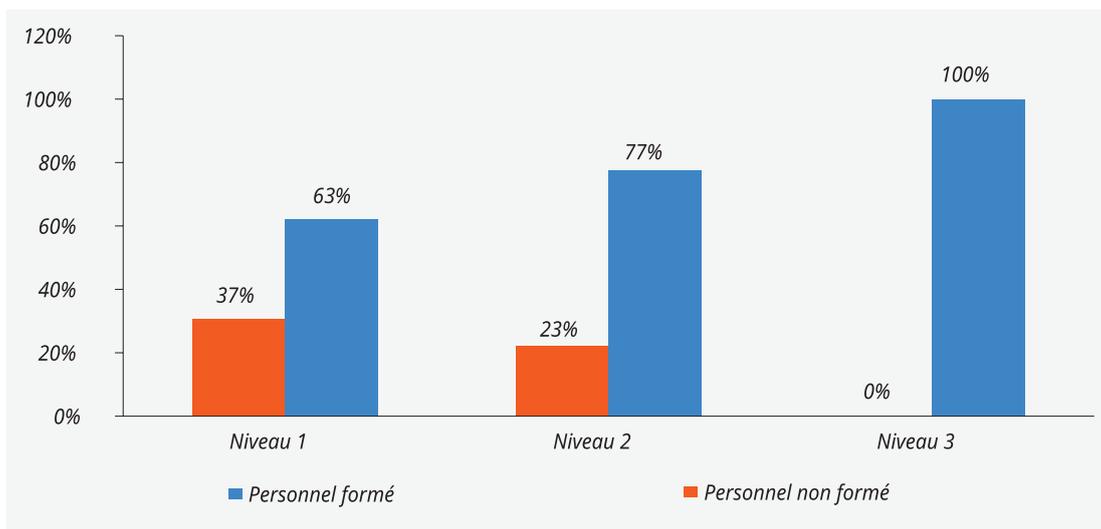


Figure 56 : Répartition par niveau de la pyramide sanitaire des EPS renfermant du personnel de soins formé en matière de gestion des déchets sanitaires

4.2.4.4. Accès aux services de base de gestion des déchets

A ce niveau également, des analyses supplémentaires ont été effectuées en vue d'évaluer la couverture des services de base de gestion des déchets sanitaires dans les établissements publics de soins visités. Ces analyses sont basées sur le tri et la sécurisation des déchets dans trois (03) poubelles différentes au moins, le traitement et l'élimination sûre des déchets infectieux ainsi que les déchets pointus et coupants ou tranchants.

Au niveau national

Les résultats révèlent que sur toute l'étendue du territoire national, seuls 14 % des EPS disposent de services de base de gestion des déchets sanitaires (Figure 57). Plus de la moitié des EPS (56 %) sont dotés de services limités de gestion des déchets sanitaires. Toujours au niveau national, il ressort que 30 % des EPS ne sont pourvus d'aucun service de gestion des déchets sanitaires. 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.

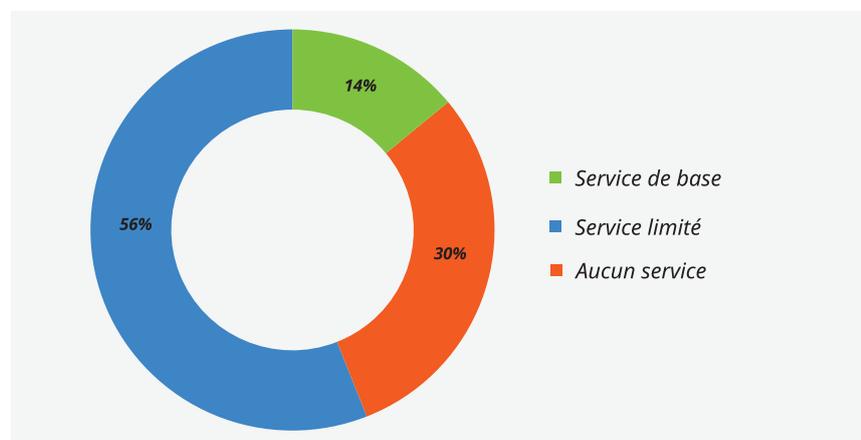


Figure 57 : Proportion des EPS relativement aux échelles de services de gestion des déchets sanitaires sur l'ensemble du territoire national



Au niveau de la pyramide sanitaire

Certaines disparités sont observées entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Pour le niveau 1, les proportions sont pareilles aux tendances observées au niveau national (*Figure 58*) : 14 % des EPS disposant de services de base de gestion des déchets sanitaires, 56 % d'EPS dotés de services limités et 30 % dépourvus de services de gestion des déchets sanitaires. Concernant les EPS (EPS) du niveau 2, seuls 16 % des EPS disposent de services de base de gestion des déchets sanitaires contre 64 % des EPS qui en disposent. Deux (02) établissements de soins sur dix (10) ne sont pourvus d'aucuns services. Contrairement aux niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire, la totalité des EPS du niveau tertiaire (100 %) disposent de services de base de gestion des déchets sanitaires. Aucun établissement de soins de ce niveau n'est pourvu de services limités ni d'aucun service.

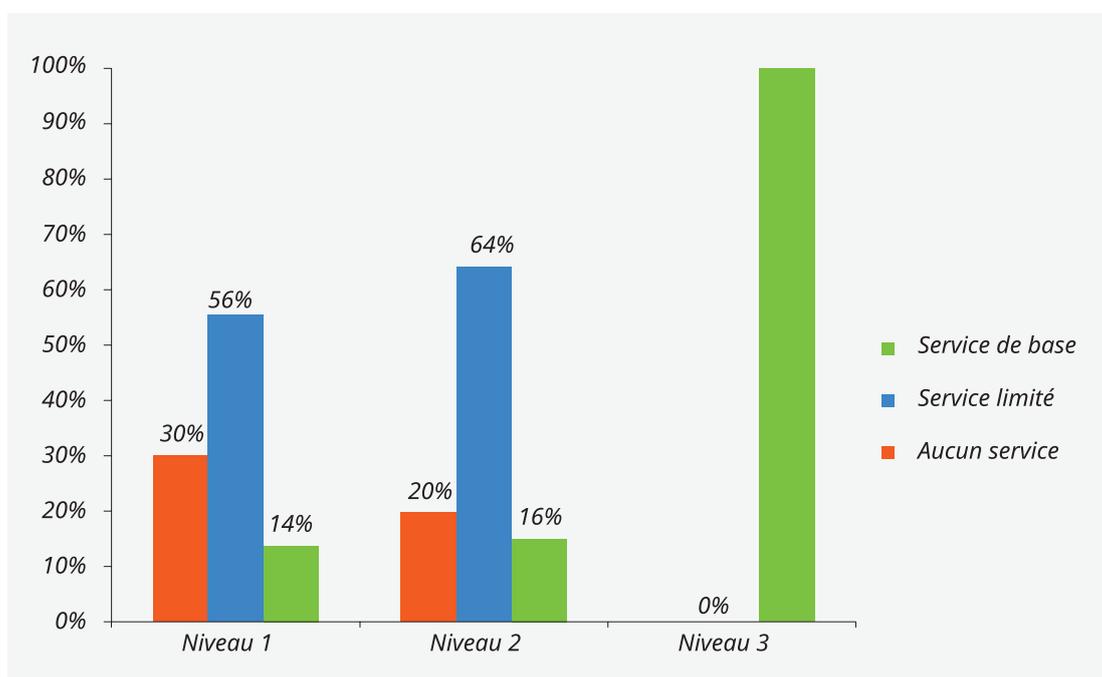


Figure 58 : Proportion des EPS relativement aux échelles de services de gestion des déchets sanitaires suivant les niveaux de la pyramide sanitaire

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 national

La figure ci-dessous présente l'existence de personnel en charge de l'entretien des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins. Aux différents responsables d'EPS, il leur a été demandé de savoir si l'entretien des infrastructures EHA était confié à un personnel spécifique.

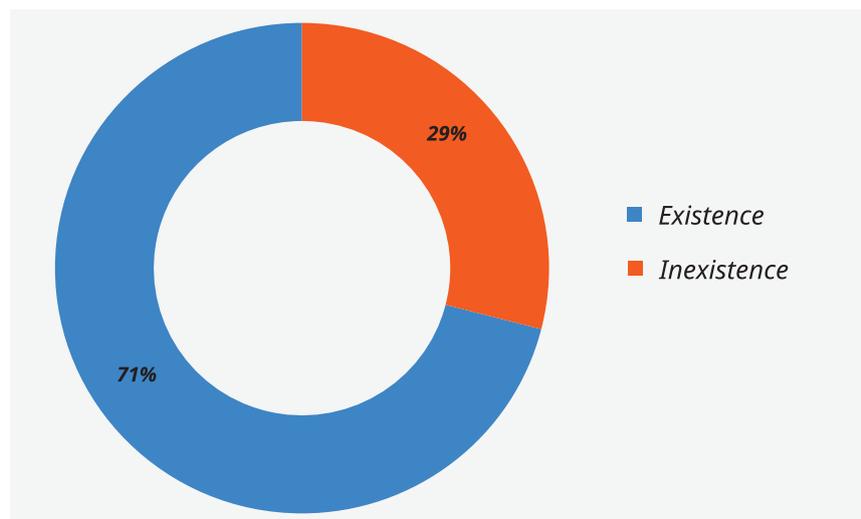


Figure 59 : Répartition de l'ensemble des établissements publics de soins selon l'existence de personnel chargé de l'entretien des infrastructures EHA

L'enquête a révélé que 71 % des EPS disposent d'un personnel chargé de l'entretien des infrastructures EHA. Cependant, on note que 29 % des EPS n'ont pas de personnel dédié pour l'entretien des dites infrastructures.

Au niveau de la pyramide sanitaire

Les trois niveaux de la pyramide sanitaire connaissent différentes situations. En effet, l'enquête a relevé que tous les EPS de niveau 3 disposent d'un personnel pour l'entretien des infrastructures EHA (Figure 58). Quant au niveau 2, il ressort que 90 % des EPS disposent d'un personnel dédié. Cependant, l'enquête a révélé que 69 % des EPS de niveau 1 disposent d'un personnel chargé de l'entretien des EHA. Le graphique ci-dessous montre que plus le niveau de la pyramide est bas, plus le personnel chargé de son entretien est de moins en moins disponible.

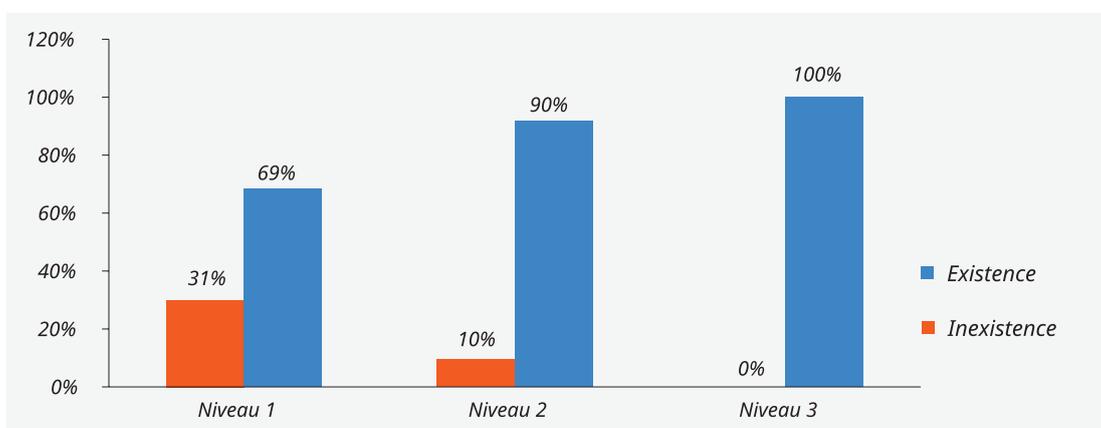


Figure 60 : Répartition des établissements publics de soins selon l'existence d'un personnel chargé de l'entretien des infrastructures EHA en fonction de la pyramide sanitaire



4.3.2. Sécurisation des latrines et urinoirs

La capacité des responsables des EPS 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.

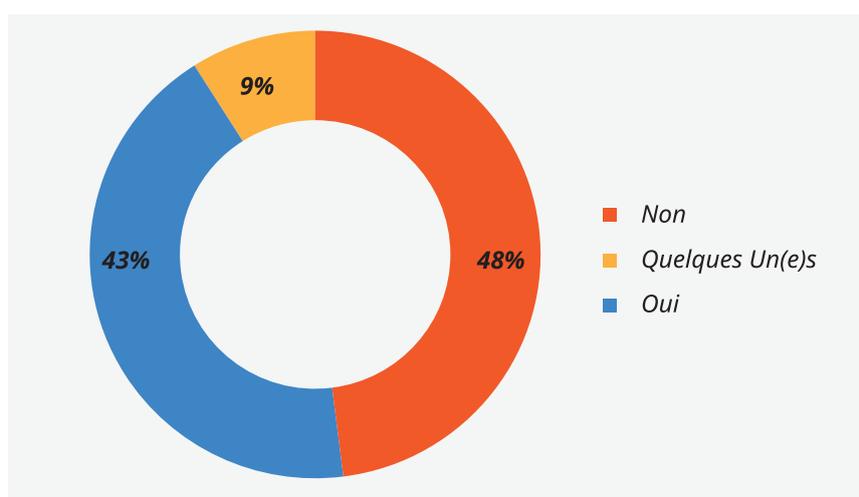


Figure 61 : Sécurisation des latrines dans les établissements publics de soins au niveau national

Les responsables d'EPS affirment que 43 % des latrines et urinoirs disposent de clés, contre 48 % qui n'en disposent pas. Cependant, ils ont évoqué le fait que certaines infrastructures sanitaires ont une situation particulière. En effet, 9 % d'EPS disposent d'infrastructures sanitaires dont toutes les portes ne disposent pas de clés.

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

Au niveau national

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. Aux responsables d'EPS, il leur a été demandé d'indiquer le ou les agents chargés de l'évaluation des latrines et urinoirs. A cette question, les réponses suivantes ont pu être notées.

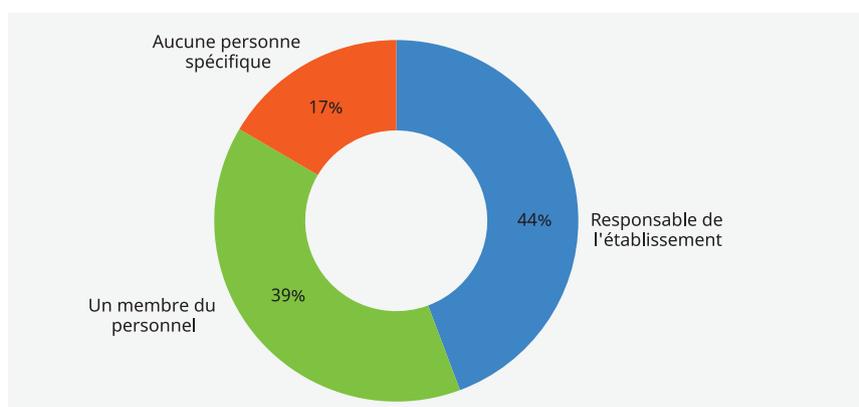


Figure 62 : Responsable d'évaluation de la propreté des latrines et urinoirs au niveau national

L'enquête a montré qu'au niveau national (Figure 60), 44 % des toilettes sont évaluées par les responsables des EPS. Par ailleurs, on note que dans 39 % des cas, cette évaluation est confiée à un autre membre du personnel (personnel d'entretien, infirmiers, sages-femmes, techniciens d'assainissement, etc.). Cependant, dans 17 % des EPS cette évaluation n'est pas confiée à une personne spécifique. Dans ce cas, 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 la pyramide sanitaire

L'enquête a révélé une forte disparité entre les trois niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, l'évaluation de la propreté des latrines et urinoirs de près de la moitié des EPS de niveau 1 de la pyramide sanitaire est le fait des Responsables d'EPS (49 %). Dans 40 % des cas, un membre du personnel est commis à la tâche. Enfin, on note que 11% des toilettes des EPS de niveau 1 sont confiés à l'ensemble du personnel de soins. Quant au niveau 2, l'enquête a montré que l'évaluation des latrines et urinoirs est confié majoritairement à un membre du personnel (58 %) et dans une moindre mesure aux responsables d'établissement (30 %). Seulement 12 % des EPS de niveau 2 ne confient l'évaluation à aucune personne spécifique.

Enfin, au niveau 3 de la pyramide sanitaire, 50 % des toilettes sont évaluées aussi bien par un membre du personnel (médecin, infirmier, sage-femme, technicien d'assainissement, etc.) que par aucune personne spécifique.

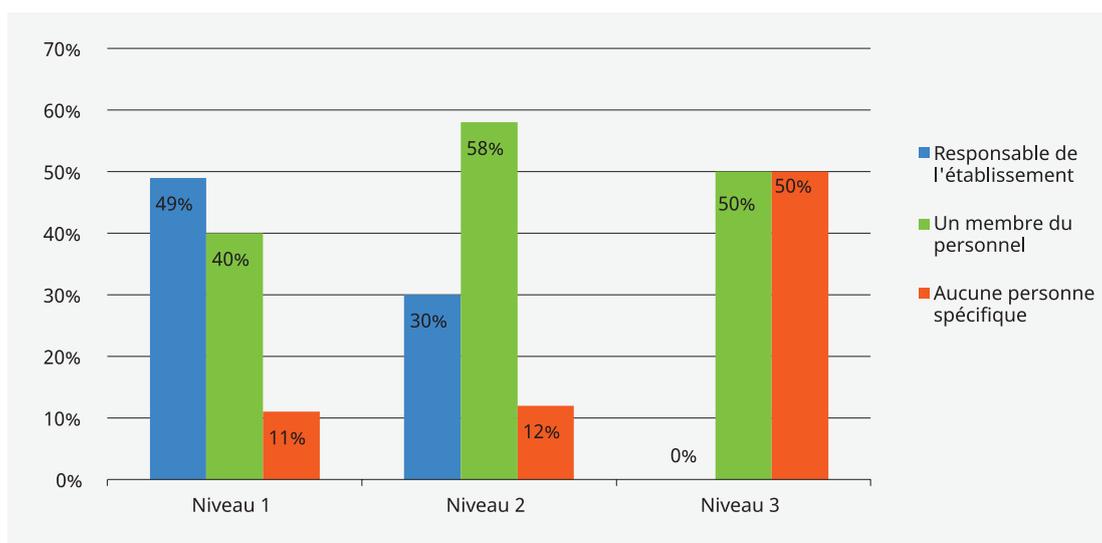


Figure 63 : Responsable d'évaluation de la propreté des latrines et urinoirs au niveau de la pyramide sanitaire

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

Au niveau national

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.

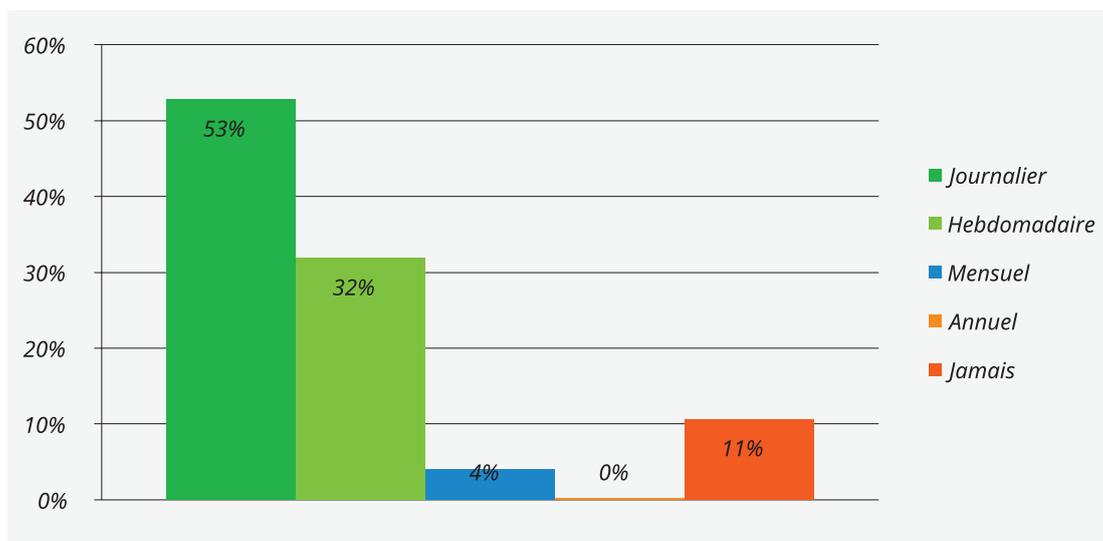


Figure 64 : Fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA au niveau national

L'enquête a révélé que plus de la moitié des installations EHA des EPS (53 %) sont quotidiennement évaluées (Figure 62). Près du tiers (32 %) de ces installations EHA est évalué de manière hebdomadaire. Par ailleurs, 11% des installations EHA ne sont jamais évalués. Cet état de fait est inadmissible pour des EPS qui sont censés être des hauts lieux de promotion des mesures d'hygiène.

Au niveau de la pyramide sanitaire

L'enquête montre de fortes disparités entre les trois niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, un peu plus de la moitié des EPS de niveau 1 évalue leur infrastructures EHA de manière quotidienne. Près du tiers évalue les installations EHA par semaine. On note cependant que 11 % d'EPS n'évaluent jamais leurs toilettes, DLM et points d'approvisionnement en eau potable (Figure 63). Quant aux établissements de niveau 2, on note que 86 % des infrastructures EHA sont évaluées quotidiennement. Seulement 10 % des EPS de niveau 2 évaluent leur infrastructure hebdomadairement. Par ailleurs, l'enquête a révélé que le tiers des infrastructures EHA de niveau 3 est évalué quotidiennement tandis que près des deux tiers (2/3) des toilettes, DLM et points d'eau sont évalué hebdomadairement.

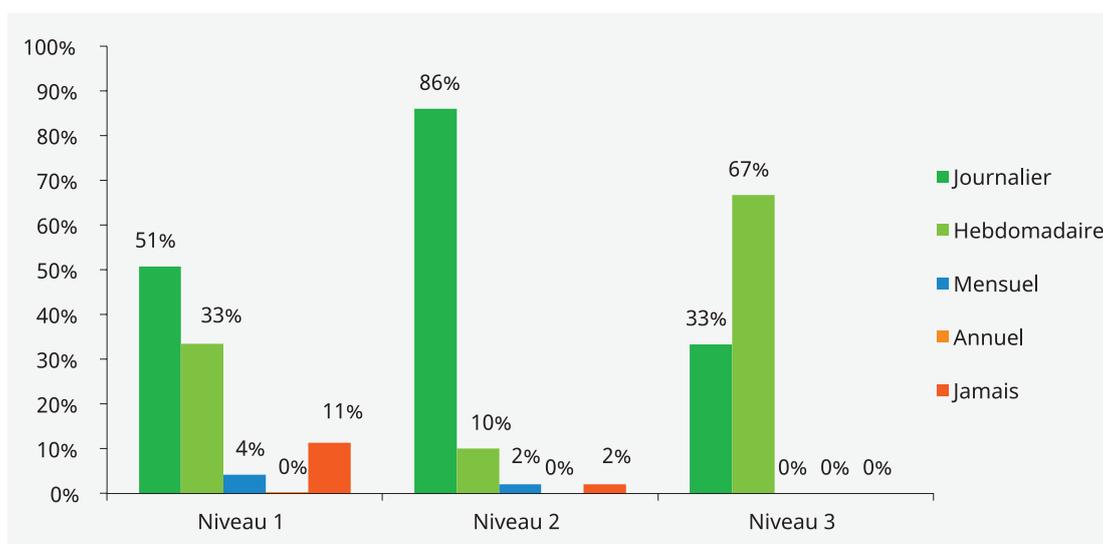


Figure 65 : Fréquence d'évaluation de la propreté des installations EHA selon les niveaux de la pyramide sanitaire.

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

Au niveau national

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 64).

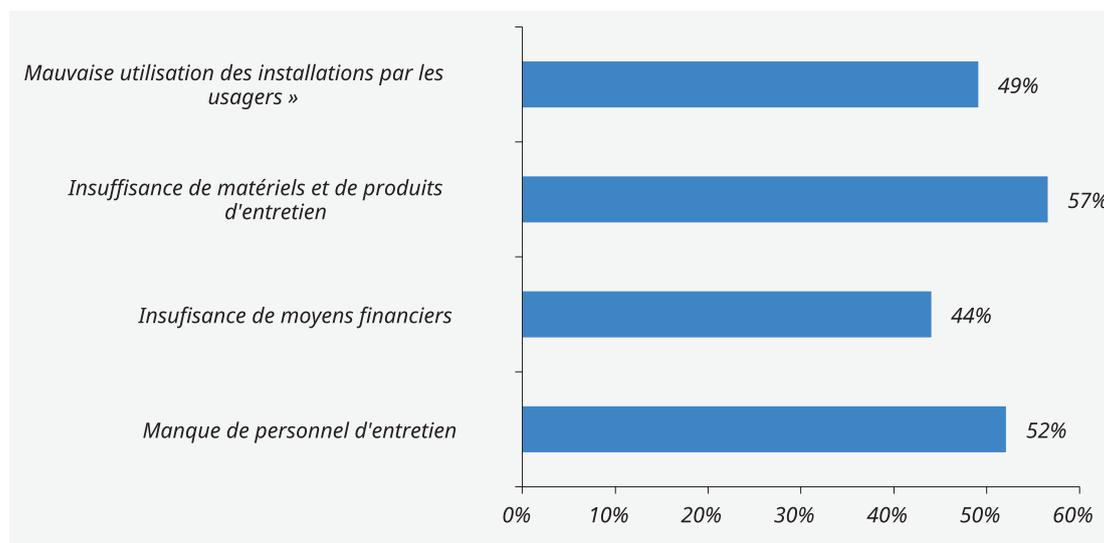


Figure 66 : Difficultés rencontrées pour veiller à la fonctionnalité et la propreté des latrines au niveau national

Les résultats de l'enquête présentes quatre types de difficultés majeures qui sont un frein à la fonctionnalité et la propreté des latrines. Dans l'ordre décroissant, on note :

- Insuffisance de matériels et de produits d'entretien (57 %) ;
- Manque de personnel d'entretien (52 %) ;
- Mauvaise utilisation des installations par les usagers (49 %) ;
- Insuffisance de moyens financiers (44 %).

Au niveau de la pyramide sanitaire

La figure 65 montre que les trois niveaux de la pyramide sanitaire connaissent les mêmes types de difficultés. Cependant, les proportions diffèrent d'un niveau à un autre. Les difficultés rencontrées étant combinatoires, on note que les établissements de niveau 1 évoquent prioritairement l'insuffisance de matériel et de produits d'entretien (58%), le manque de personnel (51%), la mauvaise utilisation des installations par les usagers (47 %) et le manque de moyens financiers (44%).

Les responsables d'EPS de niveau 2 dénoncent la mauvaise utilisation des installations par les usagers (72 %), le manque de personnel d'entretien (68 %), l'insuffisance de moyen financier (40 %) et l'insuffisance de matériel et de produits d'entretien (34%).

Quant aux EPS de niveau 3, l'ensemble des responsables a décrié la mauvaise utilisation des installations par les usagers (100%). Les trois autres difficultés, à savoir l'insuffisance de matériel et de produits d'entretien, le manque de moyens financiers et le manque de personnel d'entretien, ont été mises en cause avec un taux de 33 %.

Pour résumer, deux catégories de difficultés peuvent être identifiées : les difficultés qui relèvent des finances et celles qui relèvent des comportements.

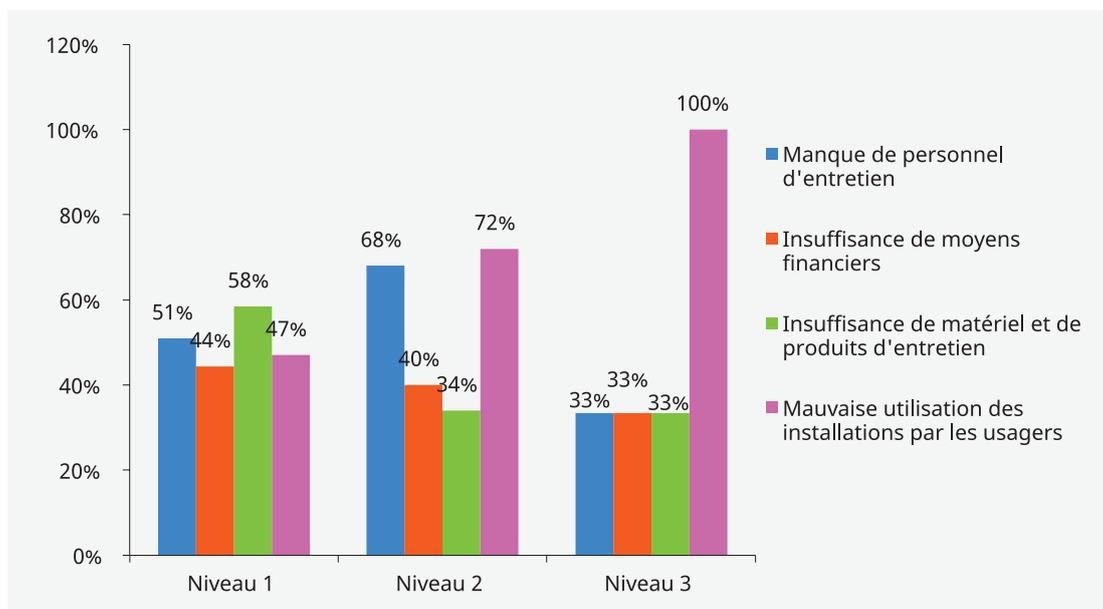


Figure 67 : Difficultés rencontrées pour veiller à la fonctionnalité et à la propreté des latrines en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire

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

Au niveau national

L'enquête de terrain a cherché à cerner les difficultés que rencontrent le personnel en charge de rendre fonctionnels les Dispositifs de Lavage des Mains (DLM). Les interviews ont permis de dégager trois types de difficultés représentés à la figure 66 :

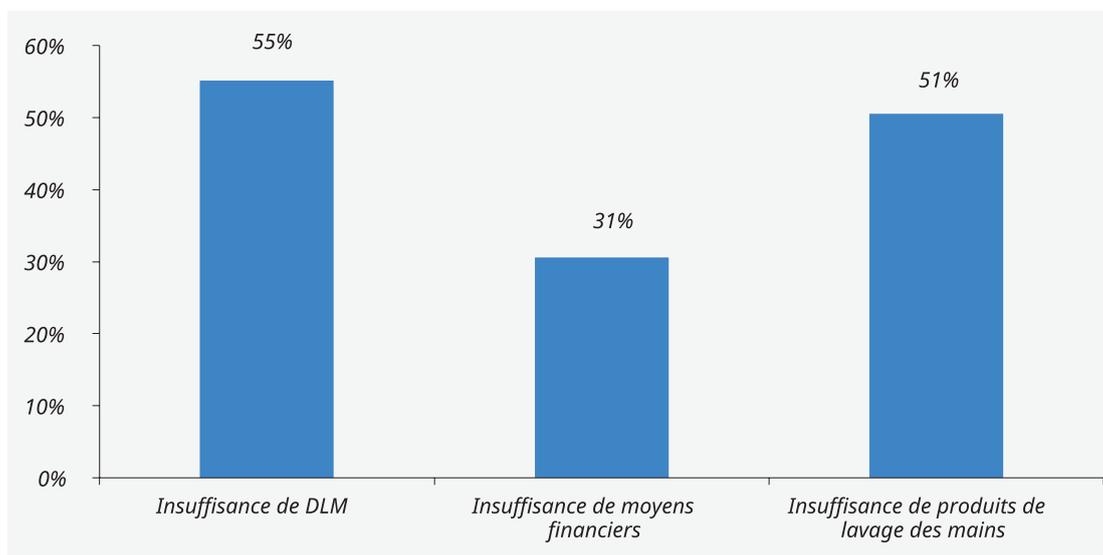


Figure 68 : Difficultés rencontrées pour assurer la fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains au niveau national

L'enquête a révélé que le personnel en chargé de rendre les DLM fonctionnels rencontre trois types de difficultés :

- Insuffisance de DLM (55%) ;
- Insuffisance de produits de lavage des mains (51 %) ;
- Et l'insuffisance de moyens financiers (31 %).

Ces difficultés sont un frein qu'il faut corriger afin d'assurer un fonctionnement durable de ces DLM.

Au niveau de la pyramide sanitaire

Les établissements de niveau 1 et de niveau 2 rencontrent sensiblement les mêmes difficultés (Figure 67). En effet, l'insuffisance de DLM (55 % et 52 %) et le manque de moyen financiers (30 % et 32 %) sont respectivement évoqués par les Responsables des EPS des deux niveaux de la pyramide sanitaire. Quant au manque de produits sanitaires, les établissements de niveau 1 relèvent 52 % contre 32 % pour les établissements de niveau 2.

Tous les EPS de niveau 3 de la pyramide sanitaire sont unanime sur le fait qu'il y a une insuffisance de produits de lavage des mains. Le manque de moyens financier (33 %) et l'insuffisance de DLM (33 %) a aussi été dénoncé par des responsables d'EPS.

L'insuffisance de DLM dans les établissements publics de soins dans un contexte de maladie à Coronavirus est à corriger au plus vite. Aussi, ne faut-il pas occulter le fait que le lavage des mains est un puissant moyen de lutte contre les maladies manu portées.

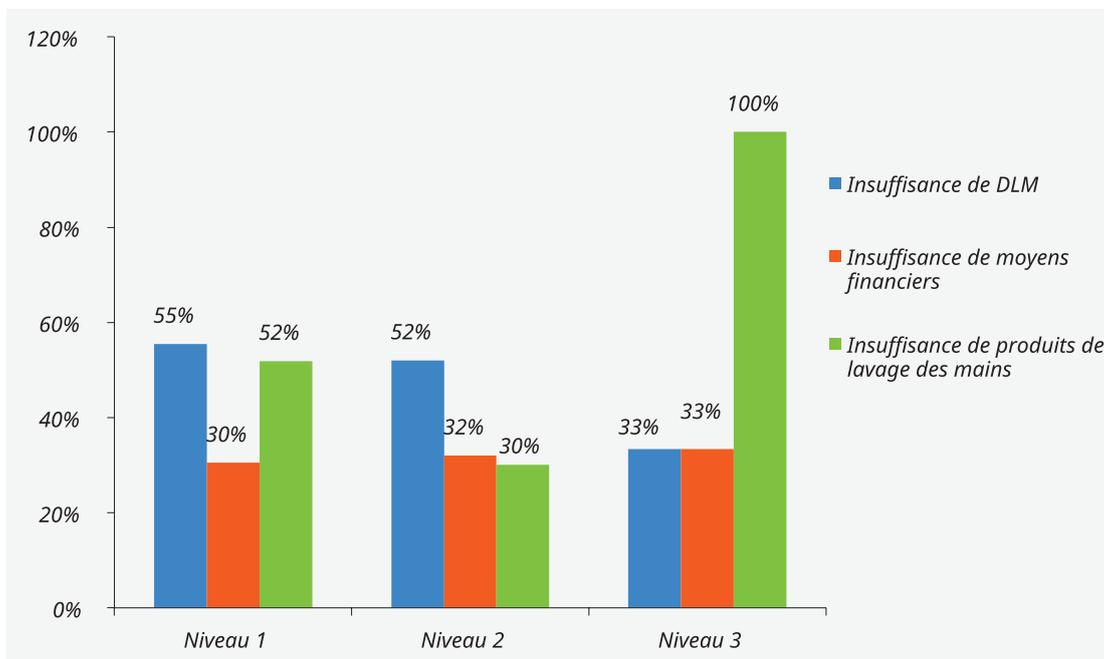


Figure 69 : Difficultés rencontrées pour assurer la fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire

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

Au niveau national

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.

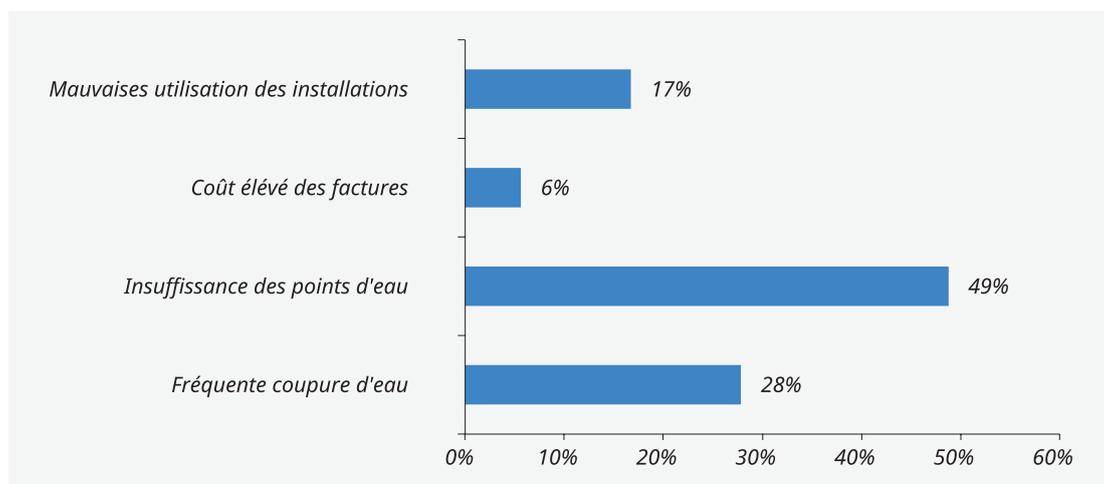


Figure 70 : Difficultés rencontrées pour assurer un approvisionnement adéquat en eau potable

L'enquête a révélé que les principales difficultés concernent l'insuffisance des points d'eau au sein des EPS (49 %), les fréquentes ruptures de service d'approvisionnement en eau potable (28%), les mauvaises utilisations des points d'eau (17 %) et les coûts élevés des factures (06 %).

Au niveau de la pyramide sanitaire

L'étude a révélé une disparité entre les trois niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, selon 49 % des responsables d'EPS de niveau 1, il existe une insuffisance de points d'eau. Les fréquentes ruptures du service d'approvisionnement en eau potable ont été évoquées par le quart de ces responsables. La mauvaise utilisation des installations a aussi été relevée par 15 % des responsables (Figure 69).

Les EPS de niveaux 2 et 3 de la pyramide sanitaire présentent quelques similitudes. En effet, les responsables d'EPS ont relevé de fréquentes ruptures de service respectivement de 60 % et 67 %. L'insuffisance de points d'eau a été notifiée par 42 % des responsables d'EPS de niveau 2 et par 33 % des responsables d'EPS de niveau 3 (Figure 69). Concernant la mauvaise utilisation des installations, 32 % des responsables d'EPS de niveau 2 observent cette difficulté contre 67 % des responsables d'EPS de niveau 3. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les établissements de niveau 3 accueillent un nombre plus important de patients et d'accompagnateurs.

Quant au coût jugé élevé des factures d'eau évoqué par 6 % des responsables d'EPS de niveau 1 et de niveau 2, cela pourrait s'expliquer par la mauvaise utilisation des installations, la vétusté des infrastructures et la mauvaise gestion.

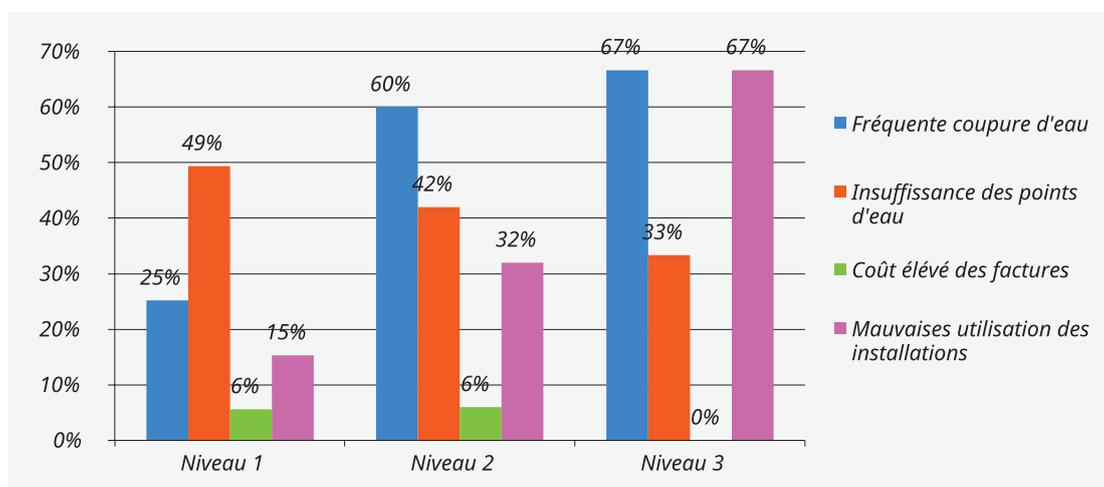


Figure 71 : Difficultés rencontrées pour assurer le bon fonctionnement des dispositifs d'approvisionnement en eau potable en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire

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 national

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 sanitaires publics, il a été demandé de savoir si les latrines remplissaient les fonctions pour lesquelles elles étaient construites. A cette question les réponses suivantes ont pu être récoltées.

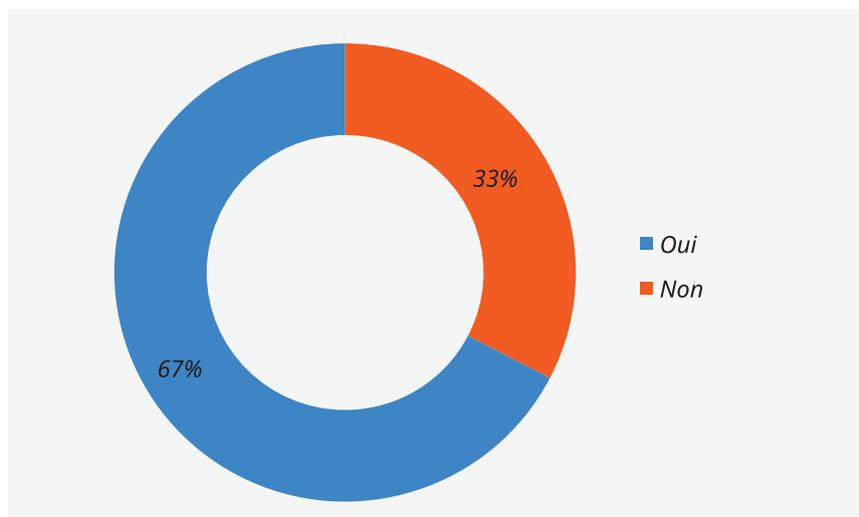


Figure 72 : Adéquation des latrines à l'échelle nationale

L'enquête a montré que 67 % des Responsables d'EPS jugent les latrines adéquates. Cela voudrait dire implicitement que ces infrastructures remplissent les fonctions pour lesquelles elles ont été construites. Cependant, 33% des Responsables d'EPS trouvent les latrines inadéquates. Ce nombre est relativement important et commande qu'un regard attentif soit porté sur cette situation.

Au niveau de la pyramide sanitaire

L'enquête de terrain montre de fortes disparités entre les trois 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. Il ressort que selon 66 % des enquêtés d'EPS de niveau 1, les latrines remplissent leur fonction d'assainissement contre 88 % pour les EPS de niveau 2 (Figure 71). Tous les responsables d'EPS de niveau 3 ont affirmé que les latrines remplissent bien leur fonction et conviennent aux patients et accompagnateurs.

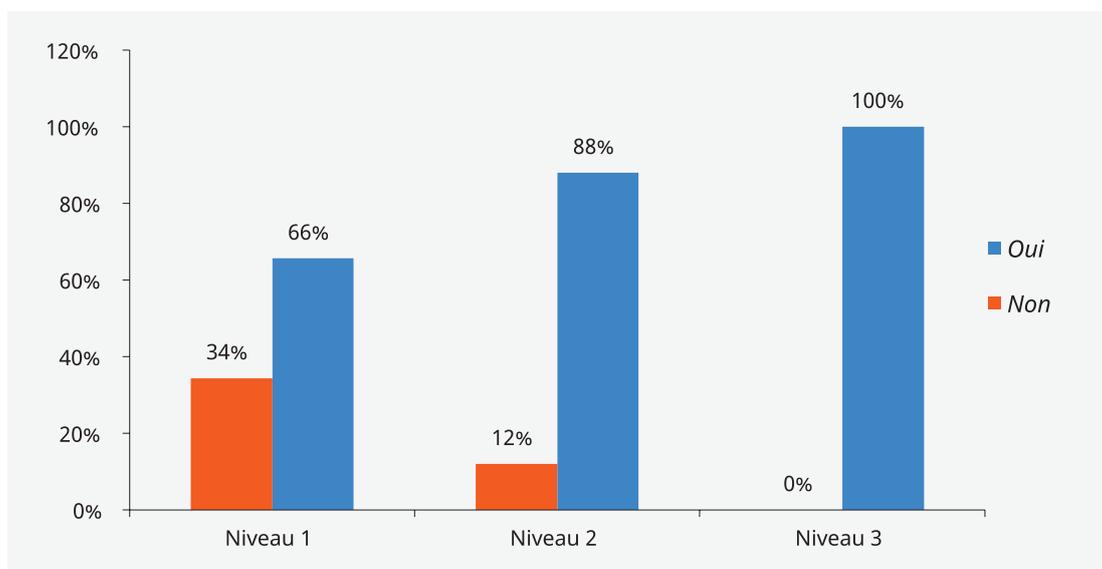


Figure 73 : Adéquation des latrines en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire selon les usagers

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

Au niveau national

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 enquêtées, il a été demandé aux patients et aux accompagnateurs s'ils parviennent à utiliser facilement les latrines mises à leur disposition. Les réponses suivantes ont pu être notées.

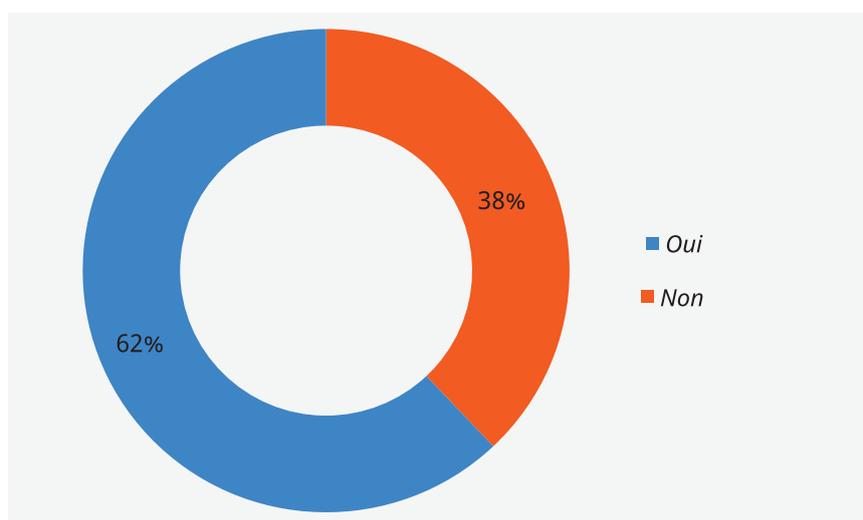


Figure 74 : Facilité d'usage des latrines par les patients et les accompagnateurs au niveau national

L'enquête a révélé que 62 % des enquêtés affirment pouvoir utiliser facilement les latrines mises à leur disposition. Cependant, 38 % des patients et accompagnateurs soutiennent que ces latrines ne sont pas aisées à utiliser. Cette situation décrite par 38 % de la population enquêtée mérite réflexion afin de faire en sorte que les latrines soient facilement utilisables par tous.

Au niveau de la pyramide sanitaire

Les patients et accompagnateurs fréquentant les établissements publics de soins de niveau 1, 2 et 3 de la pyramide sanitaire dans leur majorité affirment que les latrines mises à leur disposition sont faciles à utiliser. L'enquête révèle respectivement des taux de 61 %, 76% et 67 % (Figure 73). Cependant, il faut noter un nombre relativement important de patients et d'accompagnateurs qui trouvent les latrines difficiles à utiliser. L'enquête a révélé un taux de 39 % pour les établissements de niveau 1, 24 % pour les établissements de niveau 2 et 33 % pour les établissements de niveau 3.

Cette situation montre combien le concept de « facilité d'usage » est relatif. Ce qui paraît 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.

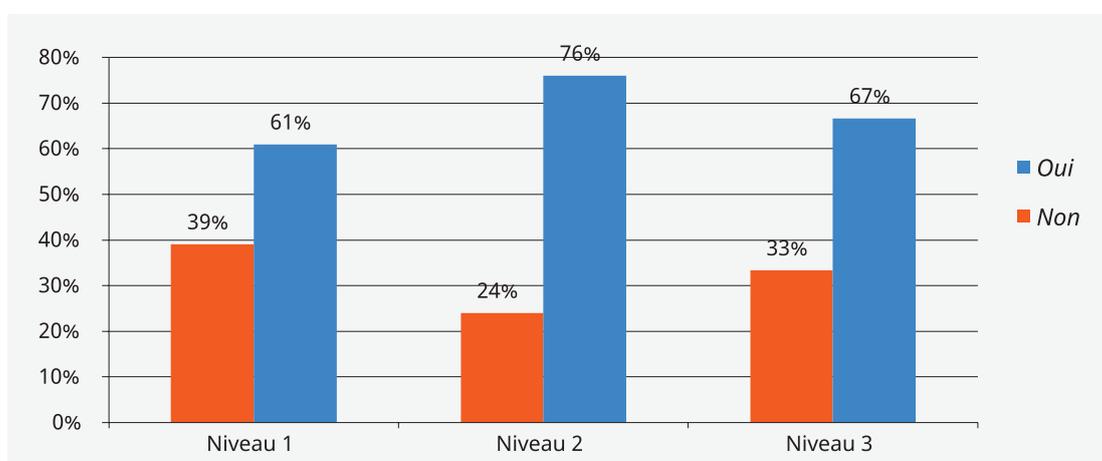


Figure 75 : Facilité d'usage des latrines par les patients et les accompagnateurs en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire

4.4.1.3. Fréquence des plaintes des patients et des accompagnateurs après utilisation des latrines auprès des responsables d'EPS

Au niveau national

La fréquence des plaintes des patients et des accompagnateurs 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 accompagnateurs se plaignaient des latrines mises à leur disposition.

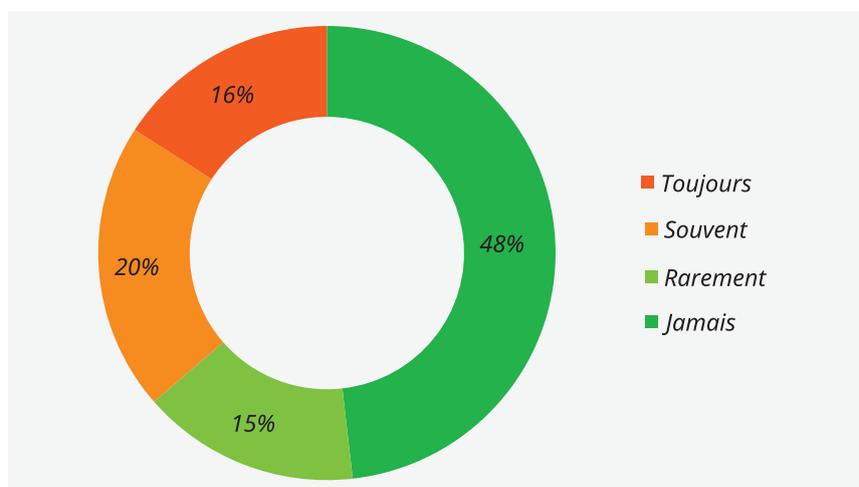


Figure 76 : Fréquence des plaintes des patients et des accompagnateurs après utilisation des latrines au niveau national



De l'enquête, il est ressorti que 48 % des responsables d'EPS attestent que des patients et accompagnateurs ne s'étaient jamais plaint (Figure 74). Par contre 20 % d'entre eux se plaignent souvent et 16 % se plaignent toujours. Au regard de ces résultats on peut affirmer que 36 % des enquêtés ne sont pas satisfait des latrines mises à leur disposition.

Au niveau de la pyramide sanitaire

Dans les établissements publics de soins 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 accompagnateur sur trois (3) qui fréquentent les établissements publics de soins des deux niveaux de la pyramide sanitaire se plaignent souvent et toujours.

Par contre dans les EPS de niveau 3, les responsables affirment que deux (02) patients et accompagnateurs sur trois (03) se plaignent souvent de l'état des latrines. Seulement un (01) patient et accompagnateur sur (03) se plaignent rarement. La Figure 75 ci-dessous, présente les détails afférents.

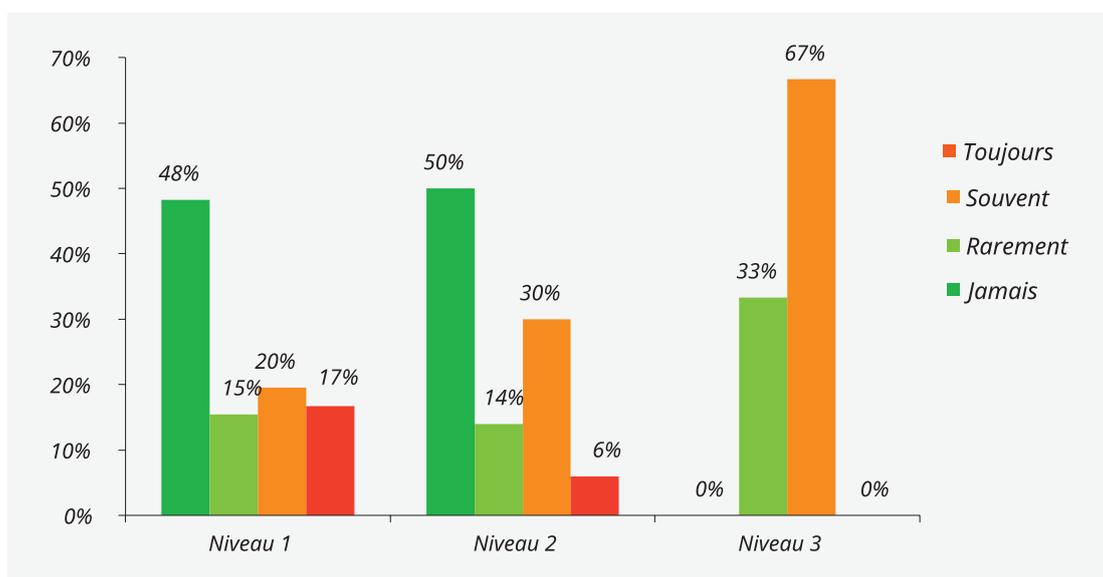


Figure 77 : Fréquence des plaintes des patients et des accompagnateurs après utilisation des latrines en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire

4.4.1.4. Vidange des fosses septiques

Au niveau national

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'il parvenait à faire aisément la vidange des fosses septiques.

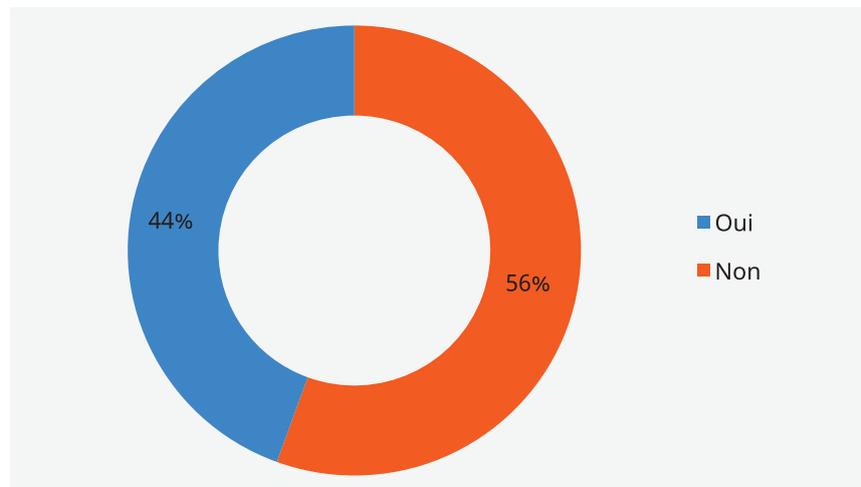


Figure 78 : Vidange des fosses des EPS au niveau national

Il est ressorti de l'enquête que 44 % des responsables d'EPS soutiennent qu'ils parviennent à faire aisément la vidange des fosses septiques. Par contre, 56 % des enquêtés, soit plus de la moitié n'arrive 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

L'enquête a montré un écart important entre les trois niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, moins de la moitié des responsables d'EPS de niveau 1, soit 42 % affirme faire correctement la vidange de leur fosse septique. Quant aux responsables d'EPS de niveau 2, plus des deux-tiers, soit 70 % ont répondu par l'affirmative. Enfin, tous les responsables de niveau 3 soutiennent faire vidanger leur fosse quand cela est nécessaire. (Figure 77).

Le graphique montre que les responsables d'EPS de niveau 1 éprouvent davantage de difficultés à faire la vidange des fosses que les responsables d'EPS des niveaux 2 et 3. Plus, le niveau de la pyramide sanitaire croît, plus les responsables sont capables de faire les vidanges correctement.

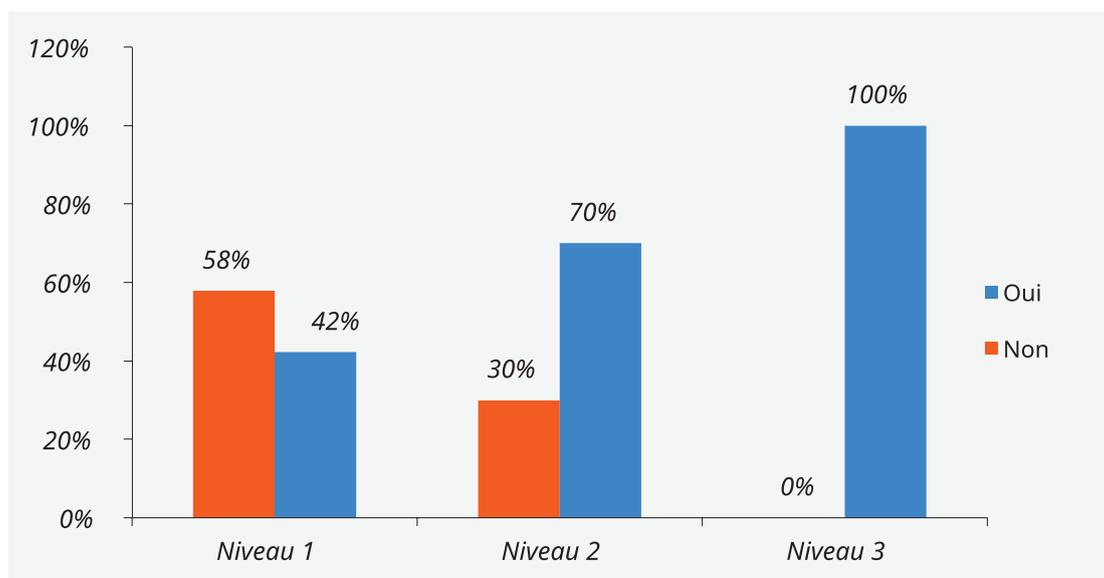


Figure 79 : Vidange des fosses en fonction de la pyramide sanitaire selon le niveau de la pyramide sanitaire



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

Au niveau national

Au cours des interviews avec les responsables d'établissements publics de soins, 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.

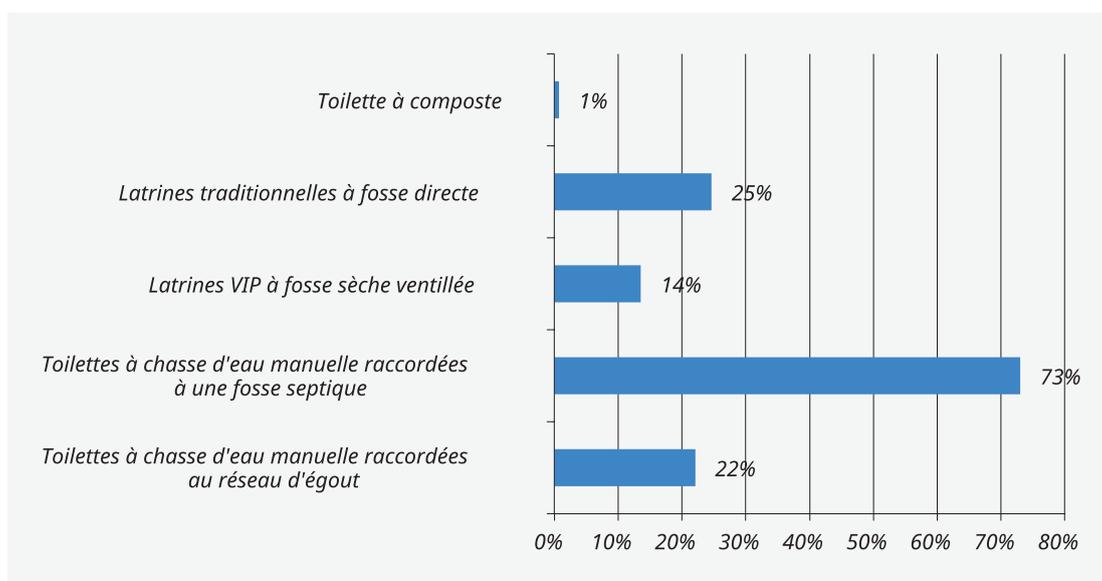


Figure 80 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de latrines appropriées au niveau national

L'enquête a montré que les toilettes à chasse d'eau manuelle raccordées à une fosse septique ont été citées par plus des deux-tiers des responsables d'EPS, soit 73 % (Figure 78). Les toilettes à chasse d'eau manuelle raccordées au réseau d'égout ont été évoquées par 22% des responsables d'EPS. Ce second type d'infrastructure ne peut être réalisé que dans les villes où un réseau d'égout existe. Il s'agit notamment du District Autonome d'Abidjan et à un degré moindre, le District Autonome de Yamoussoukro et les villes Bouaké et San Pédro.

Cependant, on note que 25 % de responsables d'EPS affirment préférer les latrines traditionnelles à fosse directe. Pour ces responsables, les latrines traditionnelles doivent être mises à la disposition des patients et accompagnateurs et les toilettes à chasse d'eau manuelle à la disposition du personnel de soin.

Le taux de 25 % de responsables d'EPS qui approuvent les latrines traditionnelles traduirait leur méconnaissance des latrines améliorées.

Au niveau de la pyramide sanitaire

L'enquête a révélé que les responsables d'établissement publics de soins des trois niveaux de la pyramide sanitaire se sont prononcés majoritairement pour les toilettes à chasse d'eau manuelle. En effet, tous les responsables d'EPS de niveau 3 sont favorables pour les toilettes à chasse d'eau. Quant aux responsables d'EPS de niveau 1 et de niveau 2, ils préfèrent à plus de 90 % les toilettes à chasse d'eau. Cependant, plus de 20 % de ceux-ci se disent favorables d'adjoindre aux toilettes à chasse des latrines traditionnelles à fosse directe affectées aux patients et accompagnateurs (Figure 79).

Par ailleurs, il faut noter que près de 10 % des responsables d'EPS de niveau 1 et 2 ont marqué leur préférence pour les latrines VIP à fosse sèche ventilée.

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

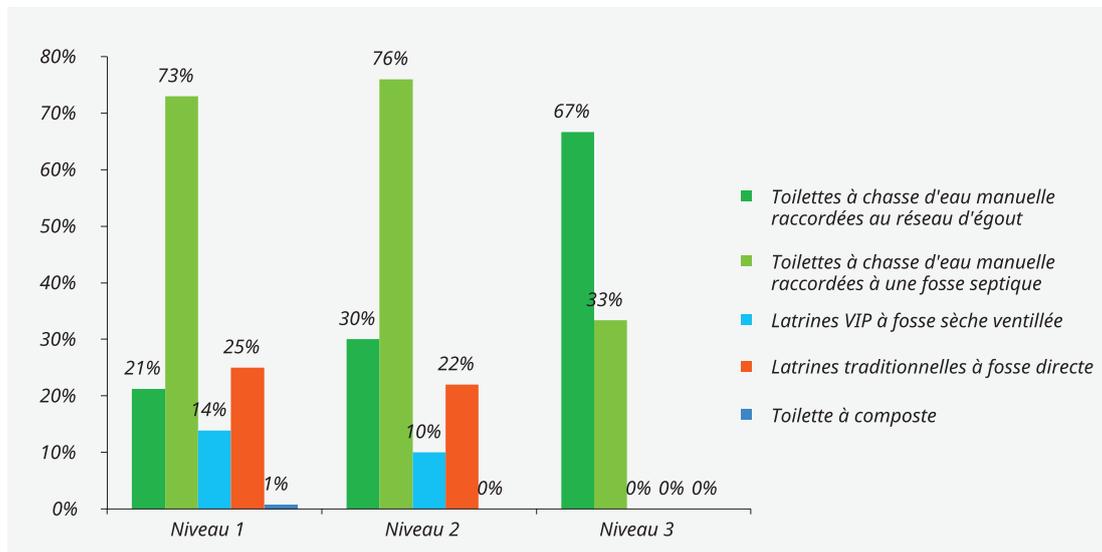


Figure 81 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins sur les types de latrines appropriées en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire

4.4.2. Défis relatifs à l'hygiène

4.4.2.1. Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains

Au niveau national

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. Par fonctionnel, les indicateurs suivants ont été définis :

- Disponibilité d'eau potable dans le DLM au moment de la visite ;
- Disponibilité de savon au moment de la visite.

L'observation des DLM par les enquêteurs et les entretiens réalisés auprès des enquêtés ont permis d'obtenir les données suivantes :

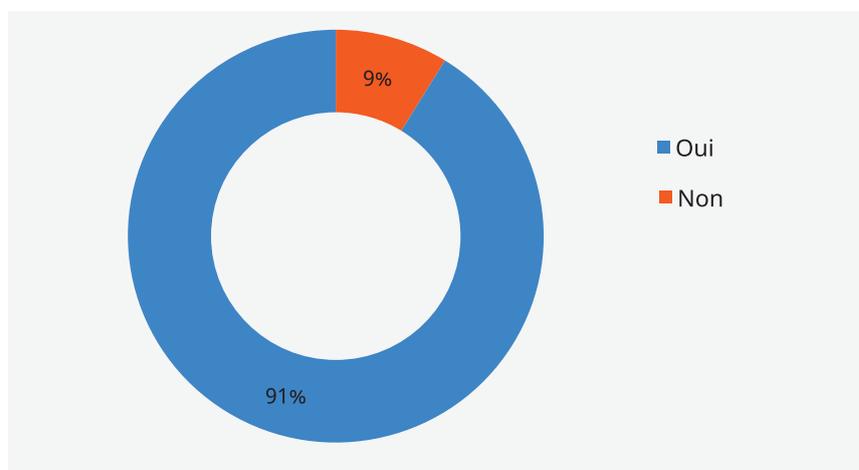


Figure 82 : Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains au niveau national



L'enquête a révélé que 91 % des DLM étaient fonctionnels. Quand bien même que ce taux soit élevé, il est tout de même pertinent de se pencher sur les 9 % de DLM non fonctionnels. Dans le contexte actuel de la maladie à COVID-19 des actions urgentes doivent être conduites pour rendre toutes les DLM fonctionnelles.

Au niveau de la pyramide sanitaire

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 81). Cependant, il a été révélé qu'un tiers des DLM d'EPS de niveau 3 ne sont pas fonctionnels malgré le contexte de la COVID-19.

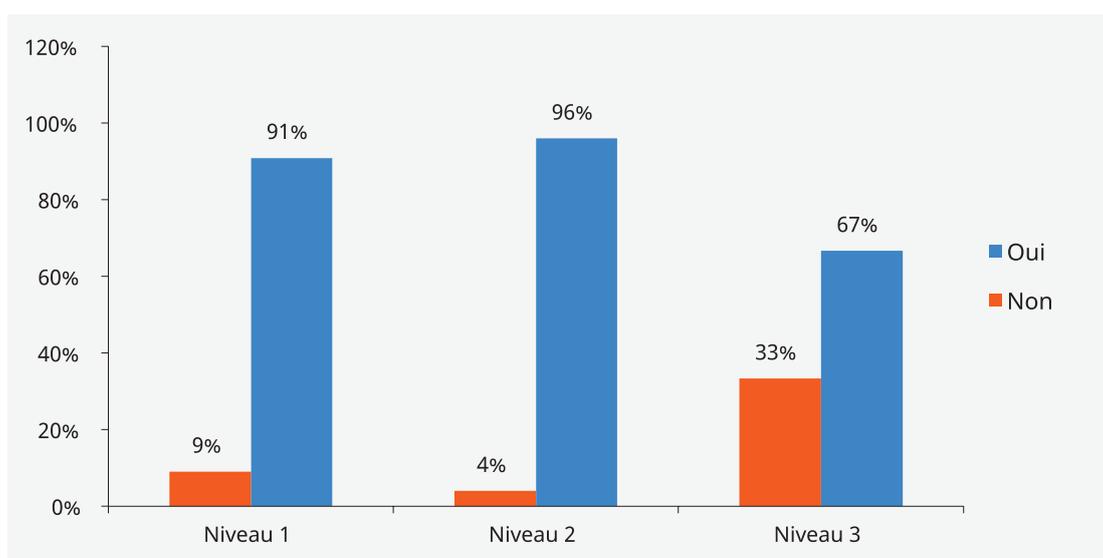


Figure 83 : Fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains en fonction de la pyramide sanitaire

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

Au niveau national

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

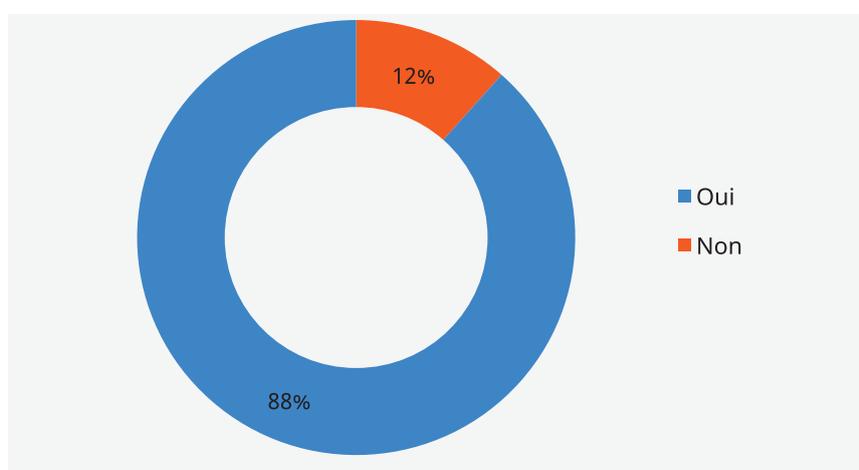


Figure 84 : Facilité d'usage des dispositifs de lavage des mains par les patients et les accompagnateurs

L'enquête a révélé que 88 % des patients et accompagnateurs jugent l'usage des DLM facile (Figure 82). Cependant, 12 % des enquêtés affirment éprouver des difficultés à utiliser les DLM. Au niveau de la pyramide sanitaire

L'enquête montre une situation quasiment identique entre les deux premiers niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, au niveau 1 de la pyramide sanitaire, 88 % des patients et accompagnateurs trouve l'usage des DLM facile, tandis qu'au niveau 2 on note 90 %. Cependant, le tiers des patients et accompagnateurs des EPS de niveau 3 trouvent l'utilisation des DLM relativement difficile. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que dans ces EPS les DLM connaissent des dysfonctionnements (Figure 83).

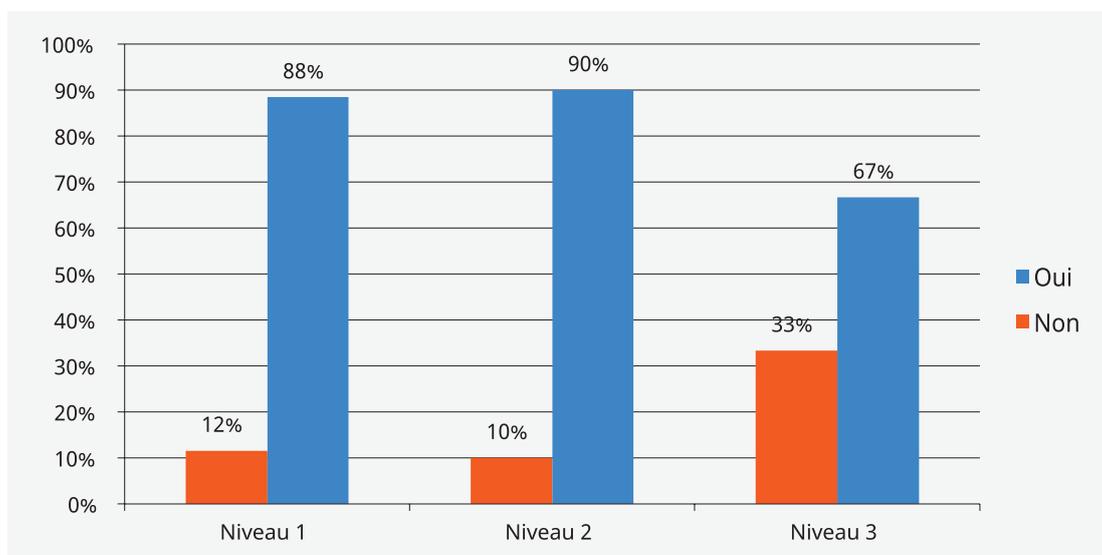


Figure 85 : Facilité d'usage des dispositifs de lavage des mains par les patients et les accompagnateurs en fonction de la pyramide sanitaire

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

Au niveau national

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.

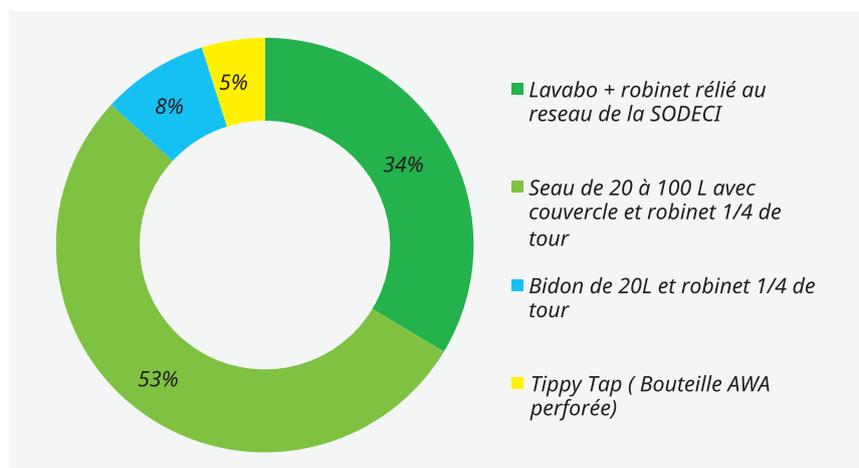


Figure 86 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de dispositifs de lavage des mains appropriés



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 84). Le DLM « Lavabo + robinet relié au réseau de la SODECI » est apprécié par 34 % des enquêtés.

Au niveau de la pyramide sanitaire

Les responsables des EPS des trois niveaux de la pyramide sanitaire se sont prononcés en faveur de deux à trois technologies à la fois. En effet, ils ont estimé que les besoins du personnel de soins étaient différents de ceux des patients et accompagnateurs. Les « lavabos + robinet relié au réseau de la SODECI » ont récolté les proportions suivantes :

- EPS de niveau 1 : 41 % ;
- EPS de niveau 2 : 66 % ;
- EPS de niveau 3 : 100 %.

Plus de la moitié des responsables des EPS ont également marqué leur préférence pour les « seau de 20 à 100 l avec couvercle et robinet ¼ de tour » (Figure 85).

Les DLM confectionnés avec des « bidon de 20 l et robinet ¼ de tour » sont également appréciés par au moins 10 % des responsables d'EPS.

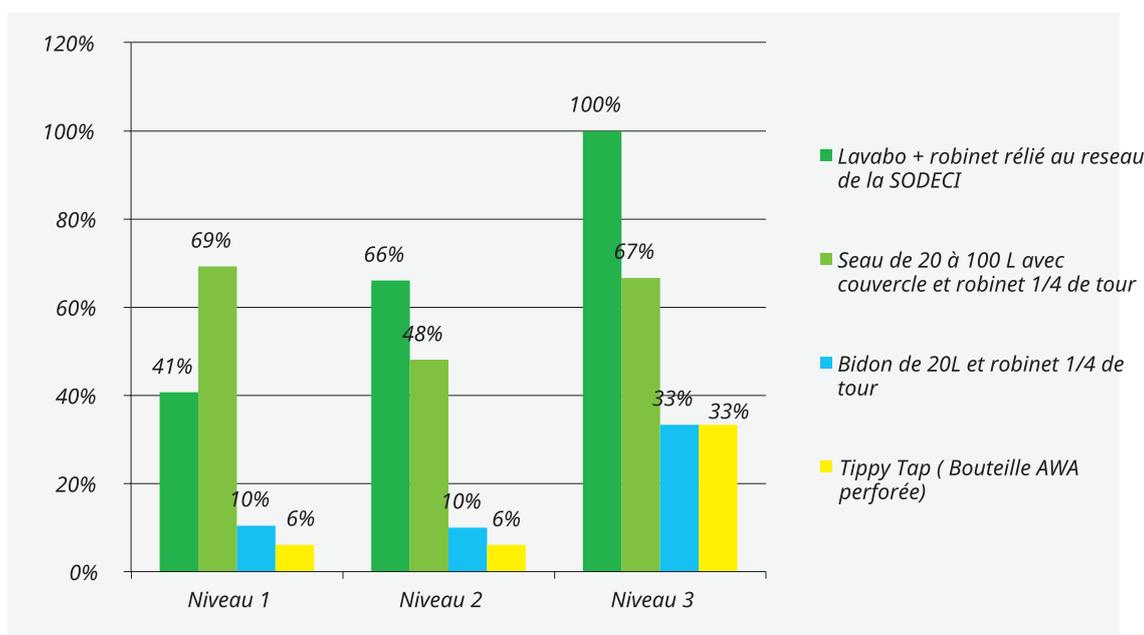


Figure 87 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les types de dispositifs de lavage des mains appropriés selon les niveaux de la pyramide sanitaire

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 national

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.

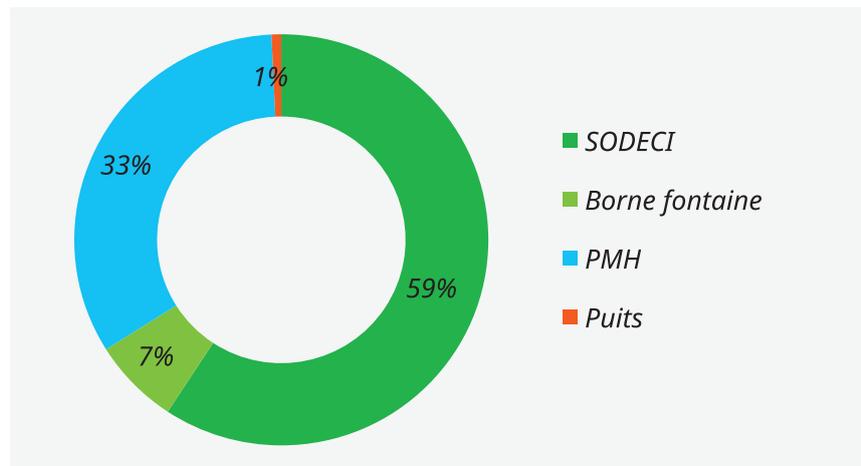


Figure 88 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins de santé sur les sources appropriées d'approvisionnement en eau

L'enquête a révélé que plus de la moitié des responsables d'EPS, soit 59 %, souhaitent disposer de l'eau potable provenant de la SODECI (Figure 86). Une proportion de 33 % des enquêtés préfèrent des pompes à motricité humaine (PMH). Cependant, on note que 1 % des enquêtés jugent 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

On note une forte disparité entre les établissements publics de soins des trois niveaux de la pyramide sanitaire concernant les sources appropriées d'approvisionnement en eau. En effet, 100% des responsables d'établissements publics de soins de niveau 3 préfèrent l'eau provenant des installations de la SODECI, 78 % au niveau 2 et 55% au niveau 1 (figure 87). Comme alternative à l'eau provenant des installations de la SODECI, les responsables d'établissement de niveau 1 et 2 préconisent l'eau potable provenant des PMH et des bornes fontaines.

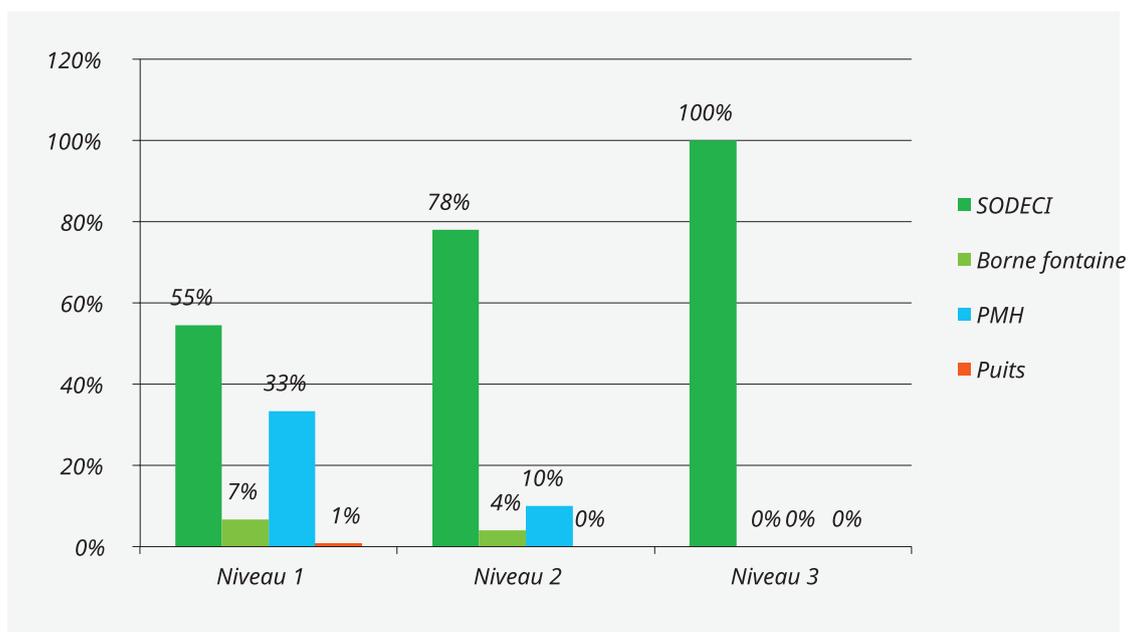


Figure 89 : Opinion des responsables d'établissements publics de soins sur les sources appropriées d'approvisionnement en eau potable selon la pyramide sanitaire



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

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

Au niveau national

Les normes en matière de réalisation des infrastructures EHA définissent les principes et réglementation afin d'harmoniser les bonnes pratiques. Aux responsables d'EPS, il a été demandé de savoir s'ils connaissaient les normes en matières EHA en milieu hospitalier.

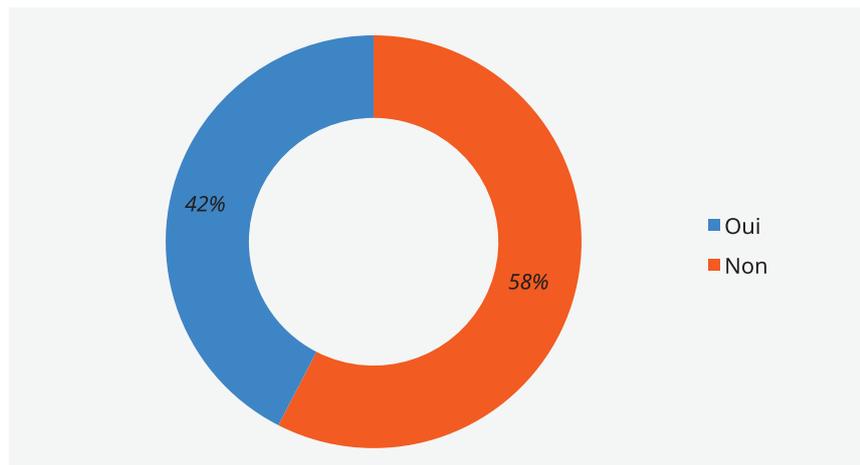


Figure 90 : Existence de normes pour la réalisation des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins au niveau national

Dans l'ensemble des établissements publics de soins visités, il ressort que plus de la moitié des responsables d'EPS ne connaissent pas les normes en matière de construction et d'installation d'infrastructures EHA en milieu hospitalier (58 %). Pour eux, il n'existerait pas de normes spécifiques pour réaliser les infrastructures EHA en milieu hospitalier (**Figure 88**). Cette situation pourrait traduire deux réalités : soit des normes existent et ne sont pas promues ou vulgarisées, soit elles n'existent pas.

Au niveau de la pyramide sanitaire

Eclatée par niveau de la pyramide sanitaire, l'enquête montre des avis de responsable d'EPS relativement homogènes. En effet, plus de la moitié des responsables d'EPS des trois niveaux de la pyramide sanitaire affirme qu'il ne sait pas s'il existe des normes en la matière. Les taux varient de 48 % pour les EPS de niveau 2 à 67 % pour les EPS de niveau 3 en passant par 58 % pour les EPS de niveau 1 (**Figure 89**).

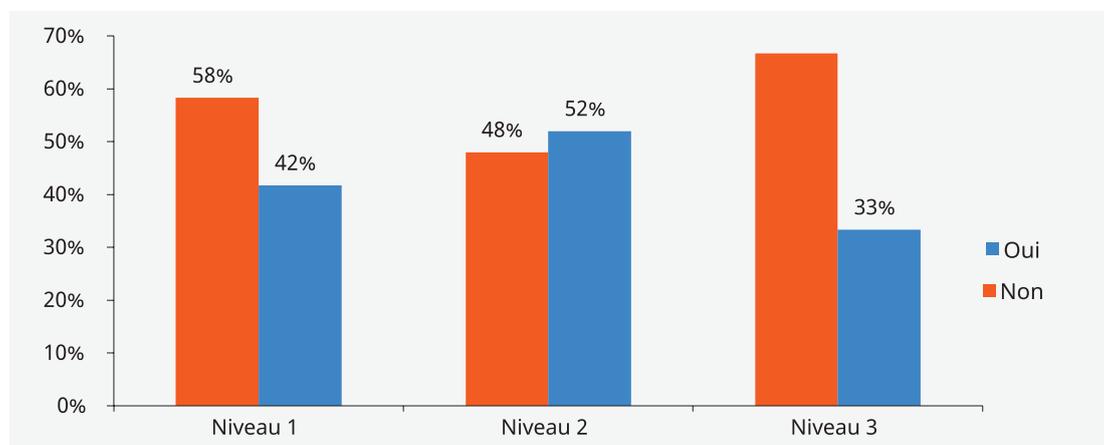


Figure 91 : Existence de normes pour la réalisation des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins en fonction de la pyramide sanitaire

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

Au niveau national

Vu la particularité des EPS en tant que milieu de vie et lieu par excellence de soins, il convient de rappeler l'importance des services EHA dans l'amélioration des prestations de soins. 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.

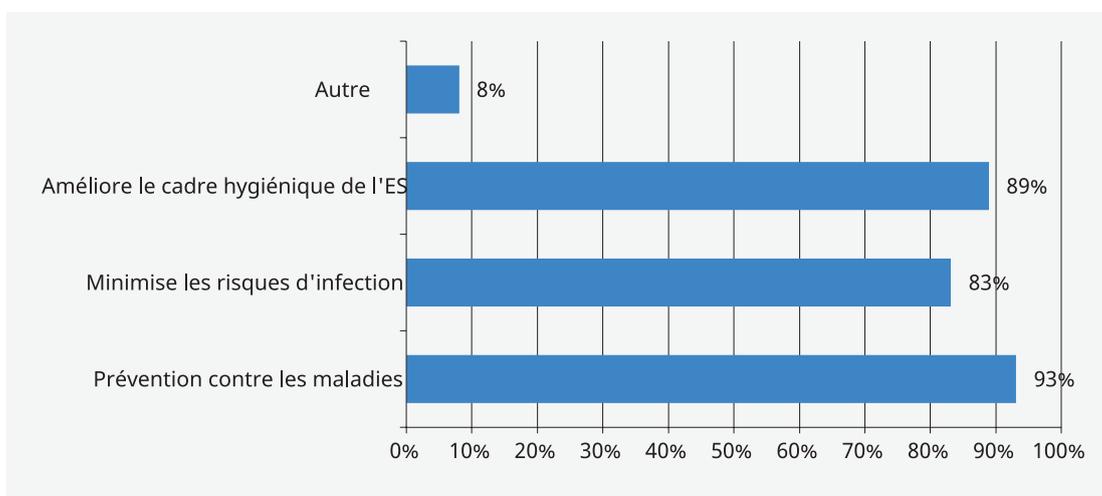


Figure 92 : Importance des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins au niveau national

A cette question, l'enquête a révélé que les infrastructures EHA étaient d'une grande importance. Dans plus de 80 % des EPS visités (Figure 90). Ces infrastructures EHA contribueraient à 93 % à la prévention des maladies et à 89 % à l'amélioration du cadre de vie des EPS.

Au niveau de la pyramide sanitaire

Tenant compte des différents niveaux de la pyramide sanitaire, les observations sont identiques. Les proportions des EPS reconnaissant l'importance des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement oscillent entre 83 % et 100 % (Figure 91).

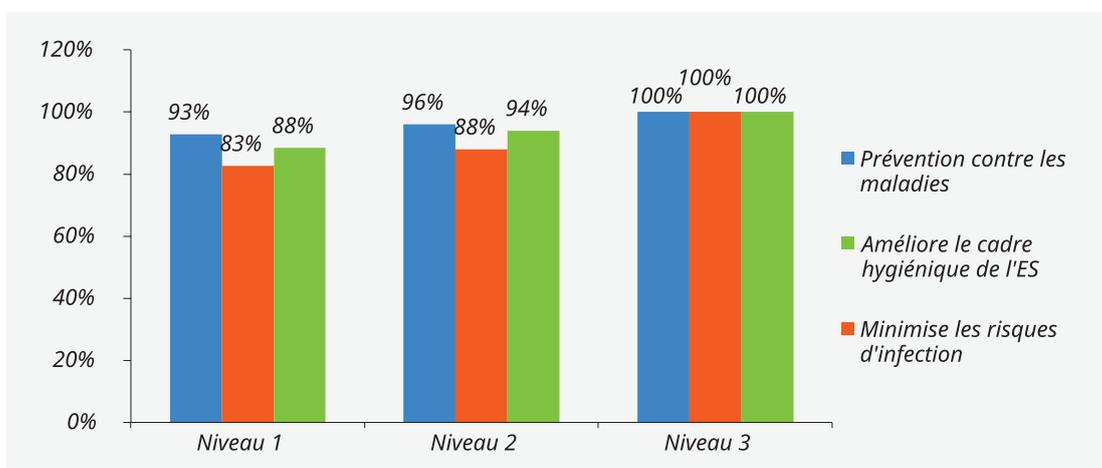


Figure 93 : Importance des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins en fonction de la pyramide sanitaire



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

Au niveau national

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.

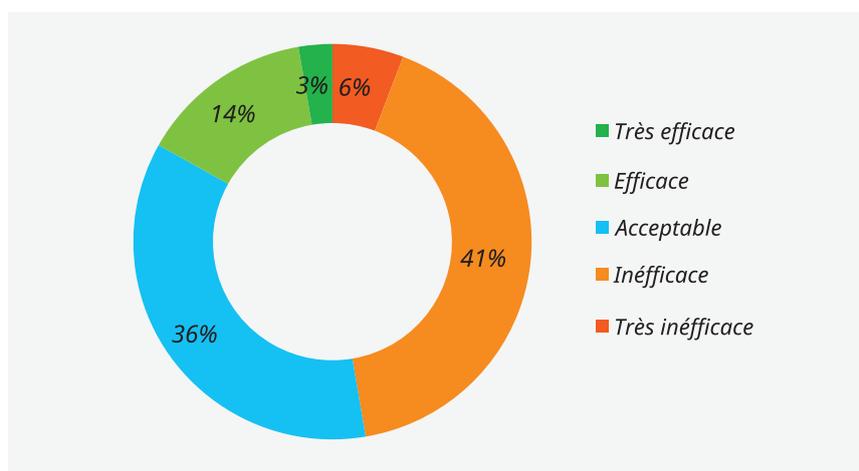


Figure 94 : Efficacité des services EHA dans les établissements publics de soins au niveau national

L'enquête a montré que les responsables d'EPS ne sont pas satisfaits des infrastructures EHA mis à la disposition des patients, des accompagnateurs et du personnel. En effet, on note que plus de 40 % des responsables d'EPS jugent inefficaces leurs infrastructures EHA. Seulement 36 % les trouvent acceptables (Figure 92).

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

Au niveau de la pyramide sanitaire

L'analyse en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire montre que plus de deux-tiers (2/3) des responsables d'EPS de niveau 2 jugent les infrastructures EHA globalement efficaces. Par contre les responsables d'EPS de niveau 1 et 3, les jugent inefficaces : les taux respectifs sont de 49 % et 66% (Figure 95).

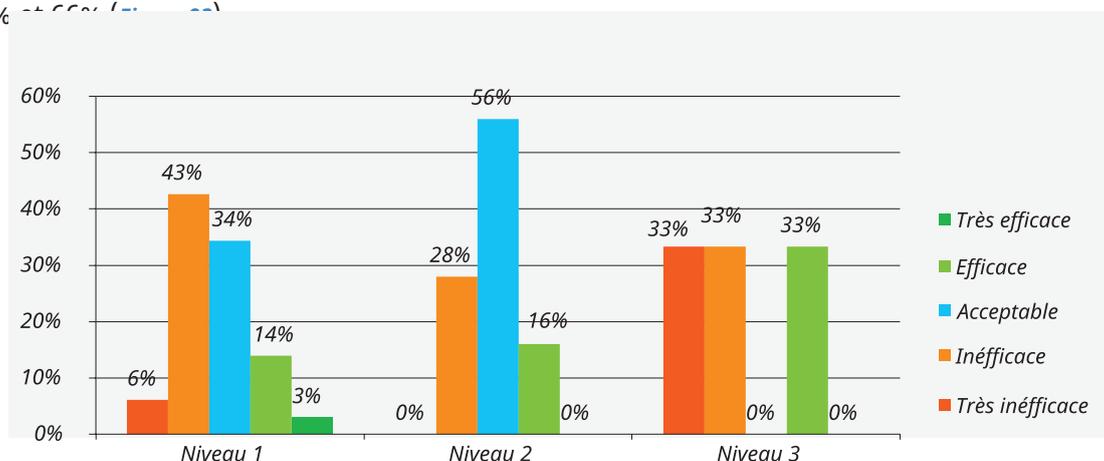


Figure 95 : Efficacité des services EHA dans les établissements publics de soins au niveau national en fonction de la pyramide sanitaire

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

Au niveau national

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...). La question a été posée aux responsables d'EPS.

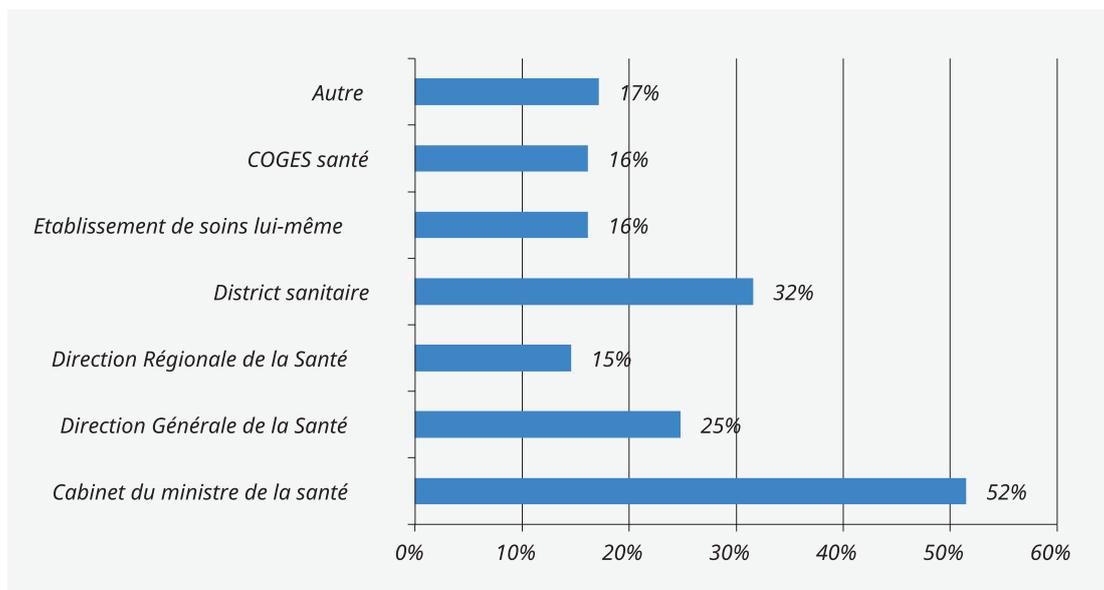


Figure 96 : Responsabilité du financement des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins au niveau national

L'enquête a révélé que, selon les responsables d'EPS, la responsabilité du financement des infrastructures EHA devrait revenir en premier lieu au cabinet du Ministère en charge de la santé (52 %), puis en second lieu aux Districts sanitaires (32 %) et vient en troisième position la Direction Générale de la Santé (28 %). Les responsables d'EPS ont également cité les établissements de soins (16 %), le COGES Santé (16 %), la Direction Régionale de la Santé (15 %) ...

Au niveau de la pyramide sanitaire

On note une disparité au niveau de la pyramide sanitaire. Ainsi, les responsables d'EPS de niveau 3 estiment que le financement des infrastructures EHA doit se faire par « l'établissement de soin lui-même ». Quant aux responsables d'EPS de niveau 2, ils préfèrent que le financement des infrastructures EHA soit assuré par le Cabinet du ministre de la Santé (66%) et par l'établissement de soins lui-même (34%). S'agissant du niveau 1, la préférence varie entre le cabinet du ministère de la santé (51%), le District sanitaire (33%) et la Direction Générale de la Santé (25%). Les financements des EHA à partir des COGES santé récoltent 17 % d'avis favorable pour les responsables d'EPS de niveau 1 contre 10 % pour les responsables d'EPS de niveau 2.

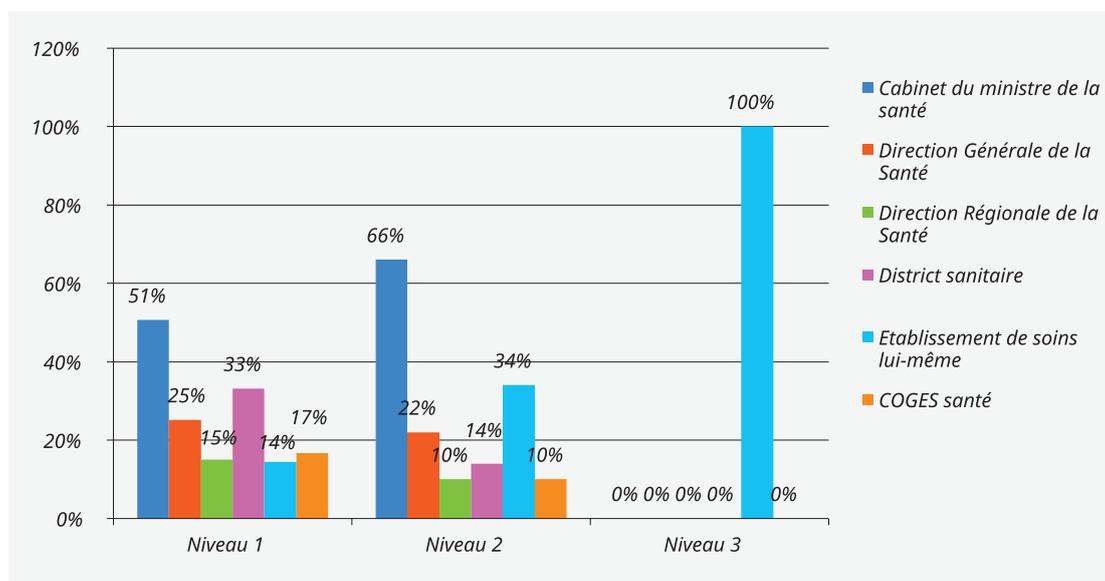


Figure 97 : Responsabilité du financement des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins suivant la pyramide sanitaire

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

Au niveau national

Le financement des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement (EHA) est une question cruciale si l'on veut accroître la qualité des prestations sanitaires. Il a été demandé aux responsables d'EPS leur avis quant à savoir le mécanisme qu'il jugeait approprié pour financer les infrastructures EHA. A cette question, les réponses suivantes ont été récoltées.

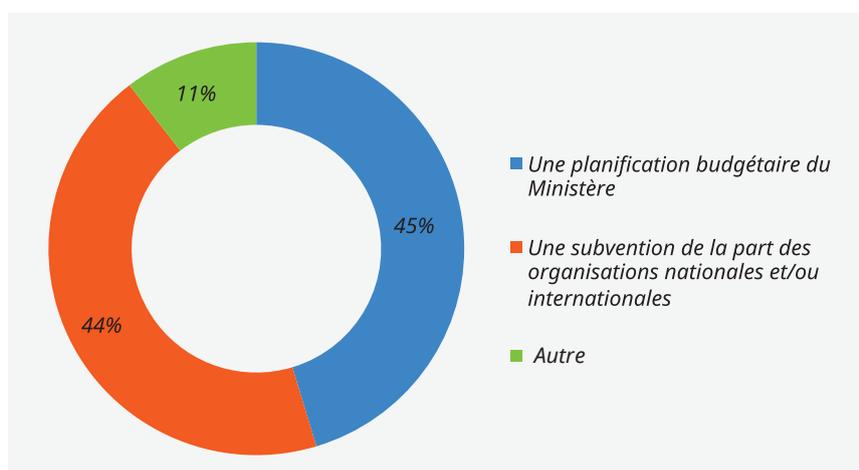


Figure 98 : Mécanismes de financement idéals pour les infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement au niveau national

L'enquête révèle que les avis des responsables d'EPS se sont départagés entre « une planification budgétaire du Ministère » (45 %) et « une subvention de la part des organisations nationales et/ou internationales » (44 %).

Au niveau de la pyramide sanitaire

Eclatée par niveau de la pyramide sanitaire, l'enquête révèle que les responsables d'EPS de niveau 2 et 3 ont quasiment les mêmes avis. En effet, plus de 60 % des responsable d'EPS de niveau 2 et

3 se prononcent pour une planification budgétaire du Ministère en charge de la santé contre 33 % pour les subventions issues des organisations nationales et/ou internationales (Figure 97). Quant aux responsables d'EPS de niveau 1, les avis sont à 45 % en faveur de la planification budgétaire du Ministère en charge de la santé et de 45 % pour les subventions issues des organisations nationales et/ou internationales.

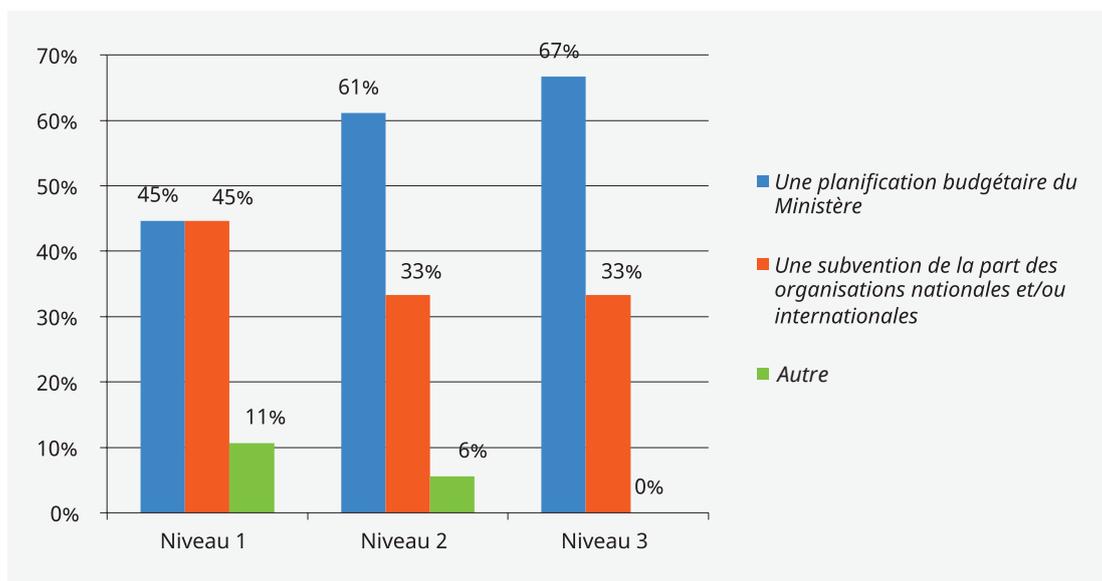


Figure 99 : Mécanismes de financement idéals pour les infrastructures EHA dans les établissements publics de soins en fonction de la pyramide sanitaire

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 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 cinq (05) aspects importants à prendre en compte en vue d'une meilleure gestion et utilisation des latrines dans les EPS (Figure 98). 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 ;
- l'appui matériel et financier du Ministère en charge de la santé ou 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.

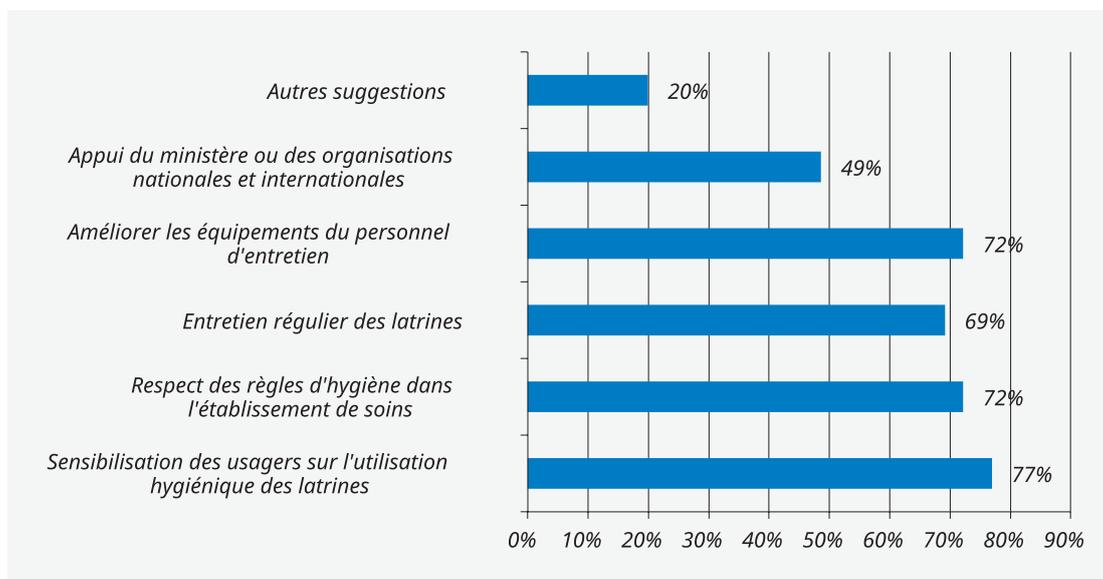


Figure 100 : Suggestions du personnel de soins au niveau national pour une meilleure utilisation des latrines dans les établissements publics de soins

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 quatre (04) propositions majeures (Figure 99) pour une utilisation optimale, à savoir par ordre de priorité :

- la sensibilisation des usagers sur les bonnes pratiques d'hygiène ;
- l'équipement des bâtiments en DLM fonctionnels ;
- la pose de consignes d'hygiène et de lavage des mains à l'entrée des bâtiments ;
- l'appui matériel et financier du Ministère en charge de la santé ou des organisations nationales et internationales.

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.

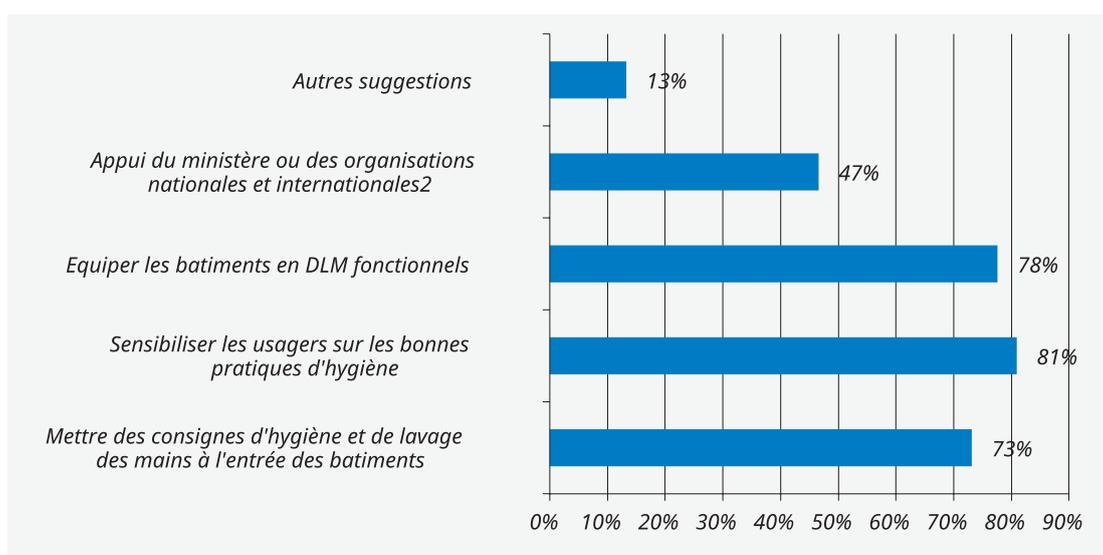


Figure 101 : Suggestions du personnel de soins au niveau national pour une utilisation optimale des dispositifs de lavage des mains dans les établissements publics de soins

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 (*Figure 100*) :

- la construction d'ouvrages de stockage de l'eau pour la continuité du service en cas de coupure 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.

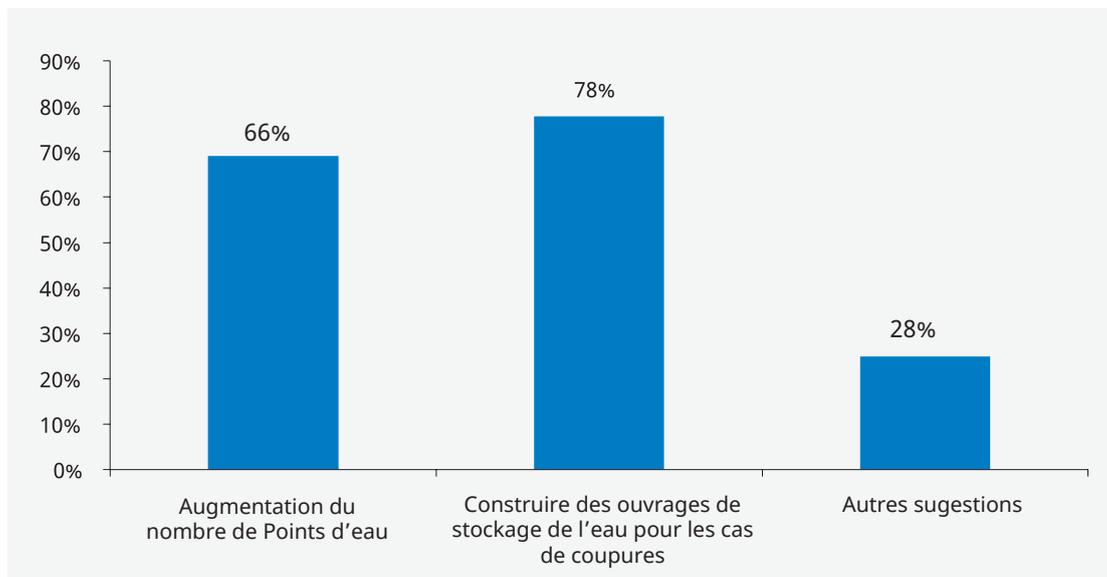


Figure 102 : Suggestions du personnel de santé au niveau national pour une gestion améliorée des sources d'approvisionnement en eau dans les établissements publics de soins

Comme dans le cas de l'usage des latrines, l'ensemble de ces propositions formulées 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, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU)

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 accompagnateurs 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, boîtes de sécurité, ...).
- Mettre aux normes les équipements de traitements existants (incinérateurs, fosses à placenta, fosses à brûlage, ...).

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

L'analyse situationnelle de l'accès à l'Eau, à l'Hygiène et à l'Assainissement (EHA) dans les établissements publics de soins (EPS) de la Côte d'Ivoire a révélé qu'une bonne proportion d'établissements ne disposent pas de services de base pour l'eau, l'assainissement, l'hygiène notamment le lavage des mains et la gestion des déchets sanitaires.

Sur l'ensemble du territoire national, seuls 40 % des EPS disposent de services de base d'approvisionnement en eau. Pour ce qui concerne l'accès à l'assainissement, aucun établissement public de soins n'est pourvu de services de base. En matière d'hygiène, 11 % des EPS ne disposent d'aucun service d'hygiène. Relativement à la gestion des déchets sanitaires, seuls 14 % des établissements publics de soins disposent de services de base.

Des disparités sont observées entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Seuls 36 % des EPS du niveau 1 disposent de services de base d'approvisionnement en eau contre 92 % pour le niveau 2. L'intégralité des EPS du niveau tertiaire disposent de services de base d'approvisionnement en eau. Concernant l'assainissement, il est ressorti que seuls 43 % des EPS du niveau primaire sont pourvus de services limités comparativement au niveau secondaire où environ 90 % des établissements en disposent. Quant à la gestion des déchets sanitaires, seuls 14 % des EPS disposent de services de base pour le niveau 1 contre 16 % des EPS du niveau 2. La totalité des EPS du niveau tertiaire (100 %) disposent de services de base de gestion des déchets sanitaires.

Par ailleurs, quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire, diverses difficultés sont rencontrées pour veiller à la fonctionnalité et à la propreté des infrastructures EHA au sein des établissements publics de soins. Ces difficultés relèvent de l'insuffisance de matériels et de produits d'entretien, du manque de personnel d'entretien, des pratiques non hygiéniques des usagers et de l'insuffisance de moyens financiers. Aussi, l'ensemble des EPS sont-ils confrontés à l'insuffisance des points d'eau en leur sein, aux fréquentes ruptures de service d'approvisionnement en eau et à la mauvaise utilisation des installations.

Des défis demeurent notamment le problème d'adéquation des latrines existantes, vue qu'elles ne conviennent pas toujours aux attentes et pratiques des usagers. En vue donc d'améliorer et/ou de promouvoir des installations sanitaires adaptées, le choix des responsables d'établissement public de soins s'est penché vers le système autonome d'assainissement, ces derniers trouvant les toilettes à chasse d'eau manuelle (TCM) raccordées à une fosse septique plus appropriées. Dans l'ensemble des établissements publics de soins (EPS) visités, il est ressorti dans la majorité des cas que les responsables des EPS n'ont aucune connaissance de l'existence ou pas de normes spécifiques pour la réalisation des infrastructures EHA dans les EPS en Côte d'Ivoire.

Pour le financement des infrastructures EHA dans les établissements publics de soins, la responsabilité du financement devra revenir en premier lieu au Cabinet du Ministère en charge de la santé, puis en second lieu aux Districts sanitaires et en troisième lieu à la Direction Générale de la Santé. Cependant, les EPS du niveau 3 de la pyramide sanitaire estiment que le financement des infrastructures EHA doit se faire exclusivement par l'établissement de soin lui-même. Quant aux EPS des niveaux 1 ou 2, plus de la moitié des responsables préfèrent que le financement des infrastructures EHA soit assuré par le Cabinet du ministère en charge de la santé. 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 des 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.

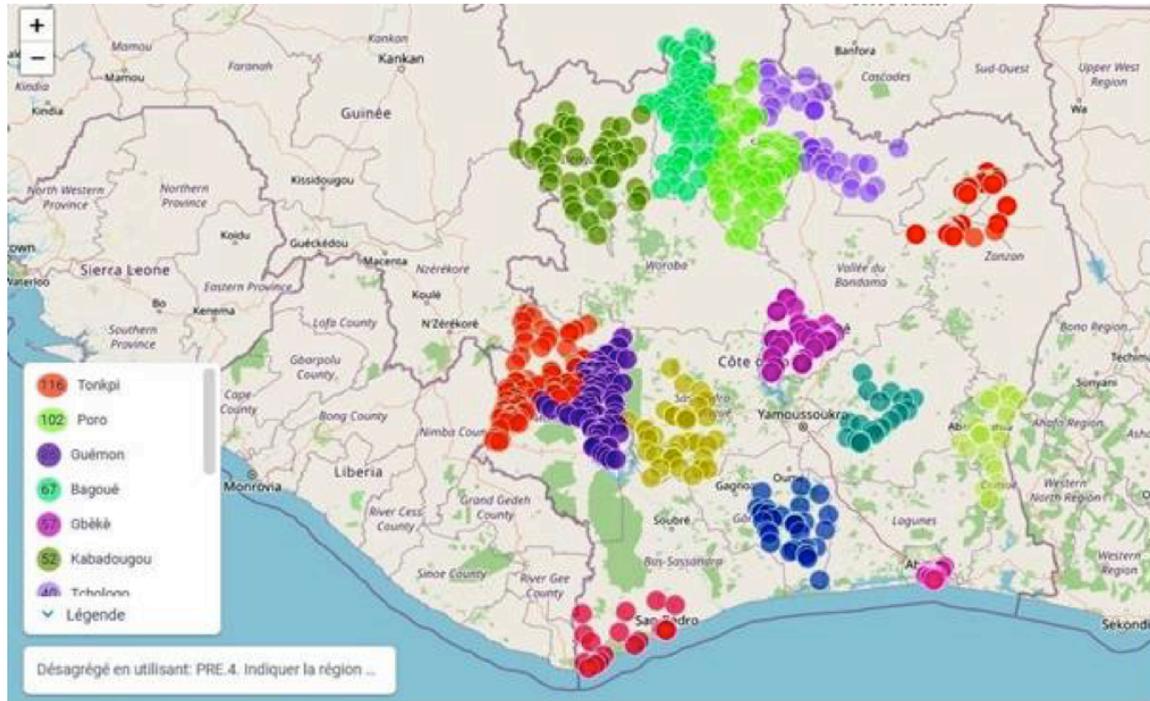
Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires (PNGDS), 2016-2020.

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

ANNEXE

ANNEXE 1 :

Carte de distribution spatiale des établissements publics de soins visités à l'échelle nationale



Carte de distribution spatiale des établissements publics de soins visités sur toute l'étendue du territoire national



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 43 - 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 rEPsponsible 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 rEPsponsible 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 APPROPRIÉES 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 responsable de son entretien ?	3. Le responsable 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 rEPsensible de leur entretien ?	30. Le rEPsensible 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 rEPsensible de sa ou leur gestion ?	57. Le rEPsensible 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 rEPsables ; 18. Non-rEPsables 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 rEPsables ; 42. Non-rEPsables 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 rEPsables ; 66. Non-rEPsables 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' éviter 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 rEPsponsible 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. 2 fois/semaine 118. 3 fois/semaine 119. Toujours 120. Autre (précisez)		



SECTION 3 : SUGGESTIONS				
N°	Questions	Modalités	Réponses	Saut
Q 301	Quelles suggestions pour une meilleure gestion des latrines ?	<ol style="list-style-type: none"> 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 ?	<ol style="list-style-type: none"> 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 ?	<ol style="list-style-type: none"> 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 ?	<ol style="list-style-type: none"> 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 ?	<ol style="list-style-type: none"> 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**



Diagnostic à l'échelle nationale

Juillet 2021