



EUROPEAN COMMISSION
DIRECTORATE-GENERAL FOR HUMANITARIAN AID
Regional Support Office for East and Southern Africa (Nairobi)

RAPPORT DE MISSION

Sujet : Mission d'évaluation de la qualité des ouvrages d'Eau, Assainissement et Hygiène (EAH) mis en œuvre par IRC (Programme de Renforcement des Systèmes de Santé, PRSS, ECHO/-WF/BUD/2019/91089).

Auteur: Damien BLANC (*WASH Expert, Bureau Régional d'Afrique de l'Ouest, Dakar*)

Date: Du 17 au 22 décembre 2016



Latrine de l'Etablissement de Santé de Premier Contact (ESPC) de Gbatongoin (District sanitaire de Man, Région des Montagnes)

Organisations rencontrées:

IRC

FALCY Louis, Directeur Côte d'Ivoire, rencontré le 21 décembre dans les bureaux d'IRC à Abidjan, courriel : louis.falcy@rescue.org; Téléphone : +225 46 01 63 62.

ASSA Jean-Louis Dr, Coordinateur Soins de Santé, qui nous a accompagné lors des déplacements dans les districts sanitaires de Man et Danané du 19 au 20 décembre ; courriel : jeanlouis.assa@rescue.org; Téléphone : +225 46 00 78 11.

AGNERO Claude, Coordinateur Terrain Man, qui nous a accompagné lors des déplacements dans les districts sanitaires de Man et Danané du 19 au 20 décembre ; courriel : claud.agnero@rescue.org; Téléphone : +225 46 01 63 59.

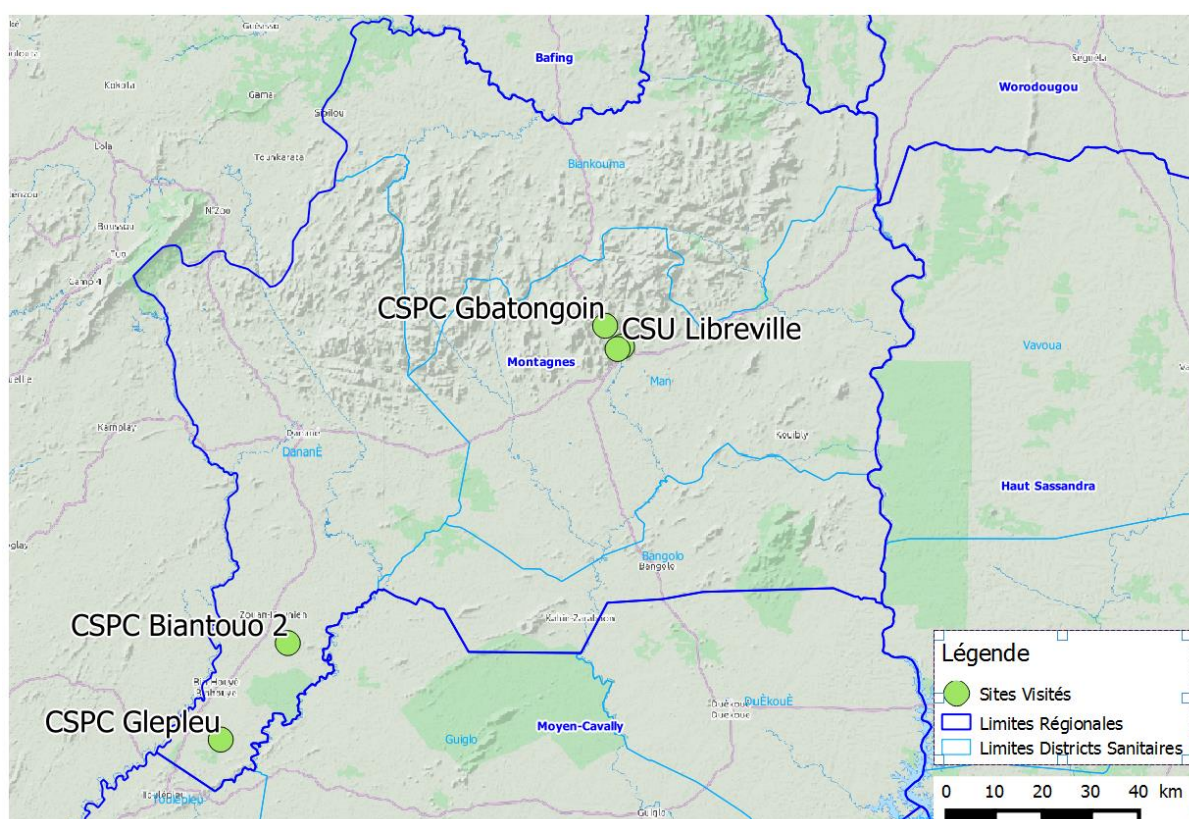
AMANI Marcelin, Chargé de Travaux Construction/Réhabilitation, qui nous a accompagné lors des déplacements dans les districts sanitaires de Man et Danané du 19 au 20 décembre ; courriel : marcelin.amani@rescue.org; Téléphone : +225 45 76 95 40/ 09 00 68 68.

District Sanitaire de Man/ Service d'Action Sanitaire

COULIBALY Djenebou, Technicienne Supérieure de Santé, rencontrée le 20 décembre dans les bureaux d'IRC à Man, courriel : wagnidanhan@yahoo.fr; Téléphone : +225 05 94 07 60/59 94 66 09.

N'GUESSAN Raphaël Dr, Chef de Service Action Sanitaire rencontré le 20 décembre dans les bureaux d'IRC à Man, courriel : docraphnguessan@yahoo.fr; Téléphone : +225 08 55 93 42/ 02 85 14 23.

Sites visités



Sites Visités : CSU de Grand Gbapleu & Libreville (Man), ESPC¹ de Glépleu, Biantou 2 et Gbatongoin, Région des Montagnes, Côte d'Ivoire

¹ Etablissement de Santé de Premier Contact

Résumé

La présente mission fait suite aux réserves faites par l'Expert Régional Santé du Bureau Régional de Dakar en mai et novembre 2016 relatives à la qualité des ouvrages d'Eau, Assainissement et Hygiène (EAH) mis en œuvre par IRC dans le cadre de son programme de renforcement des structures de santé se terminant fin mars 2017 (PRSS, référence ECHO/-WF/BUD/2015/91089). Un expert EAH d'IRC a été dépêché sur place fin novembre afin de mettre en place les recommandations émises par l'Expert Santé. La mission de l'expert EAH du Bureau Régional de Dakar faisant l'objet du présent rapport visait à analyser si les mesures correctrices mises en œuvre par IRC permettaient d'offrir des services EAH de qualité satisfaisante aux usagers de ces structures médicales.

Les corrections mise en œuvre suite à la visite de l'expert d'IRC ont permis d'améliorer les services EAH notamment en matière de la gestion des déchets. Les prestations d'IRC sont dans l'ensemble satisfaisantes bien qu'une meilleure expertise aurait pu optimiser le coût de certains ouvrages (postes de lavage des mains), leur implantation (proximité des points d'eau vis-à-vis des latrines), et les choix techniques envisagés (réplication plutôt que réhabilitation des fosses à placenta ou de latrines).

La qualité des ouvrage est bien meilleure que celle d'ouvrages similaires mis en place par des partenaires d'ECHO en d'autres lieux (stratégie WASH'NUT dans les pays sahéliens par exemple²). Cette plus-value semble toutefois tenir plus du niveau de compétence plus élevé des prestataires ivoiriens qu'à un encadrement et un transfert de capacité assurés par IRC.

De 2012 (programmes PTT) à 2017 (programmes PRSS), IRC aura pu intervenir sur 44 des 138 structures de santé existantes dans la zone ciblée. Les interventions visant à renforcer les services EAH ne représentaient que deux activités parmi les dix-neuf du dernier PRSS mis en œuvre par IRC. Si l'on peut regretter le manque de stratégie vis-à-vis du renforcement des services EAH des centres de santé, on ne peut que constater le peu de visibilité accordé aux enjeux inhérents à ce renforcement. Le niveau d'implication du partenaire dans leurs suivis est en accord avec cette pondération.

D'ici la fin du projet, un certain nombre de mesures pourraient néanmoins être mises en place afin d'optimiser la qualité des services existants. Elles portent notamment sur :

- ↳ La réalisation d'un état des lieux des services EAH des structures couvertes par le projet pour qualifier et quantifier les besoins restant à couvrir afin de disposer d'un outil de plaidoyer documenté et programmatique ;
- ↳ Suivre la qualité de l'eau au niveau des forages comme au niveau des centres notamment par la chloration de l'eau destinée à la consommation humaine ;
- ↳ Renforcer l'accès aux latrines par le retrait des cadenas existant sur les portes de celles fonctionnelles et de petites interventions mineures sur certaines considérées comme non fonctionnelles ;
- ↳ Renforcer la sensibilisation au tri et au traitement des déchets médicaux afin de sécuriser les progrès observés et disposer des affiches de sensibilisations aux pratiques hygiéniques adaptées au contexte local dans tous les services des structures ; et
- ↳ Documenter les coûts constitutifs du prix de revient du mètre cube d'eau prélevé dans les forages mis en œuvre par IRC afin de guider les comités de gestion dans la pérennisation des structures dont ils ont la charge. Un inventaire des services, prestataires et filière d'approvisionnement accessibles dans la région et au niveau national pourrait compléter cet appui.

² Voir présentation WASH'NUT faite pendant le séminaire régional B2-B3 à Naivasha, Kenya en juin 2016.

TABLE DES MATIERES

1	Contexte.....	1
1.1	Appui au système de santé en Côte d'Ivoire	1
1.2	Suivi de l'action ECHO/-WF/BUD/2015/91089 mise en œuvre par IRC (PRSS 2) ...	1
2	Observation & Commentaires	1
2.1	Ciblage des interventions EAH.....	1
2.2	Qualité des services mis en œuvre par IRC	2
2.2.1	L'accès à l'eau potable.....	2
2.2.2	Accès à l'assainissement	4
2.2.3	Accès à l'hygiène	5
2.2.4	Tri des déchets médicaux	6
2.3	Pérennité des services EAH mis en place	7
2.3.1	Appui institutionnel	7
2.3.2	Gestion communautaire	7
2.4	Synthèse	8
3	Recommandations de l'expert	8
3.1	Recommandations générales.....	8
3.1.1	Approche stratégique en matière de renforcement des services EAH dans les structures médicales	8
3.1.2	Ciblage des interventions	8
3.1.3	L'accès à l'eau potable.....	9
3.1.4	Accès à l'assainissement	10
3.1.5	Accès à l'hygiène	10
3.1.6	Tri des déchets médicaux	10
3.1.7	Pérennité des services	10
3.2	Recommandations opérationnelles	11
4	Cohérence avec les politiques sectorielles	12

1 Contexte

1.1 Appui au système de santé en Côte d'Ivoire

A partir de 2012, la DG-ECHO, au travers de financements propres et de revenus externes (FED, AFD) a soutenu quatre partenaires (IRC, MdM, TdH et la Croix Rouge Française) dans la mise en œuvre d'actions visant à soutenir les services de santé en Côte d'Ivoire. Ces actions se sont articulées autour de trois programmes :

- ✦ Le partenariat pour la transition (PPT, 2012 à 2014) ;
- ✦ La prévention contre les épidémies d'Ebola (2014 à 2015) ; et
- ✦ Les projets de renforcement des systèmes de santé (PRSS, 2014 à 2017).

Les actions étaient financées à 100% par ECHO et couvraient Grand Abidjan (TdH) et le sud-ouest du pays (IRC, MdM et CRF). De 2012 à 2017, ce sont près de 28 millions d'euros³ qui ont été consacrés au renforcement des services de santé de base, à la fois au niveau structurel (PTT et PRSS) et institutionnel (Ebola & PRSS).

1.2 Suivi de l'action ECHO-WF/BUD/2015/91089 mise en œuvre par IRC (« PRSS 2 »)

L'action d'IRC (ECHO-WF/BUD/2015/91089, 1 253 968 €, de janvier 2016 à mars 2017) couvre 138 structures de santé (initialement 133) et prévoit la mise en place de services d'eau d'assainissement et d'hygiène dans 5 structures de santé et la réhabilitation fonctionnelle de ces mêmes services dans 8 autres centres (activités 2 et 4 du résultat 3). L'action prévoit également la sensibilisation du personnel du centre et des autorités de tutelles vis-à-vis des enjeux inhérents à la gestion de ces services EAH.

Dans le cadre des visites de suivis des projets financés par la DG-ECHO, les réserves émises quant à la qualité des ouvrages d'eau, d'hygiène et d'assainissement mis en œuvre par IRC dans le rapport de mission de mai 2016 de l'Expert Santé du Bureau Régional d'ECHO de Dakar a fait l'objet d'une lettre d'observations par la cheffe d'Unité envoyée à IRC en juillet 2016 les adjoignant à mettre en place les mesures correctrices dans le temps restant de l'action.

Une seconde visite de suivi par l'expert Santé en novembre 2016 a relevé l'absence ou le peu de progrès dans l'amélioration de la qualité de mise en œuvre des infrastructures EAH, et suggéré une expertise spécifique par l'Expert EAH du Bureau Régional.

Fin novembre 2016, un expert d'IRC a été dépêché sur place afin de mettre en place une série de mesure visant à améliorer les services.

Les termes de références de la mission visaient à analyser la qualité des infrastructures EAH mises en œuvre par IRC dans le cadre de ce projet. Cette revue incluait une attention spécifique sur la sureté des équipements quant à leur utilisation par les personnels et usagers des centres appuyés. La mission s'est déroulée du 17 au 22 novembre et a permis de visiter cinq structures appuyées au cours des différentes actions mise en œuvre par IRC⁴.

2 Observations & Commentaires

2.1 Ciblage des interventions EAH

Si l'ensemble de la zone couverte par IRC comprenait 138 structures de santé⁵, la sélection des sites s'est faite sur la base d'une présélection de 30 centres faite par la direction régionale⁶. Chacun des trente sites ont fait l'objet d'un diagnostic de la part d'IRC pour n'en retenir que deux par district (trois pour le district de Facobly).

Ainsi la priorisation des interventions ne s'est pas faite sur l'ensemble des 138 structures

³ Voir Annexe 1 pour plus de détails.

⁴ Glépleu et Biantouo 2 sous PRSS 1, Libreville et Grand Gbapleu sous PTT et Gbantongouin sous PRSS 2)

⁵ Initialement 133, d'autres structures ont été intégrées en cours de projet suite, entre autres, à des redécoupages administratifs des districts sanitaires.

⁶ A raison de 5 centres pour chacun des districts sanitaires (Danané, Man, Zouan Hounien, Bangolo, Facobly et Biankouma.

mais sur une sélection de 30 sites. Les besoins des autres sites restent à capitaliser ou documenter.

2.2 Qualité des services mis en œuvre par IRC

Le principe des interventions reposait sur la sécurisation de l'accès à l'eau potable, l'accès à des latrines, le tri sélectif et le traitement des déchets contaminés par incinération et la promotion de messages hygiéniques.

District Sanitaire	Sous Préfecture	ESPC	Latrine avec lavage des mains	Fosse à Placenta & à Brulage	Point d'eau
Man	Logouale	Gongouiné			
		Glolouale			
		Gbantogouin			
Biankouma	Biankouma	Gouessesso			
	Gbangbegouiné	Gbangbegouiné			
	Santa	Santa			
Danané	Mahapleu	Fiempleu			
Danané	Danané	Bantéapleu			
Zouan Hounien	Zouan Hounien	Krozialé			
		Guiamapleu			
Bangolo	Bangolo	Dah			
		Zérégbo			
		Totrodou			
	Ginglo Tahouake	Guinglo Guezon			

Localisation des ESPC et type d'infrastructures EAH ciblés dans le cadre du PRSS en cours.

2.2.1 L'accès à l'eau potable

2.2.1.1 RESSOURCE

Celui-ci s'est notamment traduit en milieu rural par la mise en place de forages équipés de pompes à main Vergnet. Sur les trois sites visités, deux forages ont été mis en œuvre dans le cadre du 1^{er} PRSS (en 2015, ESPC de Glépleu et Biantouo 2) et du PRSS en cours (Gbantongouin).

Les pompes sont des pompes Vergnet HPV 60-2000 et ont un débit supérieur à 1m³/h si le niveau dynamique reste au-dessus de 40 mètres de profondeur ce qui semble garanti sur un des trois sites visités (Gbantongouin). Cela reste à clarifier sur les deux autres.

Les essais de débits n'ont été faits qu'en phase de développement du forage. Les ouvrages n'ont pas fait l'objet de mesure de leurs débits spécifiques (débit maximal que l'on peut extraire avant épuisement du forage).

La proximité des latrines est inférieure à trente mètres sur un des trois centres visités (Gbantongouin) et expose le point d'eau à des risques de contamination (le niveau statique de l'aquifère étant par ailleurs assez proche de la surface⁷).

Outre ces inquiétudes quant à la pérennité de la ressource en eau (quantité et qualité), les ouvrages de surface ont été réalisés de façon satisfaisante en premier abord. Aucune malfaçon évidente n'a été constatée, et les structures ne présentent pas d'usure accélérée après plus d'une année d'exploitation pour certaines d'entre elles.



Pompe vergnet de Gbantongouin installée en juin 2016

Les deux autres structures visitées (Libreville et Grand Gbapleu) sont des Centres de Santé Urbains (CSU) raccordés au réseau de la ville (SODECI). Si la qualité de l'eau mesurée lors de la visite est satisfaisante (chlore résiduel libre présent, turbidité faible < 5 NTU et pH relativement basique entre 7.5 et 8.5), les structures sont affectées pas les coupures d'eau dont la fréquence varient selon leur emplacement. Le CSU de Grand Gbapleu a été obligé

⁷ 15.2m au moment du forage en juin 2016.

de chercher de l'eau dans le voisinage à deux reprises en 2016 suite à des coupures du réseau de 2 à 3 jours.



Puits non protégé de Grand Gbapleu (gauche) et Libreville (droite)

Alternative au réseau de la SODECI dans les Centres de Santé Urbains (CSU) de Libreville et Grand Gbapleu. Ce sont des puits non protégés de faible profondeur 10-20 mètres exposés à la contamination en surface et par infiltration en raison de la proximité de latrine. Cette eau est impropre à la consommation et ne peut faire l'objet d'alternative au réseau SODECI lorsque celui-ci tombe en panne.

2.2.1.2 STOCKAGE ET DISTRIBUTION

La mise en place de point d'eau manuel (en milieu rural) implique le transport de l'eau depuis la source vers le centre et son stockage in situ. Cette corvée d'eau est rendue nécessaire par le peu de garantie qu'offrirait la mise en place de système motorisé compte tenu de l'isolement des centres et du peu d'expérience des communautés dans la gestion de tels équipements.

Les volumes d'eau quotidiens nécessaires varient d'un centre à l'autre et la plupart d'entre eux n'a pas la capacité de stocker les quantités minimales attendues dans la journée. Les centres limitent par conséquent leur consommation d'eau.

ESPC visités	Consultation quotidienne en période de pic	Nombre d'accouchement par mois	Consommation d'eau nécessaire par jour	Capacité stockage centre
Glépleu	50	16	520 l	95 l
Biantouo 2	30	10*	170 l	195 l
Gbantongouin	20	4	110 l	100 l
Libreville (CSU)	200	100	1200 l	0 l
Grand Gbapleu (CSU)	30	80	290 l	80 l

* : Estimation

Volume d'eau nécessaire par centre de santé et capacité de stockage dans les centres

Il existe par ailleurs des citernes de grandes capacités (un mètre cube) dans certains ESPC mis en place par d'autres ONGs (ACF à Glépleu, COOPI à Biantouo 2). Ces dernières ne sont pas exploitées ou raccordées au réseau quand c'est possible (CSU de Libreville). Elles ne peuvent être utilisées sans quelques réparations mineures.

Enfin, l'eau stockée destinée à la boisson n'est pas toujours stockée dans des conditions hermétiques et ne fait l'objet d'aucune chloration qui sécuriserait sa consommation.



Les moyens de stockage de l'eau potable restent sommaire et n'offre ni la quantité ni la qualité nécessaire à sa consommation (ci-dessus à droite, l'eau de consommation dans l'ESPC de Glépleu) quand des équipements plus adaptés préexistaient (photo de droite : container de 1 m³ mis en place par COOPI aujourd'hui non fonctionnel dans l'ESPC de Biantouo 2)



En milieu urbain les mêmes lacunes existent avec des solutions soit insuffisantes (photo de gauche : réservoir de contingence de 80 litres à Grand Gbapleu) soit non fonctionnelles (photo de droite, container de 1 m³ non raccordé au reste du CSU de Libreville).

2.2.2 Accès à l'assainissement

Les latrines observées dans les structures de santé visitées sont constituées d'un sol en céramique et, selon les sites, de toilettes turques ou dotée de siège. Les ouvrages ne présentent pas en soit de défauts notables et leur état de propreté est jugé satisfaisant.

La plupart des sites présentaient d'anciennes structures mis en place par d'autres intervenants souvent condamnées (Glépleu, Biantouo 2, Libreville, Grand Gbapleu).

Si la qualité des ouvrages est bonne, le nombre de latrine est en général insuffisant, et parmi celles-ci, un nombre non négligeable n'est pas accessible aux usagers du centre car verrouillées par un cadenas⁸ (ce sont les latrines habituellement destinées au personnel du centre).

ESPC visités	Consultation quotidienne en période de pic	Nombre de latrines			
		nécessaires ⁹	Existantes	fonctionnelles*	accessibles
Glépleu	50	4	4	2	1
Biantouo 2	30	3	4	2	0
Gbantongouin	20	3	3	2	2
Libreville (CSU)	200	11	15	9	50% observations
Grand Gbapleu (CSU)	30	3	7	3	2

* Sont exclues du compte les latrines des services de maternité et les latrines condamnées pour diverses raisons.

Couverture et accessibilité des latrines dans les centres de santé visités

⁸ Selon l'OMS, pour être considérée comme accessible, une latrine ne doit pas être verrouillée, même si la clef est en théorie disponible auprès des personnels des centres de santé.

⁹ 1 latrine /20 personnes séparée par genre plus une latrine dédiées au personnel du centre.

2.2.3 Accès à l'hygiène

Tous les postes de lavage des mains situés à l'entrée des structures de santé visitées étaient fonctionnels avec de l'eau et du savon.

Vis-à-vis des postes de lavage des mains à proximité des latrines récemment construites, les structures consistent en un réservoir maçonné doté d'une à deux ouvertures selon les structures, la première dotée d'un robinet et raccordée à un container d'eau situé dans le réservoir, la seconde servant de drainage des eaux de pluies du réservoir.

Le choix technique d'un tel ouvrage est surprenant d'autant qu'il existe des solutions plus facile à mettre en œuvre et à gérer telles que celles mises en place à l'entrée par les institutions dans certains de ces mêmes centres.

Vu d'ensemble d'un bloc latrine avec lavage des main (à Gauche, ESPC de Zoneu, photo IRC) et détails ci-dessous dans l'IESC de Glépleu avec le robinet de lavage des mains d'un côté (photo de gauche ci-dessous), la trappe d'accès au réservoir (photos du milieu) et le drainage des eaux de pluie de l'autre côté de l'ouvrage (photo de droite).

Les ouvrages semblent vieillir rapidement même s'ils restent fonctionnels (Centre de Zoneu : photo d'inauguration, Centre de Glépleu : 18 mois après inauguration).

Toutefois des solutions plus simples et moins coûteuses existaient néanmoins telles que celles mise en place à l'entrée des ESPC (photos pages suivantes a Gbépleu et Biantouo 2)



Vis-à-vis des postes de lavage des mains à proximité des latrines : si tous les postes de lavage des mains mis en place par IRC étaient fonctionnels (présence d'eau et de savon), les autres n'étaient pas systématiquement dotés de savon (ces derniers étaient absents des postes de lavage des mains des latrines de la maternité de Grand Gbapleu et de Libreville).

Les messages de sensibilisation à l'hygiène consistaient en une affiche qui n'était systématiquement présente dans toutes les structures et focalisée seulement sur la façon

dont il fallait se laver les mains.

L'affiche était essentiellement destinée au personnel médical : les photos présentaient une personne se lavant les mains avec un robinet d'eau courante et du savon liquide. Aucun de ces équipements n'étant généralement disponible dans les familles en milieu rural où l'eau courante n'est pas accessible.

Aucun message rappelant les moments clefs du lavage des mains n'était affiché dans les centres visités.

Ci-dessous : solution alternative et moins coûteuse pour un lavage des mains plus efficace (arrivée d'eau contrôlée avec le pied). Structures présentes dans les ESPC de Gbépleu et Biantouo 2



Ci-dessous : Seule affiche aperçu à l'entrée de certaines des structures visitées (Glépleu et Gbantongoin). Message destinés avant tout au personnel médical et inadapté aux pratiques locales.



2.2.4 Tri des déchets médicaux

Toutes les structures de santé visitées disposaient d'une filière séparée de traitement des déchets distinguant les déchets administratifs (paperasserie), des déchets médicaux non contaminés (emballages de médicaments, flacons) et des déchets médicaux contaminés (aiguilles et consommables souillés).

Si l'état de propreté des différentes poubelles et la pose toute récente des autocollants suggéraient un dispositif mis en place peu de temps avant la visite, les pratiques observées démontraient néanmoins une pratique maîtrisée du tri sélectif.

Les structures observées (incinérateurs type Montfort, fosse à placenta, fosse à déchets) étaient d'une propreté remarquable hormis sur un site (Grand Gbapleu) où des déchets médicaux non contaminés étaient observable sur le chemin d'accès au site d'incinération.



Équipement de tri sélectif à la parade dans l'ESPC de Glépleu

Chacun des sites était doté d'une ou plusieurs fosses à placenta, d'une ou plusieurs fosses à déchets et d'un incinérateur hormis le site de Gbantongouin qui ne dispose que d'un brûleur, insuffisant pour brûler les déchets médicaux contaminés mais utilisé malgré tout pour ce faire. La stratégie initiale de transporter les déchets médicaux de cet ESPC vers les CSU de Man (situé à 10 kilomètres) s'est révélée peu pertinente. Bien que l'incinération de déchets médicaux contaminés avec un brûleur présente un risque sanitaire non négligeable, il est

toutefois probable qu'il soit moindre que les aléas qui auraient jalonnés le transport de ces mêmes déchets vers la ville de Man.



Incinérateur de Biantouo 2 et ancienne fosse à placenta et déchets mis en place par COOPI (arrière plan).

La qualité des ouvrages est satisfaisante et aucune malfaçon n'a été observée. L'étanchéité de certaines fosses à placenta mériterait toutefois d'être renforcée et certaines pièces de maintenance (trappe d'accès aux résidus d'incinération) montrent une usure prématurée.

2.3 Pérennité des services EAH mis en place

2.3.1 *Appui institutionnel*

Les besoins en services EAH des structures de santé de la Région des Montagnes restent peu documentés au niveau institutionnel pour des raisons institutionnelles et financières :

- ✎ **Institutionnelles** : le financement d'infrastructures d'EAH ne peut apparaître sur le budget de fonctionnement du Ministère de la Santé. Seules des opportunités d'appui, portées par des bailleurs de fonds et des partenaires externes de mise en œuvre peuvent éventuellement couvrir ces besoins et s'inscrire dans le plan d'action du district sanitaire. En l'absence d'approche programmatique de la part de l'institution de tutelle, il est par conséquent peu aisé de financer à la fois les études nécessaires à l'inventaire des besoins et les travaux qu'ils impliqueraient.
- ✎ **Financières** : Dégager des ressources des services de santé eux-mêmes est particulièrement difficile d'une part parce que les structures de santé disposent d'un budget de fonctionnement qui n'est financé qu'à 70%, et, d'autre part, parce que ces budgets ne sont pas comparables aux coûts d'investissement nécessaires à la mise en place de service de base (le budget d'un ESPC rural est de 2 à 3 MFCFA quand un forage équipé de pompe à main coûte 7 à 8 MFCFA).

Le maintien et le développement des services EAH dans les structures de santé ne peut par conséquent pas être garantie par l'institution de tutelle qui n'a intégrée ni les postes ni les dépenses afférentes dans ses lignes budgétaires.

2.3.2 *Gestion communautaire*

Si les services mis en place sont fonctionnels, ils ne garantissent néanmoins ni une couverture totale des besoins (nombre de latrine et capacité de stockage d'eau insuffisants) ni une certaine pérennité à moyen terme.

Les points d'eau sont en théorie gérée par des comités de gestion qui doivent collecter une cotisation soit mensuelle, soit au volume prélevé, pour assurer la gestion et la réparation d'éventuelles pannes. Ce dispositif de cotisation, lorsqu'il existe, ne repose toutefois sur aucun plan de gestion et de maintenance des infrastructures : le coût des réparations, la fréquence de renouvellement des pièces d'usure et in fine, de la structure elle-même (changement de la pompe, développement du forage) ne sont pas connus par ces comités. Il

leur est par conséquent difficile de savoir si la cotisation qu'ils ont mise en place sera en mesure de garantir la pérennité du service.

S'il existe par ailleurs d'autres points d'eau dans les villages visités qui ont fait l'objet de réparation gérées par les comités de gestion eux-mêmes, les délais entre la panne et le rétablissement du service peuvent s'étendre sur plusieurs mois (Gantongouin).

Le même problème de pérennité se pose pour les latrines. Le nombre de latrines condamnées observées lors des visites souligne l'absence de solution une fois leurs fosses septiques remplies. Il en va de même pour les fosses à placenta. La seule alternative mise en œuvre consiste à construire de nouveaux équipements nécessitant des coûts qui sont hors de portée des budgets des structures de santé. Ces coûts ne sont par ailleurs pas intégrés dans les budgets des comités de gestion.

Si l'intervention d'IRC a permis de doter en services EAH les centres visés, leur continuité ne perdurera pas au-delà de la durée de vie des pièces d'usure et équipements qui les composent.

2.4 Synthèse

La visite de l'expert d'IRC fin novembre a permis de corriger un certain nombre de manquements observés précédemment, notamment dans la gestion des déchets des établissements.

Les prestations d'IRC sont dans l'ensemble satisfaisantes bien qu'une meilleure expertise aurait pu optimiser le coût de certains ouvrages (postes de lavage des mains), leur implantation (proximité des points d'eau vis-à-vis des latrines), et les choix techniques envisagés (réplication plutôt que réhabilitation des fosses à placenta ou de latrines).

La qualité des ouvrages est bien meilleure que celle d'ouvrages similaires mis en place par des partenaires d'ECHO en d'autres lieux (stratégie WASH'NUT dans les pays sahéliens par exemple¹⁰). Toutefois, cette plus-value semble relever plutôt du niveau de compétence des prestataires ivoiriens qu'à un encadrement et un transfert de capacité assurés par IRC.

De 2012 (programmes PTT) à 2017 (programmes PRSS), IRC aura pu intervenir sur 44 des 138 structures de santé existantes dans la zone ciblée. Les interventions visant à renforcer les services EAH ne représentaient que deux activités parmi les dix-neuf du dernier PRSS mis en œuvre par IRC. Si l'on peut regretter le manque de stratégie vis-à-vis du renforcement des services EAH des centres de santé, on ne peut que constater le peu de visibilité accordé aux enjeux inhérents à ce renforcement. Le niveau d'implication du partenaire dans leurs suivis est en accord avec cette pondération.

3 Recommandations de l'expert

3.1 Recommandations générales

3.1.1 Approche stratégique en matière de renforcement des services EAH dans les structures médicales

Une des conclusions que l'on peut tirer de ce type de stratégie pluri annuelle visant à renforcer les structures médicales est que les services EAH dépassent souvent le cadre institutionnel pour lesquels ils sont mis en œuvre (les ministères de la santé) et relèvent d'autres institutions et cadres législatifs (ici ceux des ministères de l'Hydraulique, de l'Assainissement et du Drainage). Le renforcement de ces services implique un nombre d'intervenants (Comités de Gestion Villageois en milieu rural, SODECI en milieu urbain, chaîne d'approvisionnement Vergnet, fournisseurs hydrauliques) qui ne peut s'inscrire à la marge de projets médicaux sous formes d'une ou deux activités mais doivent constituer des résultats en soit, ne serait-ce que pour refléter les enjeux qu'il porte et mettre en place les stratégies pluriannuelles qu'il implique.

3.1.2 Ciblage des interventions

Le ciblage effectué par IRC ne repose pas sur un diagnostic de l'ensemble des structures

¹⁰ Voir présentation WASH'NUT faite pendant le séminaire régional B2-B3 à Naivasha, Kenya en juin 2016.

médicales de la zone couverte par l'approche.

Il serait souhaitable qu'un tel diagnostic soit fait afin de qualifier et quantifier l'ensemble des interventions nécessaires pour chacun des centres de la zone couverte. Cela permettrait d'optimiser des interventions futures en pondérant la couverture qu'elles offriraient et les coûts qu'elles nécessiteraient. Ce diagnostic ne devrait pas se limiter aux seuls services existants dans la structure médicale mais également ceux accessible à proximité.

Si en pratique, il est nécessaire qu'un tel diagnostic soit fait en début de projet, il peut-être néanmoins réalisé à la fin de ce dernier afin de constituer un outil de plaidoyer dans la recherche de financement. Compte tenu de la démission de l'institution de tutelle (voir §2.3.1), un tel diagnostic permettrait d'orienter des financements externes au niveau national et de piloter ceux mis en place au niveau local.

3.1.3 L'accès à l'eau potable

3.1.3.1 RESSOURCE

Vis-à-vis de la pérennité de la ressource, il serait souhaitable que soient mis en œuvre la mesure de débit spécifique pour chacun des ouvrages mis en œuvre. Ce sont toutefois des opérations nécessitant des équipements (pompes, régulateurs, réservoirs de stockage), du personnel qualifié pour suivre la descente la stabilisation et la remontée du niveau dynamique pour trois débits pré identifiés (le 1^{er} étant 1 m³/h, les autres dépendant du comportement du forage pour le 1^{er}) et du temps (deux jours in situ). Cette opération permettra également d'évaluer la qualité du forage (perte de charge quadratique autour du forage).

3.1.3.2 QUALITE

Vis à vis de la qualité de l'eau, il aurait été préférable de s'assurer a priori que la distance entre les points d'eau et les latrines respecte les standards SPHERE (30 mètres minimum, fosse située au moins 1.5 mètres au-dessus de la nappe phréatique).

Il conviendra de s'assurer par un suivi régulier (mensuel) de la qualité bactériologique (absence de contamination fécale) de l'eau des forages, en particulier ceux dont les ouvrages sont situés trop à proximité des latrines. Idéalement ce suivi devrait s'étendre sur une année afin de suivre la dynamique des flux polluants selon l'évolution saisonnière du niveau de la nappe phréatique.

Si une telle contamination viendrait à apparaître, il sera alors nécessaire de désinfecter les fosses et de condamner les latrines si elles sont responsable de la pollution, puis de suivre l'évolution de la qualité bactérienne de l'eau prélevée dans le forage une fois celui-ci désinfecté.

3.1.3.3 STOCKAGE ET DISTRIBUTION

Il est souhaitable que les différentes structures de santé disposent d'une capacité de stockage d'eau équivalente à un jour de consommation d'eau en période de pointe (premier trimestre de l'année) en intégrant les besoins pour les consultations (5 l/p/j), les accouchements (50 l/p/j) et les consultations prénatales (5l/p/j) si celles-ci sont réalisées dans les maternités.

Ces dispositifs devraient être présents dans tous les sites (ESPC et CSU) et situés en hauteur afin d'alimenter le réseau de distribution des centres là où le centre est desservi par la SODECI (essentiellement pour les CSI). Il serait souhaitable d'évaluer l'opportunité de réhabiliter les équipements déjà présents sur place lorsque cela est possible (container de 1m³).

Il est également nécessaire de s'assurer que l'eau stockée présente un chlore résiduel libre d'au moins 0.5 mg/l au niveau des points de distribution (robinets) et une turbidité inférieur à 5 NTU. Le dosage en chlore devra être augmenté là où le pH excède 8. Ce dosage pourra être réalisé avec de l'eau de javel. Les services techniques des structures devront être à même de réaliser ces dosages (formations nécessaires) et de mesurer les paramètres de contrôle avec des outils adéquats (spectromètres « pool tester », turbidimètres « NTU tubes » et consommables de mesure « DPD n°1, Phenol Red »).

3.1.4 Accès à l'assainissement

La couverture en latrine est en général insuffisante. Il serait souhaitable d'envisager des opérations de réhabilitation lorsque celles-ci n'impliquent que des réparations mineures (isolement du réseau électrique, vidange des fosses, travaux de menuiserie).

Il serait par ailleurs souhaitable que, compte tenu de la faible couverture existante, de s'assurer que l'ensemble des latrines soit accessible aux usagers et que cet accès ne soit pas verrouillé par des cadenas. La présence de cadenas peut constituer un frein à leur usage et in fine, exercer une pression trop forte sur celles laissées ouvertes.

3.1.5 Accès à l'hygiène

L'ensemble des latrines devrait être équipé de postes de lavage des mains fonctionnels (avec eau et savon) et non pas seules celles situées à l'entrée ou mises en place par le partenaire.

Ces postes devraient comprendre un container d'au moins 20 litres équipé d'un robinet là où le réseau ne fonctionne ou n'existe pas complété par un savon ou une solution chlorée à 0.5 %.

Les messages d'hygiène ne sont par ailleurs pas suffisamment présents et ceux disposés inadaptés aux pratiques locales. Il serait souhaitable que des affiches rappelant les moments clés de lavage des mains et la façon de le faire avec des moyens locaux (avec un pain de savon et un récipient à anse) soient placées à l'entrée et dans chacun des services de la structure de santé.

3.1.6 Tri des déchets médicaux

Vis à vis des structures de traitement il serait souhaitable que les trappes d'accès et d'étanchéité des différents ouvrages soient correctement verrouillées et à terme remplacées par des dispositifs plus fonctionnels (notamment au niveau de certains incinérateurs dont les trappes en béton ou mortier sont fragiles et lourdes à manipuler).

Il serait souhaitable que le brûleur de l'ESPC de Gbantongouin soit remplacé à terme par un incinérateur afin d'éviter une combustion incomplète des déchets médicaux contaminés ou un transport aléatoire de ces derniers vers les CSU de Man.

Enfin, il ne serait pas inutile que des sessions de rappel soient faites sur l'ensemble des sites afin de renforcer les pratiques relatives au tri et aux traitements des déchets.

3.1.7 Pérennité des services

Au terme du projet, il serait souhaitable qu'une évaluation dans les trois mois qui suivent la fin du projet soit réalisée pour évaluer le niveau de mise en œuvre des pratiques enseignées, leur conformité avec les protocoles souhaités et les capacités du personnel à les poursuivre au-delà de l'appui du partenaire.

Plus spécifiquement pour la maintenance, la réparation et le renouvellement des structures EAH mises en place, il serait souhaitable que les coûts afférents soient intégrés à ceux liés à l'accès à l'eau potable et indexés au prix de vente de l'eau (au mètre cube ou sous forme de cotisation mensuelle).

Cela implique une revue de l'ensemble des coûts afférents à l'entretien et l'exploitation des ouvrages, leur réparation (remplacement de pièce détachées, prestations techniques) et in fine leur renouvellement ou leur réhabilitation. Ces coûts doivent être calculés sur l'ensemble de la durée de vie de l'ouvrage et indexé sur le volume d'eau vendu aux communautés pendant cette durée. Les comités de gestion devront être informés des différents éléments constitutifs du prix de revente de leur eau afin d'être en mesure de gérer leur budget, et de provisionner les montants nécessaires aux opérations coûteuses à venir.

Enfin il serait souhaitable d'appuyer ces comités en leur présentant les différents prestataires et filière d'approvisionnement accessibles ainsi que les délais d'intervention qu'ils occasionnent afin d'anticiper et de limiter au mieux ces derniers (par l'achat anticipé de pièces détachées, le provisionnement des coûts et la facilitation de paiement).

3.2 Recommandations opérationnelles

Une partie des recommandations présentées en §3.1 ne saurait être mise en œuvre d'ici la fin du projet en cours fin mars 2017. S'il serait souhaitable qu'à terme l'ensemble de ces recommandations soit appliqué, il reste néanmoins possible d'initier ou de réaliser les suivantes :

Etat des lieux des services EAH : dans les structures de santé : Il serait souhaitable qu'IRC capitalise et complète dans la mesure du possible les interventions nécessaires à l'accès aux services EAH dans les structures de santé qu'elles couvrent. Cet état des lieux constituerait un outil de plaidoyer pour la poursuite de l'appui aux systèmes de santé au-delà de l'action d'IRC en présentant à la fois les besoins, les interventions et les financements nécessaires pour y répondre. Cet état des lieux pourrait faire partie d'une évaluation de l'ensemble de l'action et pourrait, si considérée comme telle¹¹, s'étendre au-delà de la durée du projet jusqu'à la rédaction du rapport final.

Suivi de la qualité de l'eau dans les centres de santé : Il serait souhaitable qu'un suivi de la teneur en coliformes fécaux de l'eau des forages mis en œuvre dans le cadre de cette action soit mis en place de façon mensuelle jusqu'à la fin du projet afin de s'assurer de l'absence de source de contamination (liée par exemple à la présence de latrine à proximité). Si une telle contamination venait à être détectée des mesures correctrices (identification et éradication de la source de pollution et désinfection des ouvrages) devront être mises en œuvre. Si ces mesures s'avéraient inefficaces, la fermeture du point d'eau ou l'interdiction de sa consommation devra être envisagée.

Des formations des personnels techniques à la chloration et à son suivi devront être promues afin de garantir un stockage sécurisé de l'eau de boisson. Ces formations devront inclure les protocoles de dosage en chlore (à partir par exemple d'eau de javel) et de suivi avec des outils (spectromètres « pool tester », turbidimètres « NTU tubes » et consommables de mesure « DPD n°1, Phenol Red ») à pourvoir également. La valorisation de certains dispositifs de stockage déjà présents dans certaines structures pourrait également être envisagée.

Amélioration de l'accès aux latrines : Il serait souhaitable que le personnel médical veille à maintenir l'accès à l'ensemble des latrines fonctionnelles des centres de santé afin d'augmenter la couverture sanitaire des établissements. Cela implique le retrait des cadenas des portes des latrines, voire de réaliser des réparations mineures sur certaines considérées non fonctionnelles.

Tri des déchets médicaux : Comptes tenus des lacunes observées lors de précédentes visites et de leurs récentes corrections, des sessions de rappel aux raisons et modalités de tri et de traitement des déchets dans les structures médicales seraient souhaitables en fin de projet.

Hygiène : Il serait souhaitable que des affiches rappelant les moments clés de lavage des mains et la façon de le faire avec des moyens locaux (avec un pain de savon et un récipient à anse) soient placées à l'entrée et dans chacun des services de la structure de santé.

Cette campagne d'affichage devrait être complétée par des sessions de sensibilisation sur la nécessité de maintenir des postes de lavages des mains au sortir de l'ensemble des latrines présentes dans les structures médicales.

Pérennité des services EAH : vis-à-vis des pratiques sanitaires du personnel de santé, il serait souhaitable qu'une évaluation du niveau de mise en œuvre des pratiques enseignées soit réalisée dans les trois mois suivant la fin du projet.

Il serait également souhaitable qu'IRC puisse présenter aux comités de gestion des points d'eau l'ensemble des coûts de maintenance, la réparation et le renouvellement des structures EAH mises en place constitutif du prix de revient d'un mètre cube d'eau afin que les enjeux financiers soient mieux appréhendés par ces derniers. Cette analyse pourrait être complétée par un inventaire des services, prestataires et filière d'approvisionnement accessibles dans la région et au niveau national.

¹¹ Article 8.1 des conditions générales applicables à l'aide humanitaire financée par l'Union Européenne

4 Cohérence avec les politiques sectorielles

La présente action d'IRC (référence ECHO/-WF/BUD/2015/91089) s'inscrit dans une série de cinq financées par la DG-ECHO de 2012 à 2017 avec le même partenaire et portant sur la même problématique : le renforcement des structures médicales dans la Région des Montagnes, Côte d'Ivoire.

Cette problématique incluait le renforcement des services EAH. Ce renforcement était inscrit dans un nombre limité d'activités (deux sur les dix-neuf pour l'action suscitée) et n'apparaissait pas ainsi comme une problématique essentielle de la stratégie portant ces actions. Cela s'est traduit par des activités restreintes aux services attendus des structures de santé. Or, les services EAH dépassent souvent le cadre institutionnel pour lesquels ils sont mis en œuvre (les ministères de la santé) et relèvent d'autres institutions et cadres législatifs (ici ceux des ministères de l'Hydraulique, de l'Assainissement et du Drainage).

Le renforcement de ces services d'eau et d'assainissement impliquent un nombre d'intervenants (Comités de Gestion Villageois en milieu rural, SODECI en milieu urbain, chaîne d'approvisionnement Vergnet, fournisseurs hydrauliques) qui ne peut s'inscrire à la marge de projets médicaux sous forme d'une ou deux activités mais doit constituer un résultat en soit, ne serait-ce que pour refléter les enjeux qu'il porte et mettre en place les stratégies pluriannuelles qu'il implique.

En l'absence de stratégie pour le volet EAH, la pérennité des ouvrages mis en œuvre n'est pas garantie et leur continuité risque de ne pas dépasser la première intervention majeure nécessaire à son maintien.

Ce cas de figure est assez fréquent chaque fois que des infrastructures EAH sont mise en œuvre en tant que secteur d'accompagnement. C'est notamment le cas pour la plupart de celles mise en œuvre dans le cadre de programmes WASH'NUT.

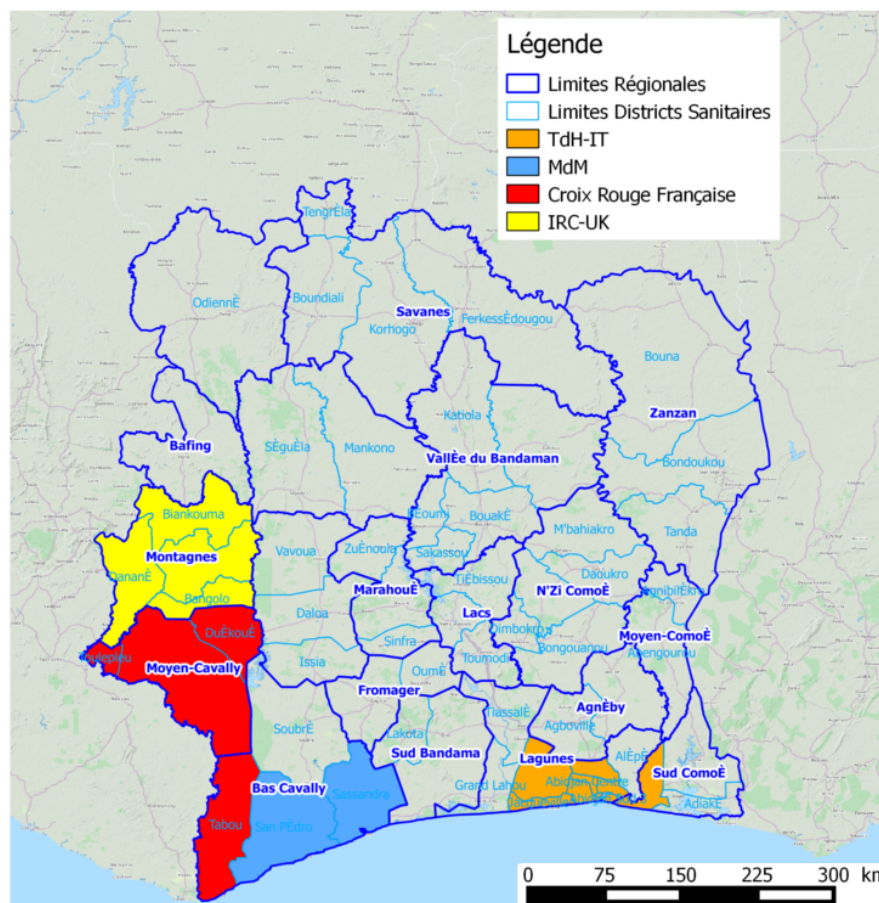
Enfin, en l'absence de résultat dédié, les ressources allouées au suivi de la mise en œuvre des infrastructures EAH sont minimales et la qualité de mise en œuvre des ouvrages ne repose que sur les compétences des sous-traitants qui sont chargés de leur réalisation. La valeur ajoutée du partenaire se limite à la visibilité accordée au secteur : elle est avant tout administrative (passation de marché) et non technique (spécifications techniques, implantation des ouvrages et suivi de chantier). Le risque que la qualité des ouvrages ne soit pas garantie par le partenaire n'est alors pas négligeable.

Annexe 1 : Tableau de bord des partenaires et actions d'ECHO pour les programmes « Partenaire pour la Transition » (PTT), Ebola et « Projet de Renforcement des Systèmes de Santé » (PRSS) de 2012 à 2017

<u>Commentaires attendus</u>

Aucun

Annexe 1 : Tableau de bord des partenaires et actions d'ECHO pour les programmes « Partenaire pour la Transition » (PTT), Ebola et « Projet de Renforcement des Systèmes de Santé » (PRSS) de 2012 à 2017



ONGs	N° Contrat	Type de Programme	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Montant
IRC	ECHO/CIV/EDF/2012/01003	PTT							1 500 000 €
	ECHO/CIV/EDF/2012/01009	PTT							850 000 €
	ECHO/-WF/BUD/2013/92012	PTT							530 000 €
	ECHO/CIV/BUD/2014/91000	Ebola							750 248 €
	ECHO/CIV/BUD/2014/91004	PRSS							3 050 706 €
	ECHO/-WF/BUD/2015/91089	PRSS							1 253 968 €
TOTAL IRC									7 934 922 €
MDM	ECHO/CIV/EDF/2012/01001	PTT							1 100 000 €
	ECHO/-WF/BUD/2013/92014	PTT							382 910 €
	ECHO/CIV/BUD/2014/91002	PTT							3 403 357 €
	ECHO/CIV/BUD/2014/91010	Ebola							614 000 €
	ECHO/-WF/BUD/2015/91090	PRSS							1 290 500 €
TOTAL MdM									6 790 767 €
CRF	ECHO/CIV/EDF/2012/01002	PTT							1 272 733 €
	ECHO/CIV/EDF/2012/01008	PTT							849 465 €
	ECHO/-WF/BUD/2013/92016	PTT							574 981 €
	ECHO/CIV/BUD/2014/91009	Ebola							630 000 €
	ECHO/CIV/BUD/2014/91003	PRSS							2 945 229 €
	ECHO/-WF/BUD/2015/91092	PRSS							827 000 €
TOTAL CRF									7 099 408 €
TdH	ECHO/CIV/EDF/2012/01004	PTT							1 155 609 €
	ECHO/-WF/BUD/2013/92013	PTT							430 295 €
	ECHO/CIV/BUD/2014/91011	Ebola							454 635 €
	ECHO/CIV/BUD/2014/91001	PRSS							2 954 378 €
	ECHO/-WF/BUD/2015/91091	PRSS							1 091 003 €
TOTAL TdH									6 085 920 €
Total Tous Partenaires									27 911 017 €

Localisation des sites d'intervention et actions soutenues par ECHO par partenaire

