



STRATÉGIE NATIONALE DE PROMOTION DE L'HYGIÈNE

ÉDITION 2019





SIGLES ET ABREVIATIONS

AFD	: Agence Française de Développement
ANASUR	: Agence Nationale de la Salubrité Urbaine
ASC	: Agents de Santé Communautaire
ATPC	: Assainissement Total Piloté par la Communauté
CAB	: Cabinet
CAFOP	: Centre d'Animation et de Formation Pédagogique
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CCSC	: Communication pour le Changement Social et Comportemental
CLH	: Comité Local d'Hygiène
CNC-CGPE	: Cellule Nationale de Coordination des Comités de Gestion des Points d'eau
CNPS	: Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
DAD	: Direction de l'Assainissement et du Drainage
DAL	: Défécation à l'Air Libre
DAOA	: Denrées Animales et d'Origines Animales
DHPSE	: Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé-Environnement
DGD	: Direction Générale des Douanes
DGDDL	: Direction Générale de la Décentralisation et du Développement Local
DGI	: Direction Générale des Impôts
DGSU	: Direction Générale de la Salubrité Urbaine
DISVD	: Direction des Infrastructures de Salubrité et de Valorisation des Déchets
DMH	: Direction de la Médecine Hospitalière
DOSULN	: Direction des Opérations de Salubrité Urbaine et de la Lutte contre les Nuisances
DPSUQCV	: Direction de la Promotion de la Salubrité Urbaine et de la Qualité du Cadre de Vie
DSMA	: Déchets Solides Ménagers et Assimilés
DVS	: Direction de la Vie Scolaire
DSST	: Direction de la Santé et Sécurité au Travail
EDS-MICS	: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
EHA	: Eau Hygiène Assainissement
ENS	: École Normale Supérieure
ERP	: Établissements Recevant du Public
ESPC	: Établissement Sanitaire de Premier Contact
FFPSU	: Fonds de Financement des Programme de Salubrité Urbaine
FNAD	: Fonds National de l'Assainissement et du Drainage
GAR	: Gestion Axée sur les Résultats
HU	: Hydraulique Urbaine
HV	: Hydraulique Villageoise

HVA	: Hydraulique Villageoise Améliorée
INFAS	: Institut National de Formation des Agents de Santé
INHP	: Institut National d'Hygiène Publique
INS	: Institut National de la Statistique
INSP	: Institut National de Santé Publique
IRA	: Infections Respiratoires Aigues
JMP	: Joint Monitoring Program
MCC	: Millenium Challenge Corporation
MIE	: Ministère des Infrastructures Economiques
MINEDD	: Ministère de l'Environnement et du Développement Durable
MEN	: Ministère de l'Education Nationale
MESRS	: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MIRAH	: Ministère des Ressources Animales et Halieutiques
MSUA	: Ministère de la Salubrité Urbaine et de l'Assainissement
MVE	: Maladie à Virus Ebola
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONAD	: Office National de l'Assainissement et du Drainage
ONEP	: Office National de l'Eau Potable
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PADEHA	: Programme d'appui à l'accélération de l'Accès Durable à l'Eau, l'Hygiène et à l'Assainissement
PAPH	: Plan d'Action de Promotion de l'Hygiène
PIB	: Produit Intérieur Brut
PDPH	: Plans Départementaux de Promotion de l'Hygiène
PNHV	: Programme National d'Hydraulique Villageoise
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNGDM	: Plan National de Gestion des Déchets Médicaux
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTG	: Programme de Travail Gouvernemental
PRPH	: Plan Régional de Promotion de l'Hygiène
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSE	: Responsabilité Sociétale de l'Entreprise
SNPH	: Stratégie Nationale de Promotion de l'Hygiène
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SODECI	: Société de Distribution d'Eau de Côte d'Ivoire
TEOM	: Taxe d'Enlèvement des Ordures Ménagères

TIC	: Technologies de l'Information et de la Communication
TNS	: Taux Net de Scolarisation
TSCP	: Taxe Spéciale sur Certains produits en matière Plastique
TSPE	: Taxe de Salubrité et de Protection de l'Environnement
TVHA	: Taxe Voirie, Hygiène Assainissement
UEMOA	: Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAD	: Visites à Domicile

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS	3
TABLE DES MATIÈRES	6
LISTE DES TABLEAUX	9
LISTE DES FIGURES	9
REMERCIEMENTS	10
PRÉFACE	11
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	12
DÉFINITION DES CONCEPTS	16
I. INTRODUCTION	17
I.1 Généralités sur la Côte d'Ivoire	17
I.1.1 Données physiques	17
I.1.1.1 Situation géographique	17
I.1.1.2 Climat	17
I.1.1.3 Végétation	17
I.1.1.4 Hydrographie	17
I.1.2 Contexte socio-économique et politique	19
I.1.2.1 Organisation administrative	19
I.1.2.2 Contexte sociodémographique et ethnoculturel	20
<i>I.1.2.2.1 Population</i>	<i>20</i>
<i>I.1.2.2.2 Répartition de la population par sexe</i>	<i>20</i>
<i>I.1.2.2.3 Répartition selon le lieu de résidence</i>	<i>20</i>
<i>I.1.2.2.4 Composition ethnoculturelle</i>	<i>21</i>
<i>I.1.2.2.5 Confessions religieuses</i>	<i>21</i>
<i>I.1.2.2.6 Niveau d'alphabétisation</i>	<i>21</i>
I.1.2.3 Contexte politique	21
I.1.2.4 Contexte économique	22
I.1.3 Données sanitaires	22
I.1.4 Performances du pays en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement	24
I.2 Présentation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	25
I.2.1 Secteur sanitaire public	25
I.2.2 Secteur sanitaire privé	26
I.2.3 Médecine traditionnelle	26
II. SYNTHÈSE DE L'ETUDE DIAGNOSTIQUE	28
II.1. Diagnostic juridique, institutionnel et politique	28
II.2. Diagnostic communicationnel	32

II.2.1 Environnement médiatique de la Côte d'Ivoire	32
II.2.1.1 Cadre légal et réglementaire	32
II.2.1.2 Organisations des médias	32
II.2.1.2.1 La télévision	32
II.2.1.2.2 La Radio	33
II.2.1.2.3 La presse	33
II.2.1.2.4 L'Affichage	34
II.2.1.3 Les organismes de régulation, les conseils spécialisés et les organisations professionnelles des médias	34
II.2.1.4 Exposition des populations aux médias	35
II.2.2 Communication dans le Système de Santé	36
II.2.2.1 Situation de la promotion de la santé et de l'hygiène en Côte d'Ivoire	36
II.2.2.2 Canaux et supports utilisés pour la sensibilisation à l'hygiène	37
II.2.2.3 Perception des populations sur les activités de promotion de la santé et de l'hygiène	37
II.2.2.4 Efficacité des campagnes de communication en santé	38
II.3. Diagnostic technique	38
II.4. Diagnostic financier	39
III. DÉFIS DU SECTEUR DE 2016 A 2020	41
III.1. Engagements de eThekwini	41
III.2. Engagements de NGOR	41
III.3. Engagements de la Côte d'Ivoire relatifs aux Objectifs de Développement Durable (ODD)	41
III.3.1 Bilan de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement	41
III.3.2 Engagements vis-à-vis des ODD	41
III.4 Lettre de politique sectorielle de l'assainissement et du drainage	42
III.5 Pacte de Durabilité du Programme d'appui à l'accélération de l'Accès Durable à l'Eau, Hygiène et Assainissement (PADEHA)	43
III.6 Engagements traduits dans le Plan National de Développement (PND) 2016-2020	44
IV. STRATÉGIE NATIONALE DE PROMOTION DE L'HYGIÈNE	45
IV.1. Contexte et justification	45
IV.2. Vision	46
IV.3. Objectifs de la stratégie	48
IV.3.1 Objectif général	48
IV.3.2 Objectifs stratégiques	48
IV.4. Résultats d'effet attendus	48
IV.5. Champ d'action	49
IV.6. Approche stratégique	49

IV.7. Axes stratégiques	50
IV.7.1 Axe Stratégique 1 : Renforcement du cadre juridique et institutionnel	50
IV.7.2 Axe Stratégique 2 : Communication pour le Changement Comportemental et Social	52
IV.7.3 Axe Stratégique 3 : Renforcement des capacités	55
IV.7.4 Axe Stratégique 4 : Renforcement du dispositif de financement et développement du Partenariat Public-Privé	58
IV.8. Mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Promotion de l'Hygiène	60
IV.8.1 Nécessité d'une action intersectorielle	60
IV.8.2 Rôles des acteurs dans la mise en œuvre de la stratégie	60
IV.8.2.1 Acteurs centraux	60
IV.8.2.2 Collectivités Territoriales	66
IV.8.2.3 Structures déconcentrées	67
IV.8.2.4 Partenaires Techniques et Financiers	67
IV.8.2.5 Organisations Non Gouvernementales (ONG)	67
IV.8.2.6 Organisations communautaires et de quartiers	67
IV.8.2.7 Partenaires privés	68
IV.8.3 Planification du secteur de l'hygiène	68
IV.8.3.1 Au niveau départemental	68
IV.8.3.2 Au niveau régional	68
IV.8.3.3 Au niveau national	68
IV.8.4 Mécanisme de suivi et évaluation de la stratégie	69
IV.8.4.1 Cadre général de mise en œuvre de la SNPH	69
IV.8.4.2 Mécanisme de suivi	69
IV.8.4.3 Mécanisme d'évaluation	69
IV.8.4.3.1 <i>Évaluation internes</i>	69
IV.8.4.3.2 <i>Évaluation externes</i>	70
IV.8.4.4 Indicateurs clés de la SNPH	70

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Répartition du budget par axes stratégiques	15
Tableau II. Budget annualisé du plan d'actions 2019-2023	15
Tableau III. Profil démographique de la Côte d'Ivoire	20
Tableau IV. Paramètres épidémiologiques des épidémies de choléra par région principalement affectée en Côte d'Ivoire, 2002-2013	24
Tableau V. Analyse des champs d'actions en matière d'hygiène des ministères clés	29

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Carte de l'hydrographie et de la végétation de la Côte d'Ivoire	18
Figure 2. Découpage administratif de la Côte d'Ivoire (BNETD, 2012)	19
Figure 3 : Organisation du Système sanitaire ivoirien	27

REMERCIEMENTS

Le présent document de Stratégie Nationale de Promotion de l'Hygiène accompagné du Plan d'Action de Promotion de l'Hygiène sur la période 2016-2020, est le résultat d'un processus de longue haleine avec l'appui technique et financier du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

C'est un outil d'orientation et de planification qui s'inscrit dans le cadre du PND 2016-2020. Il ambitionne de faire la promotion des bonnes pratiques d'hygiène et de contribuer à l'avènement. Ce document aidera le Gouvernement dans le cadre des initiatives pour l'émergence de la Côte d'Ivoire à l'horizon 2020.

Aussi, le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique voudrait-il témoigner toute sa gratitude à l'UNICEF dont le soutien technique et financier a permis à la réalisation de cette boussole en matière de promotion de l'hygiène en Côte d'Ivoire.

Nos remerciements s'adressent également :

- aux experts des Ministères techniques pour leurs contributions très appréciées, notamment le Ministère de l'Éducation Nationale, le Ministère auprès du Premier Ministre chargé de l'Économie et des Finances, le Ministère auprès du Premier Ministre chargé du Budget et du Portefeuille de l'État, le Ministère des Infrastructures Économiques, le Ministère de la Salubrité Urbaine et de l'Assainissement, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ;
- aux responsables des administrations publiques et privées, des écoles et universités, des Établissements Recevant du Public (ERP) et des associations et groupements de villages ou de quartiers qui ont accepté gracieusement de participer à l'élaboration du présent document ;
- aux experts du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, pour leur entière disponibilité et les efforts qu'ils ont déployés pour la finalisation de ce document ;

au cabinet CECAF International pour avoir conduit l'étude diagnostique et contribué à l'élaboration de ce document.

Que tous ceux qui ont hautement contribué de près ou de loin à la réalisation de ce document soient vivement remerciés.

Puisse cette belle collaboration se poursuivre pour la mise en œuvre effective du Plan d'Actions de Promotion de l'Hygiène (PAPH) 2016-2020, gage d'une contribution durable à la promotion de l'hygiène dans toutes ses composantes et permettre le recul des maladies qui lui sont liées.

PRÉFACE

L'hygiène du cadre de vie et de travail revêt une importance capitale dans la lutte contre la Maladie et la promotion du développement socio-économique. Aussi, le fait de réaliser le sixième Objectif de Développement Durable (ODD6) relatif à l'accès à l'eau potable et à des services d'assainissement et d'hygiène, impactera à n'en point douter la santé, la nutrition et l'éducation.

C'est pourquoi, face aux engagements pris dans le cadre du Plan National de Développement 2016-2020, le Gouvernement ivoirien, appuyé par ses partenaires techniques et financiers avec à leur tête l'UNICEF, a décidé de renforcer la prévention de la Maladie par une amélioration de la qualité du cadre de vie et de travail des populations. L'accès aux services de base tels que les latrines, l'élimination écologiquement rationnelle des déchets, la promotion de l'utilisation du dispositif de lavage des mains, la préparation et la distribution sans risque de denrées alimentaires, la formation, l'information, la sensibilisation et la mise à disposition des infrastructures, du matériels et des équipements d'hygiène, permettront, j'en suis convaincu, de créer un environnement sain dans lequel les populations vivront et travailleront dans la quiétude et en bonne santé.

Ce défi passe par une plus grande mobilisation de tous les acteurs du secteur de la santé et l'avènement de l'«ivoirien nouveau». Outre l'augmentation du financement alloué au secteur de l'hygiène, la participation de la population et des acteurs du secteur privé, le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, compte sur un engagement plus accru des collectivités territoriales, des partenaires techniques et financiers ainsi que des autres acteurs locaux.

Au regard de ce qui précède, le Groupe Sectoriel Eau, Hygiène, Assainissement a été formalisé en Conseil des Ministres et la Stratégie Nationale de Promotion de l'Hygiène élaborée. Ces initiatives constituent des signaux forts de l'engagement du Gouvernement à adresser les questions de santé liées à ce secteur.

Au demeurant, je félicite tous les acteurs concernés et les invite à poursuivre leurs efforts aux fins d'offrir aux générations actuelles et futures, un cadre de vie hygiénique, sans risques pour leur santé.

Je voudrais réitérer les remerciements du Gouvernement ivoirien à nos partenaires, particulièrement à l'UNICEF qui, par son appui technique et financier, a contribué à doter le système de santé ivoirien de ce document de référence.

Enfin, mes remerciements et encouragements vont également à l'endroit de toutes les institutions et structures qui ont contribué à son élaboration.



Dr AKA AOUÉLE
Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Dans un contexte où l'objectif du gouvernement est de faire de la Côte d'Ivoire un pays émergent à l'horizon 2020 et où la volonté politique est de plus en plus marquée pour l'amélioration du cadre de vie des populations, il était devenu impératif de renforcer les actions en matière d'hygiène.

C'est dans cette optique que le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, avec l'appui technique et financier de l'UNICEF, a initié le processus ayant abouti à l'élaboration du présent outil d'orientation, de planification et de décision en matière d'hygiène.

Le présent document constitue la Stratégie Nationale de Promotion de l'Hygiène (SNPH) en Côte d'Ivoire. Cette stratégie présente des actions de promotion de l'hygiène dans le pays par la structuration du secteur autour d'un projet de développement qui couvre la période de 2016 à 2020. C'est un document de référence pour l'ensemble du secteur de l'hygiène publique en Côte d'Ivoire.

L'objectif général visé par la Stratégie Nationale de Promotion de l'Hygiène et découlant de l'étude diagnostique, est d'améliorer les conditions d'hygiène individuelle et collective susceptibles de contribuer durablement à la lutte contre la maladie et à l'émergence de la Côte d'Ivoire d'ici 2020. Cinq (05) objectifs stratégiques se dégagent :

1. améliorer la gouvernance du secteur de l'hygiène à travers un renforcement du cadre institutionnel et juridique et définir les rôles et responsabilités des acteurs ;
2. renforcer la communication en direction des populations ;
3. renforcer les capacités des acteurs en matière de formation et de durabilité des infrastructures, des équipements et matériels de promotion de l'hygiène ;
4. identifier un mode de financement durable de la promotion de l'hygiène ;
5. développer un partenariat dynamique avec le secteur privé et les collectivités territoriales.

La SNPH, en fonction de ses objectifs et des résultats qui en sont attendus, va s'articuler autour des thématiques suivantes :

- l'hygiène alimentaire ;
- l'eau potable ;
- l'hygiène hospitalière ;
- l'hygiène en milieu scolaire et universitaire ;
- l'hygiène corporelle y compris l'hygiène menstruelle et l'hygiène des mains ;
- l'hygiène environnementale ou du cadre de vie, prenant en compte l'élimination des excréta et des eaux usées, la gestion des déchets, la lutte contre les nuisances sonores, olfactives et visuelles, la pollution atmosphérique, le ravalement des façades, l'embellissement ;
- l'hygiène en situation d'urgence.

L'opérationnalisation de ces objectifs se décline en quatre (04) axes stratégiques qui se caractérisent par un ensemble de composantes structurées elles-mêmes par des actions concrètes.

Axe Stratégique 1 : Renforcement du cadre juridique et institutionnel

Plus de cinquante ans après son indépendance, la Côte d'Ivoire ne dispose d'aucun texte législatif spécifique, ni en matière d'hygiène, ni en matière d'assainissement.

L'adoption de façon inclusive, de textes législatifs dans les domaines de l'hygiène, de la salubrité et de l'assainissement devient donc une urgence.

Les quatre (04) composantes qui caractérisent cet axe stratégique sont :

(i) le renforcement du cadre législatif, (ii) le renforcement du cadre réglementaire et normatif, (iii) l'organisation du pilotage du secteur et (iv) la création et l'opérationnalisation de l'organe chargé de la promotion de l'hygiène au niveau national.

Axe Stratégique 2 : Communication pour le Changement Comportemental et Social

L'axe prioritaire de communication et mobilisation communautaire préconisé ici s'articule autour de trois (03) idées que sont (i) Accroître le niveau de connaissance des populations sur la corrélation entre l'hygiène du milieu et les maladies liées au manque ou à l'insuffisance d'hygiène, (ii) promouvoir des normes sociales favorables à l'hygiène et des comportements sains pour prévenir les menaces et risques de maladie et (iii) contribuer à l'amélioration du confort et du bien-être des populations et des usagers.

Trois (03) composantes forment l'ossature de cet axe stratégique. Il s'agit (i) du plaidoyer, (ii) de la mobilisation sociale et (iii) de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC).

Axe Stratégique 3 : Renforcement des capacités

Cet axe stratégique a pour objectif de mettre à la disposition des décideurs, des acteurs opérationnels et de la population, les connaissances nécessaires pour éclairer les choix à opérer et guider les actions ainsi que les infrastructures, le matériel et les équipements adéquats pour la promotion de l'hygiène.

Cet axe s'articule en deux composantes : (i) la formation et (ii) le renforcement des capacités en infrastructures, en matériels et en équipements d'hygiène.

Axe Stratégique 4 : Renforcement du dispositif de financement et de développement du Partenariat Public-Privé

Sur la base du constat fait de l'existant, il paraît évident que le secteur de l'hygiène a nécessairement besoin d'une augmentation des appuis financiers afin de répondre aux besoins sans cesse croissants. Il est à noter que les appuis traditionnels de ce secteur par l'Etat à travers le Trésor Public et les Partenaires Techniques et Financiers n'arrivent plus à couvrir les interventions du secteur. Alors, le renforcement du financement en général et le développement du partenariat public privé en particulier se positionnent comme un axe stratégique plus que nécessaire, pour résoudre efficacement la question de la promotion de l'hygiène.

Cet axe se concrétise en sept composantes que sont : (i) l'inscription de la promotion de l'hygiène au nombre des priorités nationales et l'augmentation de la subvention de l'Etat y afférente, (ii) le renforcement du financement des Collectivités Territoriales entre autres par l'opérationnalisation de la loi portant transfert et répartition des compétences de l'Etat, (iii) la contribution de la population, (iv) la création d'une structure chargée du financement des activités de promotion de l'hygiène, (v) la promotion de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté, (vi) le renforcement de l'organisation de la gestion des pompes villageoises et (vii) l'amélioration du partenariat public-privé.

Le secteur de l'hygiène étant transversal, la réussite de la mise en œuvre de la SNPH commande une implication de tous, la prise de décision concertée et de façon inclusive, une harmonisation des interventions.

Cependant, pour améliorer la planification des interventions, optimiser l'utilisation des ressources et des résultats, une coordination doit être mise en place et les rôles et responsabilités des acteurs à tous les niveaux, doivent être clairement définis et acceptés par tous.

Le secteur de l'hygiène est pris en compte dans le Plan National de Développement, dans le Plan National de Développement Sanitaire et dans les différents Programmes de Travail Gouvernemental. Pour les investissements à réaliser dans le secteur, le Programme d'Investissement Public est requis.

La mise en œuvre de la SNPH se fera à tous les niveaux de l'organisation administrative et de la pyramide sanitaire, avec l'appui des partenaires techniques et financiers. Des plans annuels opérationnels seront élaborés à tous les niveaux, en privilégiant la contribution des acteurs locaux dont les Collectivités Territoriales afin de contribuer durablement à l'amélioration du cadre de vie.

Le Gouvernement est responsable de la mobilisation des ressources nécessaires au financement de la SNPH. Il adopte la SNPH en Conseil des Ministres et est responsable de sa mise en œuvre et de l'atteinte des objectifs.

Les outils de suivi de la mise en œuvre de la SNPH comprennent : (i) les plans d'actions annuels aux niveaux national, régional et départemental pour la promotion de l'hygiène, (ii) les rapports d'activités des différentes entités (Unité de coordination, structures techniques des différents ministères, Communes, Régions, Groupements associatifs, etc.), (iii) les rapports d'études et enquêtes et (iv) les rapports annuels sur la situation sanitaire (RASS) et sur la situation de l'hygiène.

L'évaluation de la SNPH se fera à travers les évaluations internes et externes, l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale.

Les indicateurs de la SNPH comprendront (i) des indicateurs de suivi, (ii) des indicateurs de résultats intermédiaires, (iii) des indicateurs de résultats finaux et (iv) des indicateurs synthétiques clés. Ils doivent être définis et adoptés de manière consensuelle avec les différentes parties prenantes avant le démarrage de la mise en œuvre de la SNPH.

Les indicateurs de la SNPH permettront de mesurer l'atteinte des objectifs fixés au niveau des extrants, des effets et de l'impact.

Le budget total pour la mise en œuvre du Plan d'Action de Promotion de l'Hygiène (PAPH) est estimé à quarante-quatre milliards huit cent vingt-trois millions trois cent soixante-dix mille (44 823 370 000) francs CFA et se présente par axe stratégique et par année comme suit :

Tableau I. Répartition du budget par axe stratégique

	MONTANT (Millions FCFA)	%
Axe Stratégique 1 : Renforcement du cadre juridique et institutionnel	3 960,79	8,84
Axe Stratégique 2 : Communication pour le Changement Comportemental et Social	10 843,71	24,19
Axe Stratégique 3 : Renforcement des capacités	27 441,76	61,22
Axe Stratégique 4 : Renforcement du financement et développement du partenariat public-privé	1 391,71	3,10
Planification et Suivi-évaluation	1 185,40	2,64
TOTAL GÉNÉRAL (Million FCFA)	44 823,37	100

Tableau II : Budget annualisé du plan d'action 2019-2023

	MONTANT (Millions FCFA)	%
Année 1	135,27	0,30
Année 2	13 050,23	29,11
Année 3	11 012,83	24,57
Année 4	10 850,44	24,21
Année 5	9 774,60	21,81
TOTAL	44 823,37	100

DEFINITION DES CONCEPTS

Le mot **Hygiène** provient du grec *hygieinon* qui signifie «santé». Le Larousse donne pour définition de l'hygiène, «l'ensemble des principes, des pratiques individuelles ou collectives visant à la conservation de la santé, au fonctionnement normal de l'organisme¹».

L'OMS définit l'hygiène comme «les conditions et les pratiques qui contribuent à préserver la santé et à éviter la propagation des maladies²».

Dans le cadre du présent document, l'hygiène sera considérée comme étant «l'ensemble des mesures simples, pratiques, acceptables pour les bénéficiaires, réalistes et facilement réalisables par eux et permettant ainsi d'améliorer leur cadre de vie et leur santé».

L'éducation à l'hygiène : consiste à mieux informer les individus en les sensibilisant aux liens entre les bonnes pratiques d'hygiène et la santé. Cette approche est fondée sur l'hypothèse qu'en leur expliquant la façon dont se propagent les maladies, ils modifieront leurs comportements de manière positive.

La promotion à l'hygiène³ : Ce concept est beaucoup plus large que celui de l'éducation à l'hygiène.

La promotion de l'hygiène fait référence à des «approches systématiques visant à encourager l'adoption généralisée de pratiques d'hygiène adéquates pour réduire la diarrhée et d'autres maladies liées à l'eau et à l'assainissement». Elle s'appuie sur les connaissances, les pratiques et les souhaits des populations visées et se focalise par conséquent sur l'identification des facteurs qui motivent le changement de comportement sur la base des pratiques et croyances existantes. En déterminant les leviers de changement et ce qui peut les actionner, une démarche de promotion de l'hygiène efficace réduit les principaux comportements et pratiques à risques des groupes de populations qui sont ciblés en priorité⁴.

Assainissement : c'est «l'action visant à l'amélioration de toutes les conditions qui, dans le milieu physique de la vie, influent ou sont susceptibles d'influer défavorablement sur le bien-être physique mental et social de l'homme⁵».

L'assainissement de base est «la technologie la moins coûteuse qui assure l'évacuation hygiénique des excréments et des eaux ménagères ainsi qu'un milieu de vie propre et sain tant à domicile que dans le voisinage des utilisateurs⁶».

La santé est «un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁷».

¹ <http://www.hygieneraturelle-alimentation.com/article-l-hygiene-la-cle-d-une-bonne-sante-58578283.html>

² WaterAid (2012) Cadre directeur relatif à l'hygiène. WaterAid, Londres, Royaume-Uni

³ WaterAid (2012) Cadre directeur relatif à l'hygiène. WaterAid, Londres, Royaume-Uni

⁴ WaterAid (2012) Cadre directeur relatif à l'hygiène. WaterAid, Londres, Royaume-Uni

⁵ Source OMS

⁶ Source OMS

⁷ Préambule à la Constitution de l'OMS, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

I.1 Généralités sur la Côte d'Ivoire

I.1.1 Données physiques

I.1.1.1 Situation géographique

D'une superficie totale de 322 462 km², la Côte d'Ivoire est située entre les Longitudes 2°30' - 8°30' Ouest et les Latitudes 4°30' - 10°30' Nord. Limitée au Sud par l'Océan Atlantique sur une côte de 550 km, ses voisins frontaliers qui la bordent sont : le Ghana à l'Est, le Burkina Faso et le Mali au Nord, la Guinée et le Libéria à l'Ouest.

I.1.1.2 Climat

Par sa position géographique, en bordure du Golfe de Guinée, et par son étalement en latitude (4°30' - 10°30' Nord), la Côte d'Ivoire présente un régime climatique allant du climat équatorial au climat tropical pré-désertique. Le tiers Sud du pays est soumis au climat subéquatorial (Attéen) avec une température moyenne annuelle de 25°C à 33°C. La partie centrale du pays présente un climat tropical humide (Baouléen) avec des températures comprises entre 14°C et 33°C. La partie Nord subit un climat tropical de type soudanien (26°C à 27,5°C). Enfin, les parties montagneuses de l'Ouest dépendent du climat de montagne (température moyenne annuelle de 25°C)⁸.

I.1.1.3 Végétation

Le territoire ivoirien est subdivisé en deux grands domaines biogéographiques : le domaine guinéen au paysage forestier et un domaine soudanais avec un paysage de savane (Lauginie, 2007). Le domaine guinéen regroupe quatre types de formations végétales : la forêt ombrophile, la forêt mésophile ou semi-décidue, les savanes de basse-côte ou «savanes incluses» et la mosaïque forêt mésophile et savanes entrecoupées de forêts-galeries. Le domaine soudanais est constitué de deux sous entités qui sont les domaines subsoudanais et soudanais. Ils sont constitués d'une juxtaposition de formations forestières et savaniques.

I.1.1.4 Hydrographie

Le réseau hydrographique de la Côte d'Ivoire comprend quatre grands bassins hydrographiques avec d'Ouest en Est :

- le Cavally qui s'étend sur un bassin versant de 28.800 km² ;
- le Sassandra occupe un bassin de 75.000 km² ;
- le Bandama couvre un bassin de 97.000 km² ;
- la Comoé se développe sur un bassin versant de 78.000 km².

⁸ Profil Environnemental de la Côte d'Ivoire, 2006

De petits cours d'eau côtiers au Sud du pays, dont les plus significatifs sont le Tabou, le Néro, le San-Pédro, le Niouniourou, le Boubo (5.100 km²), l'Agnéby (8.900 km²), la Mé (4.300 km²), la Bia, le Tanoé et le Noé. Les affluents du Niger à l'extrême Nord-Ouest s'étendant sur un bassin versant de 24.000 km², avec d'Ouest en Est, le Gbanhala, le Baoulé, le Dégou, le Kankélaba et la Bagoué. Les affluents de la Volta Noire au Nord-Est, avec le Koulda, le Kolodio, le Gbanlou-Bineda et le Kohodio⁹.



Figure 1. Carte de l'hydrographie et de la végétation de la Côte d'Ivoire

⁹ Profil Environnemental de la Côte d'Ivoire, 2006

I.1.2 Contexte socio-économique et politique

I.1.2.1 Organisation administrative

Le découpage administratif du territoire comprend deux Districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 31 régions, 107 départements, 423 Sous-préfectures et 197 collectivités municipales.

La capitale administrative est Yamoussoukro depuis 1983, mais Abidjan reste la capitale économique.



Figure 2. Découpage administratif de la Côte d'Ivoire

I.1.2.2 Contexte sociodémographique et ethnoculturel

I.1.2.2.1 Population

Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2014 donne une population totale de 22 671 331 habitants. Le tableau ci-dessous présente les principales caractéristiques de cette population.

Tableau III. Profil démographique de la Côte d'Ivoire

	Population RGPH 2014	
	Effectif	Pourcentage (%)
Population totale	22 671 331	100
Population féminine	10 963 087	48,4
Population masculine	11 708 244	51,6
Population active (15-64 ans)	12 491 695	56
Population urbaine	11 408 413	50,3
Population rurale	11 262 918	49,7
Population étrangère	5 491 972	24,2
Population âgée de moins de 15 ans	9 408 602	41,5
Densité moyenne (habitants/ km ²)	70,3	-
Taux de dépendance		78,6
Taux d'accroissement annuel moyen	-	2,6
Indice synthétique de fécondité (enfant/femme)	5	-

Source : INS, 2014

I.1.2.2.2 Répartition de la population par sexe¹⁰

La population ivoirienne est majoritairement masculine avec 11 708 244 hommes (51,6%), contre 10 963 087 femmes (48,4%). Le rapport de masculinité est de 107 hommes pour 100 femmes. Une situation nationale qui varie cependant d'une région à une autre, passant de 98 dans le N'Zi au centre du pays à 126 dans le Cavally à l'ouest.

I.1.2.2.3 Répartition selon le lieu de résidence¹¹

La population ivoirienne s'urbanise de plus en plus car les urbains représentent 49,7% contre 43% en 1998, égalant presque la place de la population rurale qui est désormais de 50,3% dans le paysage démographique national. Le taux de croissance de la population urbaine est de 5,3% contre 2,5% en milieu rural. La densité moyenne est de 70,3 habitants au km². La population de la Côte d'Ivoire est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire national. Elle est majoritairement installée en zone de forêt avec 75,5% contre 24,5% en zone de savane. La primauté démographique revient au District Autonome d'Abidjan avec 20,8% de la population totale.

¹⁰INS, 2014

¹¹INS, 2014

1.1.2.2.4 Composition ethnoculturelle

La structuration ethnique ivoirienne est composée de 38,1% d'Akans, 21,2% de Gurs, 19% de Mandé du Nord, 11,3% de Krou, 9,1% de Mandé du Sud, 0,6% de naturalisés et 0,7% sans précision¹².

1.1.2.2.5 Confessions religieuses

Deux grandes confessions religieuses se répartissent la population. Il s'agit de l'Islam et du Christianisme qui concentrent respectivement 42% et 34% de la population totale résidente du pays. Suivent, les sans religion avec 19%. Les animistes quant à eux ne représentent que 4% et les autres religions, 1%. On note par ailleurs que parmi la population étrangère, les musulmans représentent 72% contre 18% de chrétiens alors que dans la population ivoirienne, ce sont les chrétiens qui viennent en tête avec 39% et les musulmans représentent 30%¹³.

1.1.2.2.6 Niveau d'alphabétisation

L'analphabétisme reste à un niveau relativement élevé bien qu'ayant enregistré une baisse de 0,5 point en moyenne par an depuis 1998 (63%). Les résultats du RGPH 2014 indiquent que sur la base de la population de 15 ans et plus (13 185 520 individus), plus de la moitié (56,1%) ne savent ni lire, ni écrire dans une langue quelconque. Ce taux varie de 30,1% pour la ville d'Abidjan à 84,7% dans la région du Folon. Aussi, ce taux est-il plus marqué dans les régions du Nord du pays (plus de 70%) que dans celles du Sud autour d'Abidjan (en deçà de la moyenne nationale). Par ailleurs, les femmes sont moins alphabétisées que les hommes (63% contre 49%). De même que la population non ivoirienne est plus touchée (73%) que la population ivoirienne (51%).

En termes d'accès aux structures scolaires, le Taux Net de Scolarisation (TNS) dans le préscolaire est de 13% en milieu urbain et de 1% en milieu rural selon les données de l'ENV 2008. Ce taux, dans le primaire, est passé de 56,5% en 2002 à 56,1% en 2008 avec 58,8% chez les garçons contre 53,1% chez les filles. En milieu rural, il est de 49,8% et 68,2% en milieu urbain. Quant au secondaire, le TNS est de 26,6% avec 30,3% pour les garçons et 22,6% pour les filles. Le rapport filles/garçons est de 0,64¹⁴.

1.1.2.3 Contexte politique¹⁵

L'environnement politique ivoirien se caractérise par un régime présidentiel avec un équilibre des pouvoirs entre l'exécutif, le législatif et le judiciaire. Le Président de la République qui est le Chef de l'Etat, est élu au suffrage universel direct pour cinq (05) ans renouvelables une seule fois. Il nomme le Premier ministre et les membres du gouvernement, qui répondent politiquement de leurs actes devant lui.

Le pouvoir législatif détenu par le parlement est constitué par une chambre unique dite Assemblée Nationale dont les 252 membres portent le titre de Député. Les Députés sont élus au suffrage universel direct pour une durée de cinq (05) ans.

Le pouvoir judiciaire est exercé par des juridictions de premier et de second degré, sous le contrôle de la Cour Suprême. Aux côtés de celle-ci, existent deux juridictions spéciales que sont le Conseil Constitutionnel et la Haute Cour de Justice.

¹²INS, 2014

¹³INS, RGPH 2014

¹⁴République de Côte d'Ivoire, 2012- Plan National de Développement 2012 – 2015

¹⁵Constitution de la République de Côte d'Ivoire, août 2000

Le paysage politique ivoirien est également caractérisé par le pluralisme avec plus de 130 partis politiques. L'alternance démocratique est marquée par l'organisation des élections présidentielles, législatives, municipales et régionales.

Depuis 2011, le pays connaît une stabilité sociopolitique après les crises successives et s'est lancé le défi de l'émergence à l'horizon 2020. La paix a été retrouvée, la cohésion sociale est en cours de rétablissement et la réconciliation nationale est en bonne voie.

I.1.2.4 Contexte économique

L'économie ivoirienne affiche un taux de croissance parmi les plus élevés en Afrique : 9,8% en 2012, 9% en 2013 avec des perspectives de l'ordre de 10% en 2015. En 2013, cette économie est portée par le secteur primaire avec 24%, le secondaire à 28% et le tertiaire à 48% de son PIB. Ces trois secteurs connaissent des taux de croissance de 6,7% pour le primaire, 8,3% pour le secondaire et 9,6% pour le tertiaire (Côte d'Ivoire Economie, 2015). Le secteur primaire emploie les deux tiers de la population active. Le secteur secondaire transforme 30% en moyenne des produits locaux¹⁶.

Le secteur tertiaire emploie 22% de la population active. Le secteur secondaire ivoirien représente, à lui seul, 63% de l'industrie de l'Afrique de l'Ouest francophone. Avec plus de 40% du PIB de l'UEMOA, la Côte d'Ivoire demeure la plus grande économie de l'Union. La croissance du pays est entretenue par les investissements dans les infrastructures et les secteurs productifs. Le taux d'investissement qui était de 13,7% du PIB en 2012 est passé à 16,5% en 2013 avec un objectif de 23,5% en 2015. La grande partie de ces investissements est le fait du secteur privé avec 62%. Ces performances économiques sont les dividendes tirés des réformes opérées notamment à travers le nouveau code de l'investissement qui a été accompagné d'importantes réformes structurelles et réalisées particulièrement dans le domaine du Doing Business et du Millenium Challenge Corporation (MCC)¹⁷.

I.1.3 Données sanitaires¹⁸

Le taux brut de mortalité est passé de 12,3‰ en 1988 à 14‰ en 2006 et à 9,96 ‰ en 2012. En 2013, les incidences les plus rencontrées dans la population générale sont le paludisme (106‰), la tuberculose (105,93‰), la diarrhée (19,57‰). Comparativement aux résultats des années antérieures, on observe, en 2013, une régression des incidences du paludisme, de la tuberculose et de l'Ulcère de Burili au niveau national. Les autres pathologies comme l'Onchocercose, la Bilharziose et le Pian restent encore présentes. Pour les enfants de moins de cinq ans, leur profil épidémiologique restait dominé en 2013, par une incidence élevée des affections courantes suivantes : le paludisme (302,61‰), les infections respiratoires aiguës (162,10‰) et les maladies diarrhéiques (69,75‰). Chez ces enfants, il est observé une augmentation des incidences des IRA et des maladies diarrhéiques en 2013. Cependant pour le paludisme et la malnutrition, le tableau s'améliore avec une baisse des incidences de ces pathologies. L'incidence de l'hypotrophie néonatale est en régression par rapport à celle de 2012.

En effet, elle est passée de 8,19% à 8,06%.

En 2015, l'espérance de vie à la naissance était de 54,3 ans et l'indice synthétique de fécondité à 5¹⁹.

¹⁶Côte d'Ivoire Economie, 2015

¹⁷Côte d'Ivoire Economie, 2015

¹⁸République de Côte d'Ivoire, 2014, Rapport annuel sur la situation sanitaire 2013

¹⁹Source : PND 2016-2020

Durant la période la plus récente (2007-2012), sur 1 000 enfants nés vivants, 68 sont décédés avant d'atteindre leur 1^{er} anniversaire. Sur 1 000 enfants survivants au 1^{er} anniversaire, 43 sont décédés avant d'atteindre l'âge de cinq (05) ans. Globalement, environ un (01) enfant sur neuf (09) n'atteint pas son 5^{ème} anniversaire.

La mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans est plus faible en milieu urbain (100‰) qu'en milieu rural (125‰). Elle est la plus basse dans la région du Centre -Nord (74‰) et la plus élevée dans la région du Nord (209‰).

Pour la période la plus récente, on constate une légère baisse des niveaux de la mortalité infanto-juvénile. En effet, par rapport aux résultats de l'EIS de 2005, le niveau de presque toutes les composantes de la mortalité des enfants obtenus en 2012 sont en baisse : mortalité infantile de 68‰ à l'EDS-MICS 2011-2012 contre 84‰ pour les cinq dernières années avant 2005, mortalité juvénile de 43‰ pour les années 2007-2011 contre 44‰ pour les cinq années précédant l'EIS de 2005.

Les risques de décéder avant l'âge de cinq (05) ans présentent des écarts importants selon le milieu de résidence. D'une manière générale, la mortalité infantile est beaucoup moins élevée en milieu urbain (66‰) qu'en milieu rural (82‰). La même tendance est observée pour la mortalité post-néonatale des enfants qui est de 26‰ en milieu urbain et 38‰ en milieu rural, et pour la mortalité infanto-juvénile (100‰ et 125‰ en milieu urbain et milieu rural respectivement). En ce qui concerne la mortalité néonatale, on constate que les différences sont moins importantes. De même, après le premier anniversaire, les résultats montrent qu'en milieu urbain, sur 1 000 enfants survivants au premier anniversaire, 37 décèdent avant le cinquième anniversaire contre 47 en milieu rural.

L'analyse par région met en évidence de fortes disparités. Le niveau de mortalité infantile varie du simple au triple, d'un minimum de 43‰ dans le Centre-Nord à un maximum de 137‰ dans le Nord. La même tendance est observée pour la mortalité juvénile, son niveau passe de 25‰ dans le Sud-Ouest à 84‰ dans le Nord. Quant à la mortalité infanto-juvénile, on peut noter que, globalement, c'est dans le Centre-Nord (74‰) et dans le Sud-Ouest (75‰) qu'elle est la plus faible et au Nord (209‰) qu'elle est la plus élevée.

Les niveaux de mortalité adulte ont baissé depuis 2005 et sont identiques pour les hommes et les femmes.

Entre 15 et 50 ans, les hommes et les femmes courent un risque de décéder compris entre un sur quatre et un sur cinq. Les décès maternels représentent 17% de tous les décès de femmes de 15-49 ans. Les femmes courent un risque de 1 sur 32 de décéder de cause maternelle pendant les âges de procréation. Le rapport de mortalité maternelle est estimé à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période de sept ans précédant l'enquête (2005-2011).

Selon l'OMS²⁰ en 2013, le taux de mortalité de la population âgé de 15 à 60 ans était de 410‰ pour les hommes et 398‰ pour les femmes. Les dépenses totales consacrées à la santé sont de 5,7% du PIB et les dépenses totales consacrées à la santé par habitant est de 172 US \$ soit 85 551,7 FCFA²¹.

Concernant le choléra²², entre 2002 et 2013, la surveillance épidémiologique a notifié 7 776 cas avec 251 décès, soit un taux de létalité élevé de 3,2%.

²⁰OMS, 2013 (<http://www.who.int/countries/civ/fr/>)

²¹ US \$ = 497,393612 F CFA (coût moyen 2013 <http://www.bdm.insee.fr/bdm2/affichageSeries.action?recherche=idbank&idbank=000642291>, consulté le 28 juillet 2016 à 12H41)

²² Source UNICEF (http://www.unicef.org/cholera/files/UNICEF-Cholera_Factsheet-IvoryCoast-VF.pdf)

Des épidémies majeures ont été enregistrées dans la région côtière de Lagunes, avec près de 71,4% du nombre total des cas. Le pays est touché par des épidémies transfrontalières, en particulier à Abidjan et dans les districts frontaliers du Ghana et du Libéria.

Tableau IV. Paramètres épidémiologiques des épidémies de choléra par région principalement affectée en Côte d'Ivoire, 2002-2013

Région	Cas	Décès	% Cas	Nombre d'épidémies	Durée de l'épidémie (semaines)
Lagunes	5 555	140	71,4	11	17
Marahoué	536	18	6,9	4	9
Sud-Comoé	382	23	4,9	5	8
Tonpki	361	5	4,6	2	10
Bélier	212	18	2,7	2	17
Nawa& San Pedro	203	15	2,6	2	15
Iffou& N'Zi	186	22	2,4	3	5
Worodougou	180	7	2,3	2	3
Agnéby-Tiassa	161	3	2,1	5	4
TOTAL	7 776	251	100	36	-

I.1.4 Performances du pays en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement

La Côte d'Ivoire dispose de ressources en eau abondantes. Le volume d'eau mobilisable est d'environ 77 milliards de m³/an dont près de 39 milliards de m³ d'eau de surface et environ 38 milliards de m³ d'eau souterraine. Le bassin sédimentaire, dont les réserves sont estimées à 13 milliards de m³, constitue un atout majeur pour le secteur, avec notamment la nappe d'Abidjan qui fournit 70% de la production totale du pays. Pour résorber le déficit de production et d'alimentation en eau potable du District Autonome d'Abidjan, le Gouvernement a fait recours à d'autres ressources en eau souterraine à partir de la nappe de Bonoua phase 1 dont l'exploitation du champ captant donne une production de 80 000 m³/jour. De nouveaux projets ont été aussi créés notamment à Anyama, à Bonoua (phase 2 avec également 80 000 m³/jour), Saint Viateur, Songon et le doublement de la station de Niangon par l'apport de 40 000 m³/jour. La quasi-totalité des 31 chefs-lieux de Région sont alimentés en eau potable à partir de 36 barrages et/ou seuils de retenue d'eau construits sur les cours d'eau. En 2014, le taux de couverture en Hydraulique Urbaine (HU) était de 60% avec 833 localités équipées sur un total de 1415 éligibles. Le taux de couverture en Hydraulique Villageoise Améliorée (HVA) est de 13% avec 268 localités équipées sur 2 093 éligibles. En ce qui concerne l'Hydraulique Villageoise (HV), ce sont 17 485 points d'eau modernes qui sont exploités sur 23 000 forages réalisés dans le cadre du Programme National d'Hydraulique Villageoise (PNHV), ce qui permet de couvrir 76% des besoins actuels. Ce taux d'accès à une source d'eau potable était de 91% de la population en 2015. Les perspectives sont de 96,4% de la population en 2018 et 100% en 2020. Concernant la gestion de l'eau en milieu rural, la Cellule Nationale de coordination des Comités Villageois de Gestion des Pompes à motricité humaine, mise en place par Arrêté N°0012/MIE-CAB du 24 octobre 2011 mène des actions visant à l'appropriation, par les populations bénéficiaires²³, des ouvrages réalisés.

En matière d'hygiène, dans plus de la moitié des ménages (52%), il est observé l'endroit où les membres du ménage se lavent les mains. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain (62%) qu'en milieu rural (44%).

²³ République de Côte d'Ivoire : PND 2016-2020

Parmi les ménages dans lesquels un endroit pour se laver les mains a été observé, 48% ne disposent pas de savon ni d'eau ; cette proportion est de 37% en milieu urbain et 61% en milieu rural. Un quart des ménages (25%) disposent d'eau et de savon à l'endroit indiqué pour se laver les mains ; cette disponibilité de l'eau et du savon étant plus fréquente en milieu urbain (36%) qu'en milieu rural (12%). La ville d'Abidjan (48%) et la région Centre (45%) ont les plus fortes proportions des ménages qui disposent de l'eau et du savon à l'endroit pour se laver tandis que la région de l'Ouest (4%) et celle du Nord-Est (12%) ont les plus faibles proportions.

Cette proportion augmente avec le bien-être des ménages, passant de 10% chez les ménages les plus pauvres à 57% chez les ménages les plus riches²⁴.

En matière d'assainissement, une lettre de politique sectorielle a été adoptée. De plus, l'Office National de Drainage et de l'Assainissement (ONAD) ainsi que le Fonds National de Drainage et de l'Assainissement (FNAD) ont été créés et mis en route. Ces dispositions ont permis de renforcer l'efficacité du système d'assainissement et de drainage des grandes agglomérations notamment le District Autonome d'Abidjan. De plus, d'importants travaux portant sur la construction et la réhabilitation des ouvrages d'assainissement et de drainage dans les communes d'Abidjan principalement au niveau du bassin du Gourou et du Carrefour de l'Indénié ont été réalisés. De façon générale, seulement 22% de la population a accès à une installation d'assainissement améliorée, 33% en milieu urbain et 11% en milieu rural. Il s'agit pour le Gouvernement de faire passer ce taux à 75,3% en 2018 et à 81% en 2020. Le pourcentage de la population n'ayant pas accès à une latrine et qui pratique la défécation à l'air libre est très élevé avec 28% au niveau national dont 6% en milieu urbain et 51% en milieu rural²⁵. Au niveau national, moins d'un ménage sur cinq (18%) utilise des toilettes améliorées et non partagées, essentiellement des toilettes avec chasse d'eau (13%) et des fosses d'aisance avec dalles (5%). Par ailleurs, 29% des ménages utilisent des toilettes qui pourraient être considérées comme améliorées si elles n'étaient pas partagées avec d'autres ménages²⁶.

I.2 Présentation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique²⁷

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire. Il est de type pyramidal avec trois (3) échelons et deux versants : l'un gestionnaire et l'autre prestataire.

I.2.1 Secteur sanitaire public

Le versant prestataire ou offre de soins comprend (i) le niveau primaire représenté par 1910 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains dont 25 à base communautaires, 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire), (ii) le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (66 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 02 Centres Hospitaliers Spécialisés) et (iii) le niveau tertiaire composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (04 Centres Hospitaliers Universitaires, 05 Instituts Nationaux Spécialisés (Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA)), 04 autres Etablissements Publics Nationaux (EPN) d'appui (Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Pharmacie de la Santé Publique (PSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)).

²⁴ MICS 2011-2012

²⁵ République de Côte d'Ivoire : PND 2016-2020

²⁶ MICS 2011-2012

²⁷ PNDS 2013-2015

Le versant gestionnaire ou administratif comprend (i) le niveau central est composé du Cabinet du Ministre avec quatre (04) Directions Centrales et quatre (04) Services Rattachés, une (01) Direction Générale, deux (02) Directions Générales Adjointes et sept (07) Directions Centrales²⁸. Il a une mission de définition de la politique, d'appui et de coordination globale de la santé. (ii) Le niveau intermédiaire composé des Directions Régionales qui ont une mission d'appui aux Districts Sanitaires pour la mise en œuvre de la Politique Sanitaire et (iii) le niveau périphérique composé des Directions Départementales de la Santé (Districts Sanitaires) qui sont chargées à leur niveau de rendre opérationnelle la Politique Sanitaire.

I.2.2 Secteur sanitaire privé

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie et infirmeries privées). Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques. En 2011, le pays comptait pour ce secteur, 2036 établissements de santé privés dont 1482 (soit 73%) non autorisés par le MSHP. Sous l'impulsion du MSHP, à la suite des mises en demeure, des autorisations de conformité sont en cours d'établissement pour 1458 d'entre eux. De même, 24 établissements non autorisés ont été fermés.

Avec 49 établissements sanitaires, le secteur confessionnel, les associations et les organisations à Base communautaire (ABC/OBC) participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire.

I.2.3 Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle occupe une place importante avec plus de 8500 Praticiens de Médecine Traditionnelle (PNPMT) recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle. En 2010, 1204 PMT ont été formés : certains en anatomie et en hygiène conventionnelle, et d'autres en droits de propriété intellectuelle.

²⁸ Décret n°2014-554 du 1er octobre 2014 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida

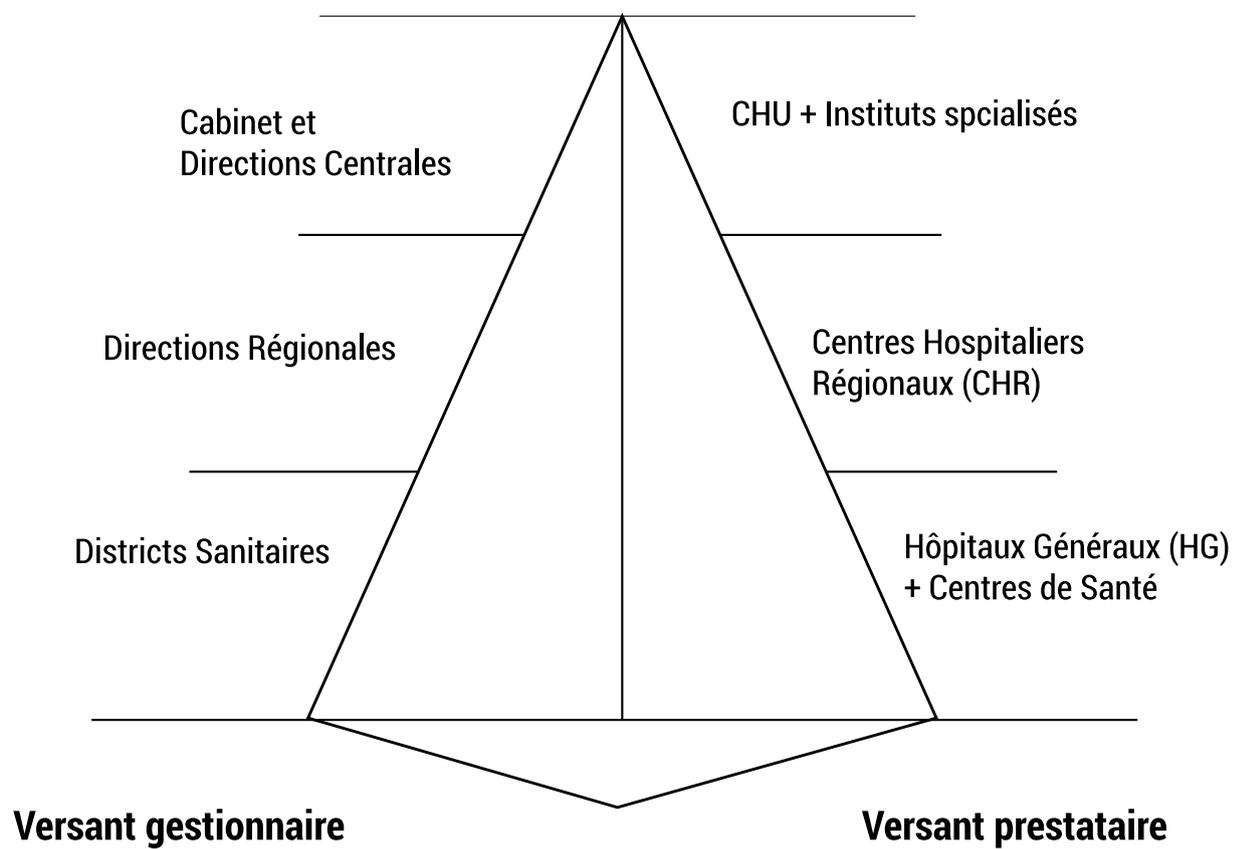


Figure 3 : Organisation du Système sanitaire ivoirien

II.1. Diagnostic juridique, institutionnel et politique

Il existe une multitude de textes juridiques qui traitent de la question de l'hygiène publique et dont les plus significatifs sont les suivants : (i) le règlement N°007/2007/CM/UEMOA relatif à la sécurité sanitaire des végétaux, des animaux, et des aliments, (ii) la loi N° 2015-532 du 20 juillet 2015 portant nouveau Code du travail, (iii) la loi N°2014-139 du 24 mars 2014 portant Code du Tourisme, (iv) la loi N°2003-208 du 07 juillet 2003 portant transfert et répartition de compétences de l'Etat aux Collectivités Territoriales , (v) la loi N°98-755 du 23 décembre 1998 portant Code de l'eau, (vi) la loi N°96-563 du 25 juillet 1996 relative à l'inspection sanitaire et qualitative des denrées animales et d'origine animale, (vii) la loi N°96-766 du 3 octobre 1996 portant Code de l'environnement, (viii) la loi N°63-323 du 25 juillet 1963 relative à la police sanitaire des animaux et (ix) l'arrêté N° 131 du 03 juin 2009 portant réglementation de la gestion des déchets sanitaires.

Ce cadre juridique reste toutefois insuffisant et sera renforcé une fois le projet de loi portant code de l'hygiène publique voté et promulgué.

Au niveau stratégique et politique, la Côte d'Ivoire ne dispose pas encore de document de politique générale en matière de promotion d'hygiène. Seul le secteur de l'hygiène hospitalière a été adressé par le MSHP.

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 qui ont des compétences en matière d'hygiène, des établissements publics nationaux, des sociétés d'Etat, les collectivités territoriales, les partenaires techniques et financiers et les organisations de la société civile. En cette matière, le problème auquel est confrontée la Côte d'Ivoire à ce stade, est lié au manque de coordination et de lead institutionnel.

Tableau V : Analyse des champs d'actions en matière d'hygiène des ministères clés

MINISTÈRES	ATTRIBUTIONS PATARÉGÉES EN MATIÈRE D'HYGIÈNE	OSERVATIONS
AU SEIN DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE		
Direction de l'Hygiène Publique et Santé Environnement (DHPSE)	<ul style="list-style-type: none"> - élaborer et appliquer la législation en matière d'hygiène publique ; - veiller au respect de la réglementation en matière d'hygiène publique des personnes physiques et morales ; - sensibiliser les communautés à la pratique de l'hygiène publique et au respect de l'environnement ; - élaborer et suivre la mise en œuvre du plan de gestion des déchets médicaux. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les attributions actuelles de la DHPSE lui donnent un vaste champ d'action. On remarque qu'étant compétente en ce qui concerne l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre du plan de gestion des déchets médicaux, elle est aussi compétente pour la définition des normes et directives dans le domaine hospitalier. Certaines de ces normes sont contenues dans le plan de gestion des déchets médicaux. Ce constat impose donc qu'il y ait une franche collaboration entre la DHPSE et la DMH dans le processus d'élaboration du plan de gestion des déchets médicaux.
Direction de la Médecine Hospitalière (DMH)	<ul style="list-style-type: none"> - définir et faire appliquer les normes et directives en matière d'organisation des soins hospitaliers ; - suivre et évaluer les actions en matière d'hygiène hospitalière. 	
Institut National d'Hygiène Publique (INHP)	<ul style="list-style-type: none"> - appliquer la politique sanitaire nationale en matière d'hygiène générale ; 	<ul style="list-style-type: none"> - En ce qui concerne l'application de la politique nationale d'hygiène publique, il subsiste une confusion dans certaines attributions de la DHPSE et de l'INHP. En effet, la DHPSE en l'état actuel de la réglementation est l'organe de conception et de planification de la politique nationale en matière d'hygiène. Cette politique en construction contient nécessairement un cadre juridique c'est-à-dire un ensemble de lois et de règlements traitant de la question de l'hygiène. Ce n'est pas à la DHPSE que devra encore être réservé la compétence de l'application de cette politique. Cela doit être conduit par les structures opérationnelles comme l'INHP. Cela est d'autant plus vrai car la DHPSE ne dispose pas des ressources suffisantes pour appliquer ce qu'elle élabore.

MINISTÈRES	ATTRIBUTIONS PATAGÉES EN MATIÈRE D'HYGIÈNE	OBSERVATIONS
ENTRE L'INHP ET DES STRUCTURES D'AUTRES MINISTÈRES		
Institut National d'Hygiène Publique (INHP)	<ul style="list-style-type: none"> - contrôle sanitaire aux frontières, aux ports et aux aéroports nationaux ; - organiser la lutte contre l'insalubrité, de la lutte anti-vectorielle et de fournir des réponses parasitologiques et entomologiques au problème du paludisme ; - faire l'inspection sanitaire dans les lieux et établissements recevant du public (écoles préscolaires et scolaires, bars, maquis, les cinémas, restaurants) ; - délivrer des attestations de salubrité alimentaire pour les denrées alimentaires en provenance de la Côte d'Ivoire et propre à la consommation humaine. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation de l'inspection sanitaire aux frontières est animée par plusieurs ministères. Au regard de leurs attributions, ces structures ou ministères sont présentes aux frontières, aux ports et aéroports : l'INHP ; la DPVCCQ (MINADER); la DSV (MIRAH). - Au niveau de l'organisation de la lutte contre l'insalubrité, il ressort que le texte portant attribution de l'INHP est vieux et méprend par conséquent le fait que cette tâche est menée désormais par le Ministère en charge de la salubrité urbaine. - L'inspection des lieux recevant du public est également menée par plusieurs structures. Nous en dénombrons au moins trois, il s'agit de l'INHP, de la DPVCCQ, la DSV et la Direction des Activités Touristiques.
Ministère de la Salubrité Urbaine et de l'Assainissement	<ul style="list-style-type: none"> - concevoir et appliquer la politique du gouvernement en matière de salubrité urbaine et de l'assainissement 	
Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural Direction de la Protection des Végétaux, du Contrôle et de la Qualité	<ul style="list-style-type: none"> - procéder à l'inspection sanitaire des végétaux et dérivés importés ou exportés ; - organiser et coordonner le contrôle officiel et l'inspection Sanitaire et qualitative des denrées alimentaires destinées à la consommation à tous les stades de leur manipulation et à tous les postes d'entrée sur le territoire ; - proposer et veiller à l'application des règles administratives, des normes d'hygiène et de salubrité auxquelles doivent satisfaire les personnels, les locaux, les véhicules et les équipements traitant des denrées végétales destinées à la Consommation. 	

MINISTÈRES	ATTRIBUTIONS PATARGÉES EN MATIÈRE D'HYGIÈNE	OBSERVATIONS
ENTRE L'INHP ET DES STRUCTURES D'AUTRES MINISTÈRES		
Ministère des Ressources Animales et halieutiques Direction des Services Vétérinaires	<ul style="list-style-type: none"> - procéder à l'inspection et du contrôle sanitaire vétérinaire aux frontières des animaux, des denrées animales et d'origine animale ainsi que des produits de pêche et aliments pour animaux et poissons ; - inspecter les établissements manipulant les denrées animales et d'origine animale ainsi que des produits de pêche et aliments pour animaux et poissons ; - délivrer des agréments sanitaires aux établissements manipulant les denrées animales et d'origine animale 	
Ministère du Tourisme Direction des Activités Touristiques	<ul style="list-style-type: none"> - veiller au respect des règles d'hygiène et de salubrité dans les entreprises et établissements touristiques 	

II.2. Diagnostic communicationnel

II.2.1 Environnement médiatique de la Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, l'environnement médiatique est pluriel et diversifié. Néanmoins, il s'inscrit dans un cadre légal et réglementaire rigoureux, avec des acteurs publics et/ou privés bien identifiés.

II.2.1.1 Cadre légal et réglementaire

D'une façon générale, le principe du jeu démocratique et de la liberté d'expression dans le domaine des médias sont observés. La Côte d'Ivoire a ratifié la plupart des instruments régionaux et internationaux sur la liberté d'expression et la liberté des médias. Les publications écrites ne sont pas soumises à autorisation préalable²⁹.

Cette situation est soutenue par la Constitution du 1^{er} août 2000 ainsi que par la Loi N°2004-643 de décembre 2004 portant régime juridique de la presse, conformément à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 et de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples de 1981.

Il importe par ailleurs de préciser que l'exercice de la publicité en Côte d'Ivoire est réglementé par le code de la publicité, document de référence du Conseil Supérieur de la Publicité³⁰.

II.2.1.2 Organisations des médias

Quatre (04) grands médias se partagent le paysage communicationnel en Côte d'Ivoire. Il s'agit notamment de la Télévision, la Radio, la Presse et l'Affichage.

II.2.1.2.1 La Télévision

Au niveau de la télévision, on distingue trois grands groupes :

- les médias d'État représenté par le Groupe RTI avec les chaînes RTI 1 et RTI 2. Celles-ci proposent respectivement en moyenne 13 heures et 08 heures de programmes quotidiens³¹ ;
- les Chaînes de télévision privées non confessionnelles : le bouquet de CANAL SAT ;
- les Chaînes de télévision privées confessionnelles (BENIE TV, LM TV, etc.).

La chaîne généraliste RTI 1, du groupe Radiodiffusion Télévision Ivoirienne (RTI) propose, dans le cadre de ses programmes, de l'information, du sport, des divertissements, des magazines, des séries et des films. Il diffuse sur toute l'étendue du territoire national, des émissions en semaine et surtout, des programmes non-stop les samedis et dimanches. RTI 1 porte les messages du gouvernement. Le contenu de ses programmes ne fait pas l'objet d'une censure systématique, mais elle connaît ses limites. RTI 1 présente 97,71% de ses programmes en français et 2,29% en langues locales³².

La RTI étant partenaire de Canal France International, certains programmes de RTI 1 sont issus de la banque de programmes de CFI.

²⁹ Baromètre des médias africains : Première analyse locale du paysage médiatique en Afrique, CI 2012

³⁰ Le CSP a été créé par le Décret n°79-419 du 28 mai 1979, modifié par les Décrets n°93-226 du 10 Février 1993 et N° 96-630 du 9 août 1996 portant création, organisation et fonctionnement du Conseil Supérieur de la Publicité

³¹ Médias en Côte d'Ivoire, www.wikipedia.com

³² <https://fr.wikipedia.org/RTI>, octobre 2016

La deuxième chaîne de télévision publique, RTI 2, émet dans un rayon de 100 kilomètres autour d'Abidjan. D'un style plus jeune que RTI 1, RTI 2 semble plus appréciée. Elle bénéficie de plus de souplesse dans le traitement de l'information institutionnelle. Les programmes de RTI 2 sont essentiellement d'ordre culturel.

En attendant la libéralisation effective de l'espace audiovisuel, seul le groupe RTI propose des productions locales en matière de santé. Quelques exemples peuvent être cités :

- Capital santé : émission mensuelle qui traite des questions des grandes pandémies ;
- Mon enfant et moi : magazine de famille ;
- Espace Sida : magazine consacré à la prévention du VIH/SIDA ;
- Santé et bien-être : émission qui traite des questions générales de santé et de bien-être ; etc.

II.2.1.2.2 La Radio

Le paysage audiovisuel ivoirien s'est enrichi de nombreuses stations émettant en modulation de fréquence (FM).

Il existe un grand nombre de radios en Côte d'Ivoire que l'on peut répartir dans les huit (08) catégories suivantes :

- les radios d'Etat, composées de Radio Côte d'Ivoire, Fréquences 2 et Radio Bouaké ;
- les radios privées non commerciales présentes dans la quasi totalité des régions de la Côte d'Ivoire dont Radio Bonne Santé pour la région d'Abidjan ;
- les radios communautaires ou de proximité ;
- trois (03) radios commerciales privées que sont Nostalgie, Jam FM et Vibe radio ;
- trois (03) radios écoles que sont la Radio BLM, le Studio Ecole de l'ISTC et le Studio Mozaik de la Fondation Dr Peter Graze, association ivoirienne à but non lucratif ;
- quatre (04) radios étrangères composées de RFI, VOA, BBC et Africa N°1 ;
- des radios confessionnelles que sont Radio Espoir, RNC, Fréquence vie, Albayane, etc. ;
- une (01) radio institutionnelle qui est ONUCI-FM.

Selon l'Institut Ivoirien de l'Opinion Publique, 92% des urbains et 62% des ruraux possèdent un poste radio (EIS 2005, DSRP).

Selon le rapport 2014 de la Haute Autorité de la Communication Audiovisuelle (HACA), il existe 154 radios privées non commerciales autorisées en Côte d'Ivoire. Les radios de proximité, elles, sont au nombre de 130.

Les radios de proximité représentent un intérêt local et prennent en compte la vie des communautés d'implantation sur le plan social, économique et culturel. Depuis juin 1998, les radios de proximité ont commencé à émettre, dans un rayon de 10 km, à la suite du décret du 13 septembre 1995 fixant leurs règles de fonctionnement.

Il importe toutefois de préciser qu'il existe une Union des Radios de Proximité de Côte d'Ivoire (URPCI).

II.2.1.2.3 La Presse

Depuis 1990, l'on assiste à un foisonnement de journaux (le printemps de la presse) : la Côte d'Ivoire compte une bonne cinquantaine de quotidiens, d'hebdomadaires et autres périodiques paraissant selon des fortunes diverses.

Il importe néanmoins de préciser que quel que soit le groupe d'appartenance, chacun des titres des quotidiens propose une rubrique consacrée aux faits de société et notamment à la santé.

Malgré les apparences, la presse ivoirienne est un marché où la concurrence reste très vive. Mais le faible pouvoir d'achat de la majorité de la population limite son accessibilité.

II.2.1.2.4 L'Affichage

L'Affichage publicitaire est né en Côte d'Ivoire dès les lendemains des indépendances. Cette activité encore embryonnaire a été réglementée par le décret N° 67-539 du 7 décembre 1967 portant réglementation générale des panneaux publicitaires et le décret de la même année créant le Conseil Supérieur de la Publicité (CSP), révisé par le décret N° 96-630 du 9 août 1996 relatif à sa création, son organisation et son fonctionnement.

Avec le développement de ce secteur d'activité par la création de nombreuses sociétés commerciales privées et les nouvelles exigences de la décentralisation de l'administration et notamment la nécessité d'assainir ce secteur, le décret N°2007-676 du 28 décembre 2007 portant réglementation de l'affichage publicitaire en Côte d'Ivoire a été pris.

L'affichage est aussi bien présent à Abidjan que dans différentes zones urbaines et rurales du pays. Il est un média qui apporte un soutien réel dans les grandes campagnes publicitaires, y compris les campagnes de promotion de la santé (Journées Nationales de Vaccination, lutte contre le paludisme, lutte contre la Maladie à Virus Ebola, Journées Nationales de Lavage des Mains, etc).

II.2.1.3 Les organismes de régulation, les conseils spécialisés et les organisations professionnelles des médias

L'on enregistre à ce jour trois organismes de régulation des médias en Côte d'Ivoire :

La Haute Autorité de la Communication Audiovisuelle (HACA), Autorité Administrative Indépendante, est l'Institution chargée de la régulation de la communication audiovisuelle en Côte d'Ivoire. Elle a, entre autres, pour missions :

- d'assurer le respect des principes du libre exercice de la communication audiovisuelle ;
- de garantir et d'assurer la liberté et la protection de la communication audiovisuelle dans le respect de la loi ;
- de veiller au respect de l'éthique et de la déontologie en matière d'information ;
- de garantir l'accès, le traitement équitable des Institutions de la République, des partis politiques, des associations et des citoyens aux organes officiels d'information et de communication ;
- de favoriser et de garantir le pluralisme dans l'espace audiovisuel ;
- de garantir l'égalité d'accès et de traitement ainsi que l'expression pluraliste des courants d'opinions particulièrement pendant les périodes électorales.

Le Conseil National de la Presse qui exerce dans le cadre de l'éthique et de la déontologie du journaliste et des professionnels de communication.

L'Observatoire de la Liberté de la Presse, l'Éthique et de la Déontologie (OLPED), qui est l'organe d'autorégulation de la Presse. Il a pour missions :

- de promouvoir et défendre l'éthique ainsi que la déontologie journalistique ;
- d'assurer la médiation en particulier lorsque les journalistes portent préjudices à des citoyens ;
- de promouvoir et défendre la liberté de la presse.

Les commissions et conseils spécialisés en termes de communication sont :

- le Conseil Supérieur de Publicité ;
- la Commission Paritaire d'Attribution de la Carte d'Identité de Journaliste Professionnel et de Professionnel de la Communication (CIJP) ;
- le Fonds de Soutien et de Développement de la Presse (FSDP) ;
- l'Agence Ivoirienne de Communication Extérieure (AICE).

Quant aux organisations professionnelles des médias, l'on en distingue plusieurs:

- l'Union des Journalistes Culturels de Côte d'Ivoire (UJOCCI) ;
- le Réseau des Professionnels de la Presse en Ligne de Côte d'Ivoire (REPPRELICI) ;
- l'Union Nationale des Journalistes de Côte d'Ivoire (UNJCI) ;
- l'Union Internationale de la Presse Francophone (UPF) section Côte d'Ivoire ;
- le Syndicat National des Agents de la Presse Privée de Côte d'Ivoire (SYNAPPICI) ;
- le Groupement des Editeurs de Presse de Côte d'Ivoire (GEPCI) ;
- le Réseau des Femmes Journalistes de Côte d'Ivoire (REFJCI) ;
- la Confédération Nationale des Directeurs de Publication de Côte d'Ivoire (CNDPCI) ;
- les Femmes des Médias de Côte d'Ivoire (FEMCI) ;
- l'Organisation des Journalistes Professionnels de Côte d'Ivoire (OJPCI).

Il importe cependant de signaler que de plus en plus, les professionnels des médias, ainsi que d'autres leaders sociaux, évoluent en réseaux pour des causes d'intérêt culturel, environnemental et social. C'est le cas du Réseau des Professionnels des Médias, des Artistes et Sportifs de la Côte d'Ivoire engagés dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (REPMASCI).

II.2.1.4 Exposition des populations aux médias

En Côte d'Ivoire, les récentes données³³ sur l'exposition des populations aux médias de masse montrent que 48% des femmes et 59% des hommes regardent la télévision au moins une fois par semaine. Une femme sur quatre dans la tranche des 15-49 ans écoute la radio au moins une fois par semaine. Cette exposition aux médias de masse varie d'une région à l'autre et le Nord-Ouest reste la région où les femmes ont le moins accès aux médias avec une proportion de 77% de femmes n'ayant accès à aucun media. Elle est suivie par le Nord (65%) et l'Ouest (61%). La moitié des hommes dans le Nord-Ouest écoute la radio au moins une fois par semaine.

Vis-à-vis de la presse, on observe de plus en plus que les ivoiriens ont aujourd'hui perdu le goût de la lecture des journaux. Le phénomène de «Titrologie» est fréquent et l'Abidjanais à faible pouvoir d'achat préfère lire les titres des journaux pour avoir une idée plus ou moins précise de ce qui fait l'actualité en Côte d'Ivoire.

³³ EDS-MICS 2011-2012

Par ailleurs, avec le développement des Techniques d'Information et de Communication (TIC), les réseaux sociaux sont de plus en plus utilisés par une frange relativement jeune de la population pour véhiculer en temps réel les informations.

II.2.2 Communication dans le Système de santé

II.2.2.1 Situation de la promotion de la Santé et de l'hygiène en Côte d'Ivoire³⁴

Dès 1950, la Côte d'Ivoire a développé dans son système de santé, l'Education Sanitaire dans le but d'aider les populations à acquérir la santé par leurs propres comportements et par leurs propres efforts. Ce concept est devenu entre 1978 et 1990 : «Education pour la Santé» visant la sensibilisation des populations sur les conditions d'une bonne santé, la promotion de l'utilisation des services de santé par les populations et l'organisation des communautés pour entreprendre des actions de promotion en santé communautaire. Ces activités, conduites par un Service Spécialisé dénommé Service IEC-Multimédia (SIEC/MM), ont touché de nombreux domaines dont ceux de la nutrition, de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement. À cet effet, un point-focal communication appelé Agent de Développement Sanitaire (ADS), aujourd'hui désigné sous l'appellation Agent de Santé Communautaire (ASC) a été mis en place dans chaque district sanitaire pour prolonger les actions d'éducation sanitaire et mobilisation communautaires.

Deux missions commises par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de la Banque Mondiale, centrées en novembre 1994 et avril 1995 sur les activités d'IEC, ont permis de relever de nombreuses faiblesses notamment l'absence d'une politique d'IEC clairement définie. Suivant les recommandations de ces deux missions, le Ministère de la Santé Publique a décidé de réorganiser les activités d'IEC en matière de santé. Le Service National d'IEC (SNIEC) a alors été créé en 1995 avec pour mission essentielle d'élaborer une politique d'IEC/Santé adaptée à l'environnement sanitaire et social de la Côte d'Ivoire et de la mettre en œuvre. En 1996, un document de politique nationale d'IEC pour la santé a été élaboré mais n'a jamais été mis en œuvre. C'est dans ce contexte et dans le but de répondre efficacement à la situation sanitaire délicate pour les populations que le Ministère de la Santé Publique s'est proposé en 2000, de développer l'approche Promotion de la santé à travers une Direction Centrale, la Direction de la Promotion de la Santé (DPS) qui a été dissoute en 2004. Dès lors, des activités de communication sont menées par les différents acteurs des programmes et projets, sans aucune coordination des interventions.

De façon spécifique, la promotion de l'hygiène est intégrée dans les actions de plusieurs Ministères Techniques du fait de son caractère transversal. Il s'agit notamment des Ministères en charge de l'Education Nationale, du Tourisme, de l'Intérieur, de la Décentralisation, de l'Industrie, des Infrastructures Economiques, de l'Agriculture, des Ressources Animales, de la Santé, etc.

De plus, en ce qui concerne le Ministère de la Santé, plusieurs programmes de santé ont recouru à la promotion de l'hygiène comme solution pour répondre efficacement à l'apparition de certaines maladies. Car, pour les professionnels de la santé, lorsque les gens sont encouragés à changer leurs habitudes d'hygiène, ne serait-ce qu'à se laver les mains avec du savon, les bénéfiques en matière de santé sont grandement améliorés. D'ailleurs, à l'instar de nombreux pays dans le monde, la Côte d'Ivoire célèbre depuis octobre 2008, la Journée Mondiale du Lavage des Mains, par une déclaration gouvernementale la veille du 15 octobre, par des activités de mobilisation communautaire dans diverses localités et par l'utilisation de l'affichage out door dans les grandes agglomérations urbaines.

Par ailleurs, à la faveur de la survenue de la Maladie à Virus Ebola dans les pays voisins en 2014, la Côte d'Ivoire a développé une riposte qui a mis l'accent sur la prévention à travers un vaste programme de promotion de l'hygiène et l'adoption, par la population, de comportements responsables.

³⁴ MSLS : Analyse communicationnelle du Document de stratégie de la santé maternelle et infantile, ed. 2011

La stratégie mise en œuvre a consisté, entre autres, en :

- ✓ une communication institutionnelle à travers la mobilisation de l'ensemble du Gouvernement, des institutions de l'Etat, des bailleurs et partenaires au développement autour du concept «mobilisons-nous contre Ebola» et la création du site internet www.prevention-ebola.gouv.ci ;
- ✓ la Communication pour le Changement de Comportement à l'endroit du grand public, des Organisations confessionnelles, des Associations et Groupements à travers des campagnes multimédias.

C'est dire combien plusieurs ressources sont mobilisées de plus en plus dans le cadre de campagnes nationales de promotion de l'hygiène.

Il importe également de signaler que le secteur privé compte des opérateurs intervenant dans le domaine du marketing social et la promotion de la santé. Il s'agit de l'Agence Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS), qui a développé de nombreux supports en matière de santé sexuelle et JHU/CCP qui œuvre dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA.

II.2.2.2 Canaux et supports utilisés pour la sensibilisation à l'hygiène

Une enquête réalisée en 2015, sur l'évaluation de l'état de l'hygiène en Côte d'Ivoire a montré que dans les ménages, 77% des sujets ont entendu parler de l'hygiène avec 52,9% qui ont été exposés à des séances de sensibilisation organisées par le Ministère en charge de la Santé dans 34,4% des cas, suivi des ONG (23,6%) et du Ministère en charge de l'Environnement (19,1%). Les canaux utilisés au niveau des ménages sont essentiellement la télévision (39,8%), les rencontres (30,1%) et la radio (15,3%).

Dans les écoles, 88,6% des sujets ont entendu parler de l'hygiène mais seulement 59,5% y ont été sensibilisés prioritairement par le MEN dans 54% des cas et le Ministère de la Santé (20,7%). Les affiches/prospectus/dépliants sont utilisés dans 26,2% des cas pour la sensibilisation à l'hygiène dans les écoles.

Dans le secteur spécifique des établissements de restauration collective, 37,3% ont été sensibilisés à l'hygiène majoritairement par le Ministère du Tourisme (67,5%) et le Ministère de la Santé (10,6%). Les rencontres et visites des terrains constituent le premier canal de sensibilisation dans les établissements de restauration collective (47,3%), suivi des affiches et prospectus (23,8%), de la télé (16,1%) et de la radio (11,9%).

Selon les résultats de l'enquête, deux canaux de communication que sont la télévision et la radio ; ainsi qu'un mode de mobilisation communautaire ont été identifiés. La mobilisation communautaire concerne les rencontres avec les agents des structures gouvernementales (ministères techniques, etc.) et les ONG. Ces différents canaux, jusque-là mis en œuvre pour promouvoir l'hygiène, ont des limites ; particulièrement, pour la télévision et la radio.

II.2.2.3 Perception des populations sur les activités de promotion de la santé et de l'hygiène

Selon une étude conduite par l'UFR des Sciences Médicales d'Abidjan en Côte d'Ivoire³⁵ concernant les émissions de santé de RTI 1, sur un échantillon de 400 personnes soumises à un questionnaire structuré administré en face à face et de 96 sujets qui ont fait l'objet de 8 focus groups, 92% des enquêtés affirmaient avoir un intérêt pour les émissions de santé et 85% ont déclaré en recevoir une information de qualité. Mais pour 72%, toutes leurs préoccupations n'étaient pas satisfaites par le manque de diversification des thèmes. La compréhension des émissions, dans 46,5% des cas, était entravée par l'utilisation du jargon médical, par le manque d'illustrations et par une segmentation mal définie au niveau de la cible communicationnelle.

³⁵ ZOGBE, Somon Bérengère ; Prof. BENIE Bi Vroh Joseph : Perceptions des émissions de santé de la RTI 1 par les populations urbaines et rurales d'Abidjan et d'Abi, Abidjan 2016.

Le VIH/SIDA, la maladie à virus Ebola et le paludisme étaient les pathologies les plus évoquées dans les émissions (20%, 17,7% et 12,3%).

II.2.2.4 Efficacité des campagnes de communication en santé

Dans le cadre d'une analyse de deux stratégies de communication pour la réduction du taux de nouvelles contaminations au VIH/SIDA chez les femmes en Côte d'Ivoire³⁶, il a été mis en évidence que la lutte pour l'éradication du VIH/SIDA n'est pas encore gagnée. Selon cette analyse, les stratégies de communication devraient associer les femmes elles-mêmes, les gouvernants et les leaders communautaires à la lutte contre ce fléau et ce, grâce à la théorie de l'action raisonnée, de l'influence sociale combinée à la mobilisation communautaire, aux approches innovatrices (utilisation de SMS, de e-mails, de réseaux sociaux etc.) et à l'utilisation de rôles modèles.

L'individu seul ne pouvant pas toujours faire face aux difficultés, il s'agit d'impliquer les communautés, les gouvernants ainsi que les leaders religieux dans la lutte contre la féminisation du VIH/SIDA car c'est une lutte qui nécessite l'engagement de tous.

Pour plus d'efficacité, une stratégie d'IEC/CCC spécifique aux femmes doit faire l'objet d'un bon média planning. Ce qui signifie une bonne connaissance de médias prisés par les femmes.

Ainsi, l'arrivée sur la télévision nationale (RTI 1) et la télévision limitée à la ville d'Abidjan (RTI 2) de certaines chaînes prisées par les femmes font de la télé, un média incontournable de diffusion de messages envers celles-ci. Selon les fiches techniques de l'étude d'audience auprès des populations de JHU/CCP³⁷, 83% des femmes de 18 à 25 à Abidjan regardent ces films. Selon toujours cette étude d'audience, les radios de proximité telle que Radio Jam-FM (21,6%), Radio Nostalgie (20,7%) et Fréquence Vie (19,3%) ont de nombreuses auditrices féminines.

Concernant la presse écrite, il existe plusieurs magazines hebdomadaires, mensuels, et bimensuels très prisés par les femmes tels que Go Magazine, Mouso d'Afrique, Prestige Maga, Life, etc. qui peuvent être utilisés.

Pour certains auteurs³⁸, il est difficile de parler de problèmes de santé uniquement à travers une campagne médiatique. En effet, on augmente de beaucoup les chances d'inciter les gens à passer à l'action avec une bonne combinaison masse médiatique / communication interpersonnelle sur le terrain. Ces techniques de communication interpersonnelles pourraient utiliser les nouvelles technologies de l'information et de la communication avec en premier lieu internet (e-mail, réseaux sociaux) mais aussi la téléphonie mobile dans ses multiples usages (SMS, etc.). Ces approches novatrices prennent aujourd'hui une place prépondérante dans tous les domaines y compris celui de l'hygiène. De plus, la construction de réseaux sociaux thématiques se réalise aujourd'hui également dans certains milieux via ces nouveaux outils.

II.3. Diagnostic technique

Les différentes thématiques abordées lors de l'étude sont l'hygiène alimentaire, l'eau potable, l'hygiène corporelle, l'hygiène menstruelle, l'hygiène des mains, l'élimination des excréta et des eaux usées, la gestion des déchets, l'hygiène du milieu (propreté du cadre de vie, de travail et d'apprentissage) et l'hygiène hospitalière.

³⁶ Abibata DRAME, Assistante Université Félix Houphouët-Boigny, Analyse des stratégies de communication pour la réduction du taux de nouvelles contaminations au VIH/SIDA chez les femmes en Côte d'Ivoire, Premier semestre, Vol. 1, n°1, Janvier / février 2013

³⁷ Fiches techniques de l'étude des audiences auprès des populations de 18 à 45 ans. février 2012

³⁸ Hugues Koné, in « La Communication pour le Développement durable en Afrique » (1995), et Wilbur Schramm, in "Mass -media and National Development" (1964)

En matière d'hygiène, la majorité des sujets (82,5%) a une connaissance non conforme (mauvaise ou insuffisante). 44,8% ont une mauvaise pratique et 52,15% ont une attitude satisfaisante. Les intentions des sujets sont donc bonnes mais les dispositions techniques et pratiques font défaut.

Dans le District Autonome d'Abidjan, 85,6% des sujets ont une connaissance non satisfaisante en matière d'hygiène contrairement aux autres localités du pays où ce taux est de 74,9%.

Plus de la moitié des sujets à Abidjan présentent des attitudes satisfaisantes (moyennes et bonnes) face à l'hygiène contrairement aux autres localités du pays où 56,5% des sujets ont une mauvaise attitude.

52,5% des sujets à Abidjan ont une pratique conforme contrairement à l'intérieur du pays où 63,1% des sujets ont une pratique non conforme.

Cette situation peut s'expliquer par le fait qu'à force d'entendre à travers les médias, les conséquences négatives du manque d'hygiène et les risques sanitaires auxquels l'on est exposé, les populations d'Abidjan qui ont plus accès aux canaux d'information et de sensibilisation et qui sont plus en contact avec les porteurs de messages, présentent de meilleures dispositions contrairement aux autres sujets. Cela se répercute naturellement sur les pratiques qui sont acceptables.

Dans les ménages, 98,3% des sujets ont une connaissance insuffisante de l'hygiène, suivis des sujets dans les restaurants et petits commerces (77,9%), des gares routières (68,4%) et des établissements sanitaires (64,6%).

72,3% des sujets dans les administrations publiques et privées possèdent une connaissance satisfaisante de l'hygiène suivis des sujets des établissements scolaires et universitaires (64,1%).

Cela peut être justifié par le niveau d'étude des sujets ainsi que l'absence ou l'insuffisance de leur participation à des formations spécifiques en hygiène.

Les sujets ont une attitude mauvaise dans les gares routières (89,5%), dans les restaurants et petits commerces (88,2%), dans les établissements sanitaires (59,5%) et dans les écoles (51,1%).

La majorité des sujets ont une attitude satisfaisante dans les administrations publiques et privées (83,8%) et dans les ménages (55,5%).

Pour l'attitude, plus de la moitié des sujets à Abidjan ont un score satisfaisant (55,8%) contrairement aux autres localités du pays où 56,5 % des sujets ont une attitude insuffisante.

La pratique est mauvaise chez les sujets dans les établissements sanitaires (75,9%), les restaurants et petits commerces (67,6%), les écoles (58,8%) et les ménages (51,3%).

II.4. Diagnostic financier

Les appuis financiers à la promotion de l'hygiène à travers le secteur de la santé sont le Trésor Public (18,4%) et les PTF (81,6%). De manière spécifique, les besoins en financement de la gestion des déchets sanitaires, relativement au PNGDM 2009-2011, ne sont couverts qu'à 15,8%.

Au niveau du secteur de la salubrité urbaine, le financement est assuré majoritairement par le Fonds de Financement des Programmes de Salubrité Urbaine (FFPSU) à travers des taxes et impôts collectés par la Direction Générale des Impôts (DGI) et la Direction Générale des Douanes (DGD) sur le Patrimoine Foncier (IPF), la Voirie, l'Hygiène et l'Assainissement (TVHA), l'Enlèvement des Ordures Ménagères (TEOM), la Salubrité et la Protection de l'Environnement (TSPE) et Certains produits en matière Plastique (TSCP). Le montant total annuel moyen des recouvrements estimé à 12 milliards FCFA reste très inférieur aux besoins annuels actuels du secteur au niveau national (35 milliards FCFA). La contribution de la population au financement de la promotion de la salubrité de façon générale et la gestion des DSMA de façon spécifique à travers les taxes et impôts, représente, sur la période de 2010 à 2015, 97,2% du montant total contre 2,8% de contribution du Trésor Public à travers le BGE³⁹.

Pour renforcer le financement de la salubrité et de la gestion des DSMA sur toute l'étendue du territoire national, le Gouvernement a décidé de porter le budget total annuel du secteur à 30 milliards à partir de 2016⁴⁰.

³⁹ MINESUDD, 2015.

⁴⁰ Communiqué du Conseil des Ministres, Séguéla le 23 juillet 2015

⁴¹ La Déclaration eThekwini et le Plan d'action d'AfricaSan. (https://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/eThekwiniAfricaSan_french.pdf)

⁴² Déclaration de Ngor sur l'hygiène et l'assainissement. (http://wsscc.org/wp-content/uploads/2015/06/africasan4_declaration_french.pdf)

⁴³ République de Côte d'Ivoire : Plan National de Développement 2016-2020

III.1. Engagements de eThekweni

Lors de la deuxième conférence africaine sur l'assainissement et l'hygiène, les pays africains se sont engagés dans la déclaration de eThekweni en Afrique du Sud (AfricaSan 2) d'allouer une ligne budgétaire spécifique d'au moins 0,5% du PIB, au budget du secteur public pour les programmes d'assainissement et d'hygiène⁴¹.

III.2. Engagements de NGOR

La 4^{ème} conférence régionale sur l'hygiène et l'assainissement en Afrique (AfricaSan 4) qui s'est tenue à Dakar au Sénégal du 25 au 27 mai 2015 a été sanctionnée par une déclaration dite Déclaration de Ngor. La vision formulée à cette occasion par les ministres africains en charge de l'hygiène et l'assainissement est de «réaliser un accès universel aux services appropriés et durables d'hygiène et d'assainissement et mettre fin à la défécation à l'air libre d'ici 2030». A la suite de cette rencontre de haut niveau, les pays africains se sont engagés à (i) «mobiliser des soutiens et ressources au niveau politique le plus élevé pour l'hygiène et l'assainissement afin de prioriser l'hygiène et l'assainissement dans les plans de développement nationaux», (ii) «établir et faire le suivi des lignes budgétaires dédiées à l'hygiène et l'assainissement qui augmentent annuellement afin d'atteindre l'objectif minimum de 0,5% du PIB d'ici 2020» et «élaborer et financer des stratégies afin de combler les déficits de ressources humaines dans le secteur de l'hygiène et de l'assainissement à tous les niveaux»⁴².

III.3. Engagements de la Côte d'Ivoire relatifs aux Objectifs de Développement Durable (ODD)

III.3.1 Bilan de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement

En septembre 2000, suite au Sommet du Millénaire, la Côte d'Ivoire s'est engagée, à l'instar de tous les pays, à mettre en œuvre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Aujourd'hui, la situation des indicateurs des OMD est mitigée et le maintien des acquis repose sur des bases encore fragiles. Beaucoup de cibles n'ont pas été atteintes à la fin 2015. Les progrès sont visibles, particulièrement dans les domaines de l'accès à l'eau potable, de l'assainissement, de la lutte contre le VIH/Sida et la réduction des inégalités entre garçons et filles dans l'enseignement primaire et secondaire⁴³.

III.3.2 Engagements vis-à-vis des ODD

Actuellement, la Côte d'Ivoire à travers le Ministère en charge du Développement Durable a initié le processus devant aboutir à l'actualisation de la Stratégie Nationale de Développement Durable.

En effet, après l'adoption des dix-sept (17) ODD, il est prévu des rencontres sectorielles puis nationales d'information, de sensibilisation et de mobilisation. Ensuite, il s'agira de l'identification des priorités nationales sur la base desquelles, la stratégie nationale de Développement Durable sera mise à jour.

Quatre (04) ODD présentent un lien direct avec les objectifs de la SNPH. Ce sont :

- **Objectif 2** : Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable ;
- **Objectif 3** : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ;
- **Objectif 6** : Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau ;
- **Objectif 11** : Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables.

En s'engageant dans le cadre des ODD, la Côte d'Ivoire devra se donner les moyens pour améliorer la qualité du cadre de vie des populations. Cela implique d'importants investissements en matière d'infrastructures, d'installations d'assainissement et en matière de promotion de l'hygiène à tous les niveaux.

III.4. Lettre de politique sectorielle de l'assainissement et du drainage⁴⁴

L'objectif visé est d'offrir à 60% de la population ivoirienne, un accès durable aux installations sanitaires améliorées en 2030.

En milieu rural le taux d'accès à un assainissement amélioré sera évalué à partir :

- du pourcentage de la population ayant arrêté la pratique de la défécation à l'air libre. Le taux de la population pratiquant la défécation à l'air libre **passera de 51% à 15% en 2030** ;
- du pourcentage de la population rurale ayant accès à l'assainissement amélioré, qui sera porté à 45% en 2030.

En 2020, 1,2 million de nouvelles personnes devront avoir mis fin à la pratique de la défécation à l'air libre. Ceci portera à 18% le taux d'accès de la population rurale à l'assainissement amélioré.

Avec les efforts conjugués des collectivités territoriales, des ministères en charge de l'assainissement, de la santé et des partenaires techniques et financiers, 6,5 millions de nouvelles personnes devront avoir mis fin à la pratique de la défécation à l'air libre en 2030. Ceci portera à 45% le taux d'accès de la population rurale à l'assainissement amélioré.

En milieu urbain, de 2016 à 2020, le taux d'accès à un assainissement amélioré passera de 33% à 50%, soit un accroissement de 2,5 millions de personnes. De 2021 à 2030, le taux d'accès à un assainissement amélioré passera de 50% à 75%, soit un accroissement de 4,5 millions de personnes. Un programme d'accès à l'assainissement ciblé sur les quartiers urbains d'habitat précaire sera mis en œuvre en vue de leur réserver en priorité l'aide publique. Seuls seront pris en compte, les quartiers précaires situés en dehors des lits d'écoulement d'eau pluviale et des flancs des thalwegs, sites considérés comme des zones à risque.

Le taux de traitement des eaux usées collectées par les systèmes d'assainissement collectifs atteindra 25% en 2020 et 100% en 2030.

Sur la période 2016-2030, l'ensemble des 31 chefs-lieux de régions et des deux (02) Districts Autonomes seront dotés de stations de traitement des boues de vidange pour une bonne maîtrise de ce sous-secteur.

⁴⁴ Source : Direction Générale de l'Assainissement et du Drainage

Dans la période 2016-2030, le programme de protection contre les inondations des principaux sites urbains inondés régulièrement sera renforcé et avec la définition des schémas directeurs de l'urbanisme et de l'assainissement des deux Districts Autonomes et des chefs-lieux de régions, un programme d'aménagement des réseaux primaires de drainage des bassins versants des centres urbains sera mis en œuvre.

La pratique de la défécation à l'air libre en milieu urbain sera éliminée à l'horizon 2030.

Pour ce qui est de l'accès à l'assainissement semi-collectif, le pourcentage d'équipements des établissements scolaires dotés d'installations d'assainissement amélioré passera de 45% en 2016 à 50% à l'horizon 2020 et à 65% à l'horizon 2030. Le pourcentage d'équipements des centres de santé équipés d'installations d'assainissement amélioré passera de 60% en 2016 à 65% à l'horizon 2020 et à 70% à l'horizon 2030. Les principaux autres lieux publics (marchés, gares routières et ferroviaires) auront accès à un assainissement amélioré à l'horizon 2030.

III.5. Pacte de Durabilité du Programme d'appui à l'accélération de l'Accès Durable à l'Eau, Hygiène et Assainissement (PADEHA)

Le Pacte de Durabilité signé entre le Gouvernement et l'UNICEF, dans le cadre du programme PADEHA vise à maintenir la fonctionnalité des infrastructures Eau, Hygiène, Assainissement et le changement durable de comportement des populations dans un horizon temporel d'au moins dix (10) ans.

La durabilité dans le cadre du PADEHA se réfère aux principes de :

- l'appui effectif du Gouvernement central ;
- l'implication effective des autorités décentralisées / déconcentrées ;
- la disponibilité de ressources (humaines, financières et matérielles), des services et de l'expertise au niveau du secteur public et du secteur privé ;
- l'implication des communautés capables de choisir les options techniques, organisationnelles et financières les mieux adaptées à leur situation.

Dans le cadre du présent Pacte de Durabilité, le Gouvernement s'engage à promouvoir l'hygiène et le traitement de l'eau à domicile comme des pratiques courantes pour au moins 85% des populations des communautés rurales des zones d'intervention pendant au moins 10 ans. Les efforts dans ce sens seront déployés à travers :

- l'adoption et la vulgarisation du code de l'hygiène ;
- l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre des documents de politique et de stratégie d'hygiène en milieu communautaire ;
- la création et la dotation d'une ligne budgétaire relative à l'hygiène en milieu communautaire ;
- la mise en place d'un mécanisme incitatif de participation du secteur privé et de la communauté au financement de la promotion de l'hygiène et du traitement de l'eau à domicile ;
- le développement d'un marché de produits de traitement de l'eau à domicile, la promotion et l'utilisation des produits de traitement de l'eau à domicile à l'échelle nationale (production, promotion, commercialisation) ;
- la mise en place des contrats de performance pour les prestataires de santé relatifs aux activités préventives et promotionnelles en matière d'hygiène et de traitement de l'eau à domicile ;
- la révision des curricula de formation de base des agents de santé pour y inclure des modules spécifiques à l'hygiène en milieu communautaire et assurer la formation continue des agents en activités ;

- le renforcement des capacités opérationnelles des directions régionales et départementales du Ministère en charge de l'Hygiène.

III.6. Engagements traduits dans le Plan National de Développement (PND) 2016-2020⁴⁵

Avec le Plan National de Développement, la période 2011-2015 a été marquée par quelques avancées dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). La santé, notamment infantile s'est améliorée. Les progrès réalisés en matière d'assainissement et d'accès à l'eau potable sont considérables, mais demeurent inégaux au détriment des zones rurales moins dotées en infrastructures et pouvoir d'achat.

Le résultat global attendu à l'horizon du PND 2016-2020 est le suivant : «la Côte d'Ivoire est un pays émergent à l'horizon 2020 avec une base industrielle solide».

Pour le secteur de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement, les enjeux sont les suivants :

- mettre fin à la défécation à l'air libre d'ici 2020 ;
- faire passer l'accès à un meilleur système d'assainissement de base de 22% de la population en 2015 à 75,3% en 2018 et à 81% en 2020 ;
- offrir l'accès à une source d'eau potable à 96,4% de la population en 2018 et 100% en 2020. Ce taux étant de 76,5% en 2013 et 91% en 2015 ;
- doter l'ensemble des chefs-lieux de régions d'un schéma directeur d'assainissement afin de garantir une vision cohérente à long terme et mettre en place des mécanismes de financement adaptés aux exigences en matière d'infrastructures ;
- en matière de gestion des déchets, améliorer le système existant et amorcer la transition d'une économie linéaire à une économie circulaire, dans laquelle les déchets et produits usagés, au lieu de les destiner à l'abandon, sont réinjectés dans les circuits de création de valeur et deviennent de véritables ressources pour l'industrie, l'agriculture ou la production d'énergie. Le recyclage et la valorisation des déchets seront les leviers d'un développement associant la préservation de l'environnement et de la santé publique à la création d'entreprises et d'emplois.

IV.1. Contexte et justification

Dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la communauté internationale s'est engagée à réduire de moitié le nombre de personnes n'ayant pas accès de façon durable à une eau potable et à un assainissement de base (OMD 7) incluant les bonnes pratiques d'hygiène. Cet OMD 7, qui impacte plusieurs autres objectifs du millénaire pour le développement (Santé, Nutrition, Education, etc.), n'a pu être atteint, ce qui constitue un véritable défi pour les populations et les gouvernants.

S'agissant spécifiquement de la question de la santé en relation avec l'hygiène et l'environnement, elle a toujours été faiblement adressée dans ces pays malgré les engagements pris par les Etats à Libreville en 2008 lors de la Première Conférence Interministérielle sur la Santé et l'Environnement en Afrique. Les aspects curatifs des questions de santé ont toujours prévalu pendant que les actions préventives et promotionnelles notamment d'hygiène, sont souvent reléguées au second plan.

Pourtant, plusieurs études ont mis en évidence la corrélation entre les bonnes pratiques d'hygiène et la réduction de certaines maladies telles que les diarrhées et les IRA. En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2002, 1,03 million de décès ont été attribués à des systèmes d'approvisionnement en eau insuffisant, à un assainissement inadéquat et à une mauvaise hygiène⁴⁶.

En Côte d'Ivoire, comme dans la plupart des pays en développement, les diarrhées et les IRA⁴⁷ figurent, depuis des décennies, parmi les trois principales causes de la morbidité des enfants de moins de 5 ans. Bien que des efforts aient été faits pour réduire la mortalité infantile en Côte d'Ivoire, le taux reste encore élevé et est estimé à 108 pour mille selon EDS-MICS CI, 2011-2012. Le problème de malnutrition chronique reste également important, touchant 30% des enfants âgés de 0 à 59 mois au niveau national⁴⁸.

Par ailleurs, depuis mars 2014, une épidémie de Maladie à Virus Ebola (MVE) touche plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest, principalement la Guinée et le Libéria, pays frontaliers à la Côte d'Ivoire, ainsi que la Sierra Léone. La propagation de cette maladie grave et mortelle étant fortement liée aux conditions d'hygiène, les autorités ivoiriennes ont pris des mesures de prévention notamment la promotion de l'hygiène dans tous les secteurs surtout en milieu de soins, en milieu scolaire et dans la communauté.

Le Gouvernement, avec le PND 2016-2020, veut à travers l'axe stratégique II relatif à «l'accélération du développement du capital humain et la promotion du bien-être social», créer les conditions pour que les populations de toutes couches sociales bénéficient de conditions de vie adaptées à travers (i) l'accès à un système d'assainissement durable et amélioré, (ii) l'accès accru à l'eau potable.

Par ailleurs, le Gouvernement a affiché clairement sa volonté de faire de l'hygiène une priorité en créant un ministère spécifique dénommé Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et un autre dénommé Ministère de la Salubrité Urbaine et de l'Assainissement, pour marquer politiquement, son attachement à l'amélioration du cadre de vie des populations. La Côte d'Ivoire, ayant participé en Avril 2012 à la deuxième rencontre de haut niveau du Partenariat pour l'Assainissement et l'Eau pour Tous à Washington DC, a pris l'engagement d'assurer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement de base aux populations.

⁴⁶ OMS : Rapport sur la santé dans le monde 2006, Genève, OMS 2007

⁴⁷ Infections Respiratoires Aigües

⁴⁸ EDS-MICS CI, 2011-2012

Le rapport du Joint Monitoring Program 2014 révèle un léger progrès en termes de taux de couverture. 80% de la population a accès à l'eau potable et 22% à un assainissement amélioré. Pour ce qui est de l'hygiène, les données sont quasi inexistantes.

De plus, les engagements pris par la Côte d'Ivoire dans le cadre des ODD qui renforcent la place de l'hygiène dans les politiques de développement ont réaffirmé la détermination du Gouvernement ivoirien en la matière.

Sur le plan opérationnel, plusieurs acteurs (structures gouvernementales, collectivités territoriales, partenaires au développement, ONG, secteurs privés, sociétés civiles, ménages, etc.) interviennent à différents niveaux dans le secteur de l'hygiène, mais généralement de façon ponctuelle et disparate, sans coordination aucune.

Dans un contexte où l'objectif gouvernemental est de faire de la Côte d'Ivoire un pays émergent à l'horizon 2020 et où la volonté politique est de plus en plus marquée, il était devenu impératif de renforcer les actions en matière d'hygiène.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, avec l'appui financier de l'UNICEF, a initié le processus ayant abouti à l'élaboration de la Stratégie Nationale de Promotion de l'Hygiène (SNPH).

IV.2. Vision

Les populations vivent et travaillent dans un environnement sain, adéquat et sans risques pour leur santé, conformément aux dispositions de l'article 19 de notre loi fondamentale.

Cette vision est soutenue par les valeurs de responsabilité, d'équité, de justice sociale, d'éthique, de solidarité et de civisme dans la perspective de l'émergence de l'«ivoirien nouveau».

La vision est guidée par treize (13) principes inspirés du PNDS 2013-2015, du Code de l'Environnement et de l'UNICEF.

1. Principe de précaution

C'est le principe selon lequel en cas de risques graves ou irréversibles, l'absence de certitude scientifique absolue ne doit pas servir de prétexte pour remettre à plus tard l'adoption de mesures effectives visant à prévenir la dégradation des conditions d'hygiène.

2. Principe de substitution

Selon ce principe, si à une action susceptible d'avoir un impact préjudiciable sur l'hygiène du cadre de vie, peut être substitué une autre qui présente un risque ou un danger moindre, cette dernière action est choisie même si elle entraîne des coûts élevés en rapport avec les valeurs à protéger.

3. Principe de coopération

Il s'agit du principe qui impose que les autorités publiques, les institutions internationales, les associations de défense des droits de l'homme et les particuliers concourent à la préservation de l'environnement et de l'hygiène à tous les niveaux possibles.

4. Principe pollueur-payeur

Selon ce principe, toute personne physique ou morale dont les agissements et/ou les activités causent ou sont susceptibles de causer des dommages à l'hygiène et à la qualité du cadre de vie est soumise à une taxe et/ou redevance. Elle assume, en outre, toutes les mesures de remise en état.

5. Principe de non régression

Il s'agit du principe selon lequel l'Etat a l'obligation de faire en sorte que les règles d'hygiène ne subissent pas de régressions ou de reculs qui remettraient en cause l'évolution continue et progressive des politiques visant à promouvoir un cadre de vie sain.

6. Principe de prévention

Ce principe implique la mise en œuvre de règles et d'actions visant à anticiper toute atteinte à la qualité du cadre de vie et de travail en utilisant les meilleures techniques disponibles à un coût économiquement acceptable.

7. Principe de la gestion intégrée

Ce principe présente l'avantage de tenir compte de toutes les relations et interactions existantes entre les différents acteurs dont l'activité impacte l'hygiène. La gestion intégrée emprunte une démarche transversale, multisectorielle, multidisciplinaire et multi-partenariale.

8. Principe de subsidiarité

Selon ce principe, toute action publique devant permettre de lutter contre toutes atteintes à l'hygiène et promouvoir un cadre de vie sain, doit être prise à l'échelon de décision le mieux approprié pour agir efficacement en faveur de l'intérêt général des générations actuelles et futures.

9. Principe de participation et de responsabilisation

Ce principe prescrit que toute personne a le droit, dans les conditions et les limites définies par la loi, de participer à l'élaboration des décisions en matière d'hygiène, et en général sur tout projet ayant une incidence sur la qualité du cadre de vie. Il s'agira également de favoriser la capacitation et la responsabilisation des communautés pour une meilleure implication et appropriation des bonnes pratiques, tant au niveau individuel, communautaire que dans les lieux publics.

10. Principe d'information

Il s'agit d'un principe selon lequel les personnes susceptibles d'être affectées par un projet ou programme pouvant porter atteinte spécifiquement à l'hygiène ou de façon générale à la qualité du cadre de vie, doivent être informées. Il implique que l'Etat facilite l'accès aux données et aux renseignements concernant ou susceptibles de concerner leur environnement.

11. Principe de gouvernance

C'est un principe qui implique le renforcement de la redevabilité, la transparence, le contrôle social dans la gestion des affaires publiques ou privées et indiquant des approches rationnelles de la décision, basées sur des indicateurs et des évaluations. L'obligation de rendre compte (redevabilité) de ses actions et le contrôle social permettra d'être plus efficace. Ce principe implique également une meilleure participation et coordination des acteurs et des interventions à tous les niveaux.

12. Principe d'équité et d'inclusion sociale pour les groupes vulnérables

Principe selon lequel les problèmes de marginalisation et d'exclusion doivent être résolus afin que chacun ait accès à des conditions d'hygiène acceptable. Ce principe fait référence à la reconnaissance de la différence entre les personnes et les appuis et les ressources dont celles-ci ont besoin pour réaliser leurs droits. Il insiste sur l'accompagnement des uns et des autres (y compris les personnes discriminées et marginalisées) et l'implication dans les processus globaux visant à reconnaître leurs droits et leurs besoins.

13. Principe d'efficacité et Gestion Axée sur les Résultats (GAR)

Un plan d'investissement étant annexé à cette stratégie, il est question d'optimiser la chaîne des résultats (planification, programmation, budgétisation et suivi/évaluation), pour atteindre les objectifs/cibles fixés, à partir des ressources disponibles. Le souci d'atteindre les résultats fixés dans un contexte de ressources limitées impose une bonne prise en compte du meilleur usage qu'il faut faire des ressources disponibles.

IV.3. Objectifs de la stratégie

IV.3.1 Objectif général

Améliorer les conditions d'hygiène individuelle et collective susceptibles de contribuer durablement à la lutte contre la maladie et à l'émergence de la Côte d'Ivoire d'ici 2020.

IV.3.2 Objectifs stratégiques

1. Améliorer la gouvernance du secteur de l'hygiène à travers un renforcement du cadre institutionnel et juridique et une meilleure définition des rôles et responsabilités des acteurs ;
2. Renforcer la communication pour le changement de comportement des populations ;
3. Renforcer les capacités des acteurs en matière de formation et de durabilité des infrastructures, d'équipements et de matériels de promotion de l'hygiène ;
4. Identifier un mode de financement durable de la promotion de l'hygiène ;
5. Développer un partenariat dynamique avec le secteur privé et les collectivités territoriales.

IV.4. Résultats d'effet attendus

1. Au niveau institutionnel, juridique et politique :

- a. Les Codes de l'Hygiène Publique, de la Salubrité et de l'Assainissement sont promulgués, les décrets et arrêtés d'application sont pris et les populations en sont informées ;
- b. Les textes existants en matière d'hygiène, de salubrité et d'assainissement sont appliqués ;
- c. Les rôles et responsabilités des acteurs sont clairement définis ;
- d. La coordination des interventions est mieux assurée ;
- e. Les collectivités territoriales intègrent la promotion de l'hygiène dans les plans locaux et les plans sectoriels de développement.

2. Au niveau de la communication et de la mobilisation sociale :

- a. Les connaissances des populations sur l'hygiène sont accrues ;
- b. Les populations adoptent des attitudes et normes sociales favorables à l'hygiène ;

- c. Les populations adoptent les bonnes pratiques d'hygiène ;
- d. Tous les acteurs sont mobilisés autour de l'hygiène.

3. Au niveau du renforcement des capacités :

- a. Les curricula de formation de base sont renforcés et intègrent la promotion de l'hygiène ;
- b. La formation continue systématique des acteurs en matière d'hygiène est instituée ;
- c. Les acteurs de la santé, de la restauration, de l'école, des gares routières, des lieux de cultes, des marchés et les agents des administrations publiques et privées sont formés à l'hygiène ;
- d. Les déchets sanitaires et ménagers sont gérés de façon écologiquement rationnelle ;
- e. Les dispositifs de lavage des mains sont vulgarisés et installés partout où besoin est ;
- f. Les ménages, les écoles, les établissements sanitaires, les gares, les restaurants, les administrations, les lieux de culte et les autres lieux publics sont dotés de toilettes/latrines fonctionnelles et bien entretenues ;
- g. L'accès à l'eau potable est amélioré dans les ménages, les écoles, les établissements sanitaires, les gares, les restaurants, les administrations, les lieux de culte, etc.

4. Au niveau du financement et du partenariat pour le développement :

- a. Le financement du secteur est renforcé et le suivi de l'exécution, mieux organisé ;
- b. Les collectivités territoriales s'impliquent efficacement dans la promotion de l'hygiène ;
- c. Le partenariat public-privé est développé dans le secteur de l'hygiène.

IV.5. Champ d'action

La SNPH, en fonction de ses objectifs et des résultats qui en sont attendus, va s'articuler autour des thématiques suivantes :

- l'hygiène alimentaire ;
- l'eau potable ;
- l'hygiène hospitalière ;
- l'hygiène en milieu scolaire et universitaire ;
- l'hygiène corporelle y compris l'hygiène menstruelle et l'hygiène des mains ;
- l'hygiène environnementale ou du cadre de vie, prenant en compte l'élimination des excréta et des eaux usées, la gestion des déchets, la lutte contre les nuisances sonores, olfactives et visuelles, la pollution atmosphérique, le ravalement des façades, l'embellissement ;
- l'hygiène en situation d'urgence.

IV.6. Approche stratégique

L'approche de la SNPH est une approche holistique qui privilégie l'intervention à tous les niveaux de l'organisation administrative et du système de santé ainsi que dans les secteurs d'activités. Elle a pour fondement la Constitution ivoirienne du 1^{er} août 2000.

En effet, la loi fondamentale consacre le droit de l'homme à un environnement sain. Ce droit implique nécessairement l'idée d'un cadre de vie hygiénique et assaini. A son article 19, la Constitution énonce que «le droit à un environnement sain est reconnu à tous».

La participation et l'implication de tous pour l'amélioration de la qualité du cadre de vie sont également consacrées par la Constitution qui précise en son article 28 que «la protection de l'environnement et la protection de la qualité de la vie sont un devoir pour la communauté et pour chaque personne physique et morale». La valeur constitutionnelle conférée à la protection de l'environnement de façon générale et à la promotion de l'hygiène du cadre de vie de façon spécifique, constitue une avancée significative et un gage en faveur du développement durable.

IV.7. Axes stratégiques

IV.7.1 Axe Stratégique 1 : Renforcement du cadre juridique et institutionnel

Composante 1 : Renforcer le cadre législatif

Plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest sont dotés de lois spécifiques à l'hygiène. A défaut, certains pays disposent d'un Code de l'assainissement. Plus de cinquante ans après son indépendance, la Côte d'Ivoire ne dispose d'aucun texte législatif spécifique, ni en matière d'hygiène, ni en matière d'assainissement. L'adoption de façon inclusive, de textes législatifs dans les domaines de l'hygiène, de la salubrité et de l'assainissement devient donc une urgence et une nécessité.

Composante 2 : Renforcer le cadre réglementaire et normatif

Il s'agit ici de procéder à la prise de façon impérative, des décrets et arrêtés d'application des textes existant tels que le Code de l'Environnement, le Code du Travail, le Code de l'Eau et la loi portant transfert et répartition des compétences de l'Etat aux Collectivités, notamment en ce qui concerne l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

Après adoption des Codes de l'Hygiène Publique, de la Salubrité et de l'Assainissement, les différents textes subséquents devront être rapidement pris.

Il s'agit par ailleurs, de prendre le texte réglementaire approprié pour définir l'organisation, le champ d'intervention du Groupe sectoriel EHA qui devra prendre en compte tous les aspects de l'hygiène, ses attributions et son fonctionnement.

Sur la base des textes réglementaires, les normes, directives et cadre de référence doivent être élaborés ou mis à jour dans les domaines de :

- l'hygiène alimentaire (hygiène dans les restaurants, pâtisseries, boulangeries, boucheries, poissonneries, abattoirs, marchés, supermarchés, normes en matière d'emballage alimentaire, etc.) ;
- l'hygiène hospitalière (gestion des déchets sanitaires, traitement des locaux et dispositifs médicaux, lutte contre les infections nosocomiales, normes de potabilité de l'eau en unité de soins, etc.) ;
- l'eau potable (norme de potabilité de l'eau destinée à la consommation humaine, conditions de délivrance des autorisations des entreprises de production, de conditionnement et de distribution l'eau pour la consommation humaine, traitement de l'eau de consommation humaine, etc.) ;
- l'hygiène en milieu scolaire et universitaire (dispositions architecturales, constructions des latrines, des points d'eau, entretien des locaux, gestion des déchets banaux et dangereux issus des laboratoires et salles de travaux pratiques, gestion des déchets dans l'espace périscolaire etc.) ;
- l'hygiène corporelle (dispositifs et techniques de lavage des mains, conditions pour une gestion adéquate de l'hygiène menstruelle, moments, produits et techniques de lavage du corps, etc.) ;

- l'hygiène environnementale (schéma directeur de gestion des déchets ménagers, industriels et les déchets d'équipements électriques et électroniques, plan d'action de gestion des déchets, entretien des espaces publics, évacuation des eaux de pluie, des eaux usées et des excréta par la construction de canaux et de toilettes publiques, lutte contre le bruit et les autres nuisances, ravalement des façades et embellissement, niveaux et qualité des émissions atmosphériques, etc.) ;
- l'hygiène en situation d'urgence (épidémies, catastrophes naturelles, situation de guerre ou de conflit, famine et pénurie d'eau, etc.).

Il s'agira également de définir un paquet minimum d'activités Eau, Hygiène et Assainissement pour chaque structure en tenant compte de la pyramide sanitaire.

A cela s'ajoutent la collecte et l'analyse systématique des indicateurs EHA dans les systèmes de routine existant au sein de certains départements ministériels en charge de la santé, de l'éducation, de la restauration, etc., et de certaines structures du secteur privé.

Il s'agit enfin de rendre systématique et obligatoire : (i) les formations sur les bonnes pratiques d'hygiène pour le personnel amené à manipuler les denrées alimentaires, (ii) le certificat de salubrité et d'hygiène et l'agrément sanitaire qui doivent concerner d'une part, tous les établissements recevant du public et d'autre part, les établissements manipulant les Denrées Animales et d'Origines Animales (DAOA). Ces documents doivent être accompagnés d'un dispositif de suivi, d'évaluation et de répression renforcée.

Composante 3 : Organiser le pilotage du secteur

La création d'organes de pilotage permettra une meilleure coordination des interventions au niveau national et au niveau décentralisé. Ces organes auront pour socle les structures existantes dans le domaine de l'hygiène. Il s'agit des organes suivants :

Organe 1 : le Groupe Sectoriel Eau Hygiène Assainissement

Il constitue au niveau national, le cadre multisectoriel et multidisciplinaire de réflexion et d'orientation. La mise en place du Groupe Sectoriel Eau Hygiène Assainissement a été décidée en Conseil des Ministres. Cet organe national devra avoir des déclinaisons au niveau régional et départemental dont la composition, les attributions et les dispositions pour les rendre opérationnels devront être précisées par voie réglementaire.

Ce Groupe Sectoriel devra couvrir toutes les thématiques de l'hygiène et comprendre outre les partenaires techniques et financiers du secteur, au moins les Ministères en charge de l'Eau, de la Santé, de l'Hygiène, de la Salubrité, de l'Assainissement, de l'Education, de la Communication, de l'Intérieur, de l'Economie et des Finances, du Budget, du Plan et du Développement, de l'Agriculture, des Ressources Animales et Halieutiques, du Tourisme.

Organe 2 : le Comité Régional Sectoriel Eau Hygiène Assainissement

Cet organe aura pour missions de traduire au niveau régional, la politique nationale en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement. C'est un organe de décision qui regroupe les entités décentralisées et déconcentrées des Ministères et structures techniques concernés. Il sera chargé entre autres, de coordonner au niveau local, les actions des Comités Départementaux, d'analyser et valider les actions prioritaires identifiées par le niveau le plus périphérique.

Organe 3 : le Comité Département Sectoriel Eau, Hygiène Assainissement :

Il constitue le relai des actions au niveau des Communes, niveau le plus opérationnel qui constitue le niveau départemental. Il sera chargé entre autres, d'identifier les besoins en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement, de proposer un plan d'actions prioritaires, de conduire la sensibilisation des populations et d'organiser le suivi des activités.

Composante 4 : Créer et opérationnaliser l'organe chargé de la promotion de l'hygiène au niveau national

Un constat s'impose d'emblée, le cadre institutionnel en matière de promotion de l'hygiène est fourni et nécessite un organe de coordination des activités. La visibilité institutionnelle ayant déjà été consacrée à travers la création d'un Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, une plus grande visibilité opérationnelle est nécessaire. Cet organe, chargé de la planification des activités sur le plan national à partir des initiatives sectorielles et locales.

IV.7.2 Axe Stratégique 2 : Communication pour le Changement Comportemental et Social

La résolution de la problématique de la promotion de l'hygiène en Côte d'Ivoire passe inéluctablement par la mise en place maîtrisée d'un système d'information et de communication performant. Celui-ci requiert une démarche et une stratégie souple et simple, compte tenu de la pluralité d'acteurs qui s'y intéressent et de la complexité des problèmes identifiés.

La démarche stratégique proposée ici s'articule autour des objectifs ci-après :

Accroître le niveau de connaissance des populations sur la corrélation entre l'hygiène du milieu et les maladies liées au manque ou à l'insuffisance d'hygiène ;

- promouvoir des normes sociales favorables à l'hygiène et des comportements sains pour prévenir les menaces et risques de maladies ;
- contribuer à l'amélioration du confort et du bien-être des populations et des usagers.

Pour atteindre ces objectifs et tenter de leur apporter une solution durable, le présent plan stratégique ambitionne de définir une stratégie ayant les caractéristiques suivantes :

- elle doit développer une information plurielle ;
- elle doit instaurer une démarche de communication orientée vers la meilleure prise en charge des questions d'hygiène par les populations locales ;
- elle implique à différents niveaux, tous les acteurs que sont les organismes de l'Etat (Ministères techniques, représentant de l'Etat), les partenaires au développement, les collectivités locales et la société civile (les leaders d'opinions).

Cette stratégie part de l'hypothèse selon laquelle le comportement individuel est le produit de multiples influences tant individuelles, sociales qu'environnementales qui se recoupent. C'est pourquoi, elle s'articulera autour du modèle socio-écologique pour le changement.

Le modèle socio-écologique pour le changement est basé sur une synthèse de théories et d'approches tirées des disciplines telles que la psychologie, la sociologie, la communication et les sciences politiques. Ce modèle permet à ceux qui le pratiquent d'examiner et de traiter plusieurs niveaux d'influence afin de promouvoir le changement et de trouver des points de basculement pour un changement effectif.

Le modèle socio-écologique pour le changement est le socle de la Communication pour le Changement des Normes Sociales et des Comportements (CCNSC). La CCNSC fonctionne grâce à la mise en œuvre de trois composantes clés pour le changement que sont :

1. Le plaidoyer : pour accroître les ressources et l'engagement politique/social/communautaire ayant pour objectif le changement ;
2. La mobilisation sociale/mobilisation communautaire (MS/MC) pour une plus grande participation, une action collective et l'appropriation ;
3. La communication pour le changement des connaissances, des attitudes et des pratiques de publics spécifiques (CCC).

Composante 1 : Plaidoyer

Les actions de plaidoyer seront orientées vers le Gouvernement, les représentants de l'Administration Centrale et Décentralisée, les élus nationaux et locaux, les principaux partenaires bilatéraux et multilatéraux, les leaders communautaires et autorités religieuses, les leaders d'opinion et des associations et groupes communautaires.

Cette approche qui est orientée vers les pôles de décisions, vise essentiellement à développer un groupe d'influence capable de générer des décisions favorables à la mise en œuvre effective des projets.

Elle devrait pouvoir susciter et obtenir un engagement politique et financier nécessaire à assurer la disponibilité des services de base sans lesquels l'adoption de bonnes pratiques d'hygiène par la population demeurera problématique.

Composante 2 : Mobilisation sociale

Le document de Politique Nationale de Santé élaboré en octobre 2011⁴⁹ déplore «l'absence d'une stratégie nationale de mobilisation sociale et l'insuffisance de collaboration multisectorielle». Il relève aussi que «la participation communautaire reste également très limitée dans les domaines de la mobilisation sociale et de la prise en charge des maladies dans les endroits non couverts par les structures de santé».

A travers cette composante, il s'agira d'informer, de sensibiliser et de former les populations sur la nécessité, de s'impliquer, de participer à la prise de décisions dans le cadre de plans locaux de communication, mais aussi de les amener à un changement de comportement durable en matière d'hygiène, de propreté et d'amélioration de la vie en cité et dans le lieu d'apprentissage et milieu professionnel à travers la promotion de normes sociales exemplaires. Cela passe par l'implication des acteurs de la société civile (responsables de quartiers, chefs de village, leaders communautaires, des responsables d'associations de femmes et de jeunes) à travers la création de groupes d'initiative communautaire.

⁴⁹ Document de politique nationale de sante (octobre 2011) ministère de la santé et de la lutte contre le sida 37 p

Il en sera de même pour la population éducative pour accompagner la prise de conscience de la nécessité d'un changement de comportement. Les copropriétaires d'un îlot/immeuble, eux, planifieront des actions en faveur de la promotion de l'hygiène à travers des syndicats de copropriété. Les hommes de média, s'organiseront en réseau, pour ouvrir des espaces dédiés à la promotion de l'hygiène dans leurs différents organes d'information.

Chacun de ces acteurs, à son niveau, devrait pouvoir sensibiliser, inciter les populations à agir, à se mobiliser et à mobiliser leurs moyens propres pour l'amélioration de leur cadre de vie.

Composante 3 : Communication pour le Changement de Comportement (CCC)

En sensibilisant et formant les populations cibles, la CCC permet particulièrement à la fois l'appropriation des objectifs visés, la participation des acteurs, la mobilisation sociale et l'autopromotion communautaire. Bien menée, une campagne de CCC peut permettre d'atteindre les trois grands objectifs généralement assignés à un programme communicationnel, à savoir : (i) informer et sensibiliser, (ii) faire changer les attitudes et (iii) faire adopter de nouveaux comportements.

Les besoins informationnels restent importants en raison de la nature (Information scientifique et technique, information socio-économique, information financière et comptable) et des fonctions (étude-diagnostic, suivi-évaluation, finances-comptabilité, etc.) de l'information qui, en dépit de son caractère vertical, est un facteur de réduction de la «part d'incertitude» dans toute prise de décision.

Plusieurs actions permettront d'opérationnaliser cette composante :

Action 1 : Organiser des activités de communication pour le changement de comportement.

Les moyens pour l'éducation, la sensibilisation et la vulgarisation des méthodes susceptibles de conduire au changement de comportement et à la mobilisation sociale doivent tenir compte des éléments éducatifs des expériences existantes en la matière. Ces expériences se situent tant au niveau du substrat socioculturel traditionnel (les coutumes ont mis en œuvre et légué des méthodes implicites d'éducation à l'hygiène) qu'à celui de la société moderne, considérée elle-même comme le condensé de ces deux univers.

Action 2 : Adapter l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC)

Il est souhaitable de recourir à cette approche participative qui permet aux populations locales d'analyser leurs conditions sanitaires et de prendre conscience, collectivement, du terrible impact de certaines pratiques d'hygiène – par exemple la Défécation à l'Air Libre (DAL) – sur leur santé et sur leur environnement. Sans être une panacée, cette approche, qui s'applique de plus en plus au milieu urbain⁵⁰, sera utilisée pour accompagner les communautés vers un état d'assainissement total du milieu, particulièrement leur résidence, leurs cadres de travail ou place d'affaire.

Cette approche comporte trois (03) points qui peuvent être adaptés à la promotion de l'hygiène, en vue de susciter l'émulation des modèles et des bonnes pratiques d'hygiène. Il s'agira du déclenchement basé, sur la stimulation d'un sentiment collectif de dégoût et de honte parmi les habitants d'un ménage, les membres d'une communauté donnée alors qu'ils sont confrontés à la réalité crue représentée par l'état d'insalubrité de leurs toilettes, douches et leurs impacts sur la santé de la famille, de la communauté toute entière.

⁵⁰ Le consensus de Bamako pour l'ATPC fait état de l'introduction de l'ATPC à Rosso, une petite ville de Mauritanie, à Mathare et à Kibera, des bidonvilles informels, des bidonvilles informels du Kenya. En Côte d'Ivoire, on peut citer l'Etude pour le développement de l'information, l'éducation et la communication (IEC) dans le bassin versant du gouou à Abidjan

Viendra ensuite l'étape de l'évaluation. Lorsqu'à l'issue d'une mission d'évaluation sur le terrain, l'on considèrera que l'ensemble des ménages ou d'une localité a amélioré l'hygiène de son milieu (cadre de vie, lieu de travail etc.), en un mot, atteint un état de salubrité, conformément aux critères établis, la procédure de certification peut être enclenchée. Un procès-verbal est établi. Dans le cas contraire, l'équipe ou la commission d'évaluation donnera des recommandations au ménage, à la communauté et conviendra d'une nouvelle date pour une nouvelle évaluation. Cette approche s'achèvera par la célébration. Une très grande cérémonie sera organisée en vue de créer un véritable événement pour féliciter et récompenser le ménage, la communauté (quartier, village) certifiés. Cet événement sera relayé autant que possible par les médias locaux et nationaux.

Action 3 : Intensifier la Communication de masse

D'ordinaire, la communication de masse est envisagée dans des actions visant l'information et la sensibilisation d'un large public. Dans le cadre de cette stratégie de promotion de l'hygiène, il conviendra d'intensifier l'usage de ces moyens permettant de mettre les messages à la disposition d'un vaste public, de sorte à obtenir le meilleur impact sur la conscience et le comportement du public. A cet effet, les supports média et hors média seront utilisés.

La stratégie de communication proposée ici ne pourrait s'avérer réellement efficace que par la combinaison de canaux interpersonnels de communication, de canaux à base communautaire ainsi que des médias de masse pour renforcer les messages.

Les canaux interpersonnels, qui impliquent la communication en tête à tête (ex: soignant – patient ou entre pairs) permettent aux professionnels de la Communication pour le Changement de Normes Sociales et des Comportements (CCNSC) d'adapter au fur et à mesure, le contenu du message, la manière de le transmettre, d'expliquer des informations complexes et de fournir une assistance personnalisée.

Les canaux à base communautaire tels que les réunions communautaires et les jeux de rôle peuvent stimuler le dialogue communautaire, motiver des solutions collectives et apporter un soutien social.

Les médias de masse tels que la télévision, la radio, les journaux auxquels s'associent les médias sociaux (traditionnels et modernes) permettent une répétition extensivement riche, efficace et consistante de messages et ont le pouvoir de mobilisation de la population.

IV.7.3 Axe Stratégique 3 : Renforcement des capacités

Le renforcement des capacités concernera aussi bien les compétences des acteurs y compris la population, que les aspects logistiques en matière d'hygiène.

Cet axe stratégique a pour objectif de mettre à la disposition des décideurs, des acteurs opérationnels et de la population, les connaissances nécessaires pour éclairer les choix à opérer et à guider les actions ainsi que les infrastructures, le matériel et les équipements adéquats pour la promotion de l'hygiène.

Plusieurs composantes se dégagent de cet axe :

Composante 1 : Renforcer la formation

Action 1 : Privilégier la formation de base

Les curricula de formation des agents des secteurs importants comme la santé, l'éducation et la restauration comportent peu ou pas les aspects relatifs à l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Il s'agira donc, à travers une volonté politique affichée, de renforcer ou d'introduire dans tous les programmes de formation de base les thématiques liées à la promotion de l'hygiène.

Pour soutenir cette action, il est impératif de procéder à la formation ou la mise à niveau des connaissances des enseignants en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement. Cela devra viser les différentes institutions de formation que sont l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS), le Centre d'Animation et de Formation Pédagogique (CAFOP), l'Ecole Normale Supérieure (ENS) et les différentes Facultés de Sciences Médicales et les autres institutions de formation.

Action 2 : Renforcer la formation continue

La stratégie de la formation en cascade sera utilisée. Pour ce faire, les documents de formation tels que le manuel de l'apprenant et le guide du formateur devront être produits et validés de façon concertée. Un pool de formateurs nationaux, et au niveau des districts doit être mis en place pour organiser et suivre la formation des différents acteurs.

Composante 2 : Renforcer les ressources humaines dans le domaine de l'hygiène

Action 1 : Recruter le personnel qualifié en hygiène

Le personnel existant et qualifié en hygiène sera recruté par le Ministère en charge de la Fonction Publique et mis à la disposition des structures concernées.

Action 2 : Mettre en place un système d'assermentation

Pour renforcer les actions des agents d'hygiène et créer par la même occasion une saine émulation, les agents spécialistes en hygiène seront assermentés et pourront bénéficier d'indemnités.

Composante 3 : Renforcer les capacités en infrastructures, matériels et équipements d'hygiène

Action 1 : Améliorer la gestion des déchets sanitaires

Il s'agit d'élaborer un plan national de gestion des déchets sanitaires qui soit écologiquement rationnel.

Pour se faire, le tri sélectif doit être promu avec la mise en place des contenants nécessaires. Les modes d'élimination respectueux de l'environnement doivent être privilégiés, allant des Centres d'Enfouissement Techniques à la banalisation du fait de sa faible empreinte écologique. L'incinération pyrolytique dans des fours à double chambre et à des températures d'au moins 950°C pourra être utilisée en cas de besoin.

Action 2 : Renforcer la lutte contre les infections nosocomiales

Il s'agit d'améliorer les dispositions architecturales hospitalières et de doter les établissements sanitaires des matériels et équipements nécessaires et adéquats (traitement des locaux et des dispositifs médicaux, toilettes et WC, dispositifs de lavage des mains, qualité de l'eau destinée aux activités de soins, etc.)

Action 3 : Améliorer le lavage des mains

Les dispositifs de lavage des mains doivent être vulgarisés et installés partout au bon endroit dans les ménages, les écoles, les établissements sanitaires, les gares, les restaurants, les administrations, les lieux de culte et les autres lieux publics. Ces dispositifs devant être maintenus constamment fonctionnels et être bien entretenus.

Action 4 : Améliorer l'élimination des eaux usées et des excréta

La lutte contre le péril fécal et la promotion de l'hygiène menstruelle seront renforcées par la construction systématique de toilettes/latrines dans les ménages et tous les lieux recevant du public tels que les écoles, les établissements sanitaires, les gares, les restaurants, les administrations, les lieux de culte, etc. Ces toilettes/latrines doivent être séparées selon le sexe et adaptées pour les personnes handicapées, bien entretenues et maintenues constamment fonctionnelles. En milieu rural, il s'agira de renforcer l'assainissement total piloté par la communauté et augmenter le taux d'accès des populations à travers un programme national. Le taux d'accès à un assainissement amélioré tant en milieu urbain qu'en milieu rural doit être amélioré et porté au niveau prescrit par la lettre de politique sectorielle de l'assainissement et du drainage.

Action 5 : Renforcer et maintenir le niveau d'accès à l'eau potable pour tous

L'accès à l'eau potable doit être amélioré dans les ménages, les écoles, les établissements sanitaires, les gares, les restaurants, les administrations, les lieux de culte, etc.

Pour ce faire et pour accroître le taux d'accès à l'eau potable et satisfaire les besoins des populations, il faudra mener les actions suivantes :

- l'alimentation en eau potable de toutes les localités éligibles à Hydraulique Urbaine ;
- la réalisation des systèmes d'Hydraulique Villageoise Améliorée dans toutes les localités éligibles ;
- la mise en place d'un mécanisme permettant d'assurer la maintenance des ouvrages réalisés ;
- l'adduction en eau potable des quartiers périurbains d'Abidjan et des villes de l'intérieur ;
- la réalisation des forages équipés de pompes à motricité humaine ;
- la promotion du traitement de l'eau à domicile ou au point de consommation ;
- la sensibilisation pour la préservation de la qualité de l'eau de boisson à la collecte, au transport et à la conservation.

Il s'agira aussi de promouvoir les innovations portant sur les technologies à faible coût en particulier les technologies à base d'énergie solaire et éolienne pour l'Alimentation en Eau Potable (AEP) des localités non encore électrifiées.

Par ailleurs, pour lutter contre le phénomène de la distribution de l'eau en sachet ou en tout autre contenant et assurer à tous un accès à une eau saine, il est nécessaire de renforcer l'application du décret d'interdiction des sachets plastiques pris en mai 2013 et légiférer en matière de conditionnement de l'eau destinée à la consommation humaine.

Action 6 : Améliorer l'hygiène alimentaire

Il s'agit de :

- renforcer la formation et la sensibilisation des acteurs du secteur ;
- promouvoir l'installation des dispositifs de lavage des mains et des toilettes ;
- protéger les denrées alimentaires vendues et les aliments vendus dans les rues et dans les marchés scolaires ;
- améliorer les dispositions architecturales des restaurants ;
- améliorer le statut vaccinal des acteurs du secteur ;
- assainir l'environnement immédiat des points de vente des aliments et des denrées alimentaires.

IV.7.4 Axe Stratégique 4 : Renforcement du dispositif de financement et développement du partenariat public-privé

Sur la base du constat fait de l'existant, il paraît évident que le secteur de l'hygiène a nécessairement besoin d'une augmentation des appuis financiers afin de répondre aux besoins sans cesse croissants. Il est à noter que les appuis traditionnels de ce secteur que sont, l'Etat à travers le Trésor Public et les Partenaires Techniques et Financiers n'arrivent plus à couvrir les interventions du secteur. Alors, le renforcement du financement en général et le développement du partenariat public privé en particulier se positionnent comme un axe stratégique plus que nécessaire, pour résoudre efficacement la question de la promotion de l'hygiène.

Composante 1 : Inscrire la promotion de l'hygiène au nombre des priorités nationales et augmenter la subvention de l'Etat y afférente

Le Gouvernement devra respecter ses différents engagements pris aux niveaux national et international et donner au secteur de l'hygiène, la place qui est la sienne dans l'acheminement de la Côte d'Ivoire vers l'émergence. Il s'agit entre autres :

- du Pacte de Durabilité dans lequel le Gouvernement s'est engagé à créer et doter une ligne budgétaire relative à l'hygiène en milieu communautaire ;
- des engagements pris dans les déclarations de eThekwini et de Ngor suite aux 2^{ème} et 4^{ème} Conférences Africaines. L'objectif de ces importantes rencontres de haut niveau était de repositionner l'assainissement et l'hygiène sur le programme de développement du continent africain. A cet effet, les pays africains ont décidé d'allouer une ligne budgétaire spécifique d'au moins 0,5% du PIB, au budget du secteur public pour les programmes d'assainissement et d'hygiène.

Pour ce faire, le niveau des investissements du secteur eau, hygiène et assainissement, inscrits au Plan National de Développement, au Plan National de Développement Sanitaire et aux Programmes d'Investissements Publics devra être à la hauteur des attentes.

Composante 2 : Renforcer le financement des Collectivités Territoriales

La réussite de la mise en œuvre de la SNPH repose sur le renforcement des capacités financières de structures opérationnelles telles que les communes à travers un mécanisme de transfert de fonds conformément aux dispositions de la loi portant transfert des compétences. Ce renforcement du financement au niveau local permettra la mise en œuvre aisée des Plans d'Actions Communaux d'Hygiène. Pour ce faire, il est impératif que les textes d'application de la loi relative au transfert des compétences de l'Etat aux collectivités soient pris et mis en œuvre.

Composante 3 : Rentabiliser la contribution de la population

Les sources de financement suivantes sont à explorer :

- Les revenus issus des paiements des contraventions aux règles d'hygiène du cadre de vie selon les Codes de l'Hygiène Publique, de la Salubrité et de l'Assainissement ;
- Les ressources issues de la délivrance de certificat de salubrité et de l'octroi d'agrément dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement ;
- Le renforcement et la contribution des taxes, impôts et redevances existants dédiés à la salubrité et à l'assainissement ;
- L'instauration de la taxe sur l'éco-emballage ;
- La création d'un mécanisme de renforcement et de sécurisation des circuits de collecte des impôts/taxes/redevances.

Composante 4 : Créer une régie financière au sein du MSHP dédiée aux activités de promotion de l'hygiène

Cette régie, une fois créée, aura pour mission de :

- fédérer tous les appuis ;
- suivre, collecter et gérer toutes les ressources issues des taxes, impôts et redevances ;
- gérer les ressources mises à disposition par les PTF ;
- identifier les autres sources de financement ;
- financer les activités et les investissements nécessaires.

Composante 5 : Promouvoir l'Assainissement Total Piloté par la Communauté

Cette approche participative financée par la communauté et qui a un important volet de promotion individuelle et communautaire de l'hygiène, permet d'adresser les problèmes de DAL. Son passage à échelle doit être soutenu.

Composante 6 : Renforcer l'organisation de la gestion des pompes villageoises

Concernant la gestion de l'eau en milieu rural, la Cellule Nationale de Coordination des Comités Villageois de Gestion des Pompes à motricité humaine, mise en place par Arrêté n°0012/MIE-CAB du 24 octobre 2011 mène des actions visant à l'appropriation des ouvrages réalisés pour les populations bénéficiaires qui assurent elles-mêmes le financement des actions. Ces initiatives doivent s'intensifier et se poursuivre pour l'autonomisation des systèmes mis en place.

Composante 7 : Améliorer le partenariat public-privé

Avec l'appui du Comité National de Pilotage des Partenariats Public-Privé, l'intervention du secteur privé dans les domaines de l'eau, l'hygiène et l'assainissement, incluant la salubrité, peut contribuer durablement à la promotion de l'hygiène. Certains domaines peuvent être concernés tels que la gestion des déchets, les toilettes publiques aux niveaux urbain et rural, l'eau potable, la gestion des boues de vidange et des eaux usées, etc.

Par ailleurs, l'existence d'une demande sans cesse croissante en produits, matériels et équipements d'hygiène constitue un facteur attractif pour l'intervention du privé dans le secteur de l'hygiène. Le marketing de ces produits y compris en milieu rural, l'accompagnement des actions de développement dans le cadre de la Responsabilité Sociétale de l'Entreprise (RSE) et la création par le pouvoir public d'un label d'écocitoyenneté pourraient constituer une source de motivation importante de financement par le secteur privé, de certaines actions de promotion de l'hygiène.

IV.8. Mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Promotion de l'Hygiène

IV.8.1 Nécessité d'une action intersectorielle

Le secteur de l'hygiène est transversal. Il fait intervenir plusieurs secteurs d'activités à des niveaux d'intervention divers, allant du niveau central décisionnel au niveau périphérique opérationnel en passant par le niveau intermédiaire de relai sans oublier le niveau communautaire.

Aussi, la réussite de la mise en œuvre de la SNPH commande-t-elle une implication de tous, la prise de décision concertée, de façon inclusive et une harmonisation des interventions.

Cependant, pour améliorer la planification des interventions, optimiser l'utilisation des ressources et des résultats, une coordination doit être mise en place et les rôles et responsabilités des acteurs à tous les niveaux, doivent être clairement définis et acceptés par tous.

IV.8.2 Rôles des acteurs dans la mise en œuvre de la stratégie

IV.8.2.1 Acteurs centraux

Principalement localisés à Abidjan, ces acteurs centraux disposent de relais dans les différentes régions et départements de la Côte d'Ivoire. Dans ces circonscriptions administratives, les actions des acteurs centraux sont menées par les services déconcentrés comme les directions régionales et les directions départementales des différents ministères représentés.

A. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

Le MSHP est responsable de la réalisation des objectifs de la SNPH. Cette responsabilité est déléguée à la Direction en charge de l'hygiène qui assure la coordination de la mise en œuvre de la stratégie en collaboration avec les structures techniques concernées et les entités déconcentrées et décentralisées existantes.

Le MSHP est ainsi responsable de la mobilisation des financements intérieurs et extérieurs annuels requis pour la mise en œuvre de la SNPH. Il conduit le plaidoyer auprès des partenaires au développement. Les rôles des principales structures techniques du MSHP se présentent comme suit :

(i). La Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé-Environnement (DHPSE)

La DHPSE, Direction Centrale, est l'acteur principal à qui revient la coordination du processus d'élaboration de la politique nationale en matière d'hygiène publique.

Pour la mise en œuvre de la stratégie, la DHPSE sera chargée de conduire tout le processus devant aboutir à l'adoption de la loi relative à l'hygiène. Suite à la promulgation de cette loi, la DHPSE devra s'impliquer aussi pour que tous les décrets et arrêtés d'application soient pris rapidement afin de la rendre pleinement opérationnelle.

Son action devra se poursuivre au niveau de la sensibilisation des populations sur le contenu de cette loi et ses textes d'application. La DHPSE sera chargée également du suivi des actions menées en matière d'hygiène au niveau national par les structures opérationnelles et au plan local par les collectivités territoriales.

(ii). La Direction de la Médecine Hospitalière (DMH)

La DMH, Direction Centrale, est seulement compétente en ce qui concerne l'hygiène en milieu hospitalier. Les compétences de la DMH doivent s'étendre à l'environnement immédiat de l'établissement sanitaire, à la propreté et à l'embellissement afin d'améliorer l'esthétique du milieu hospitalier.

Pour s'assurer du respect des normes et directives, qu'elle aura préalablement définies, la DMH devra suivre, contrôler et évaluer les actions des établissements sanitaires en matière d'hygiène. Cela lui permettra de faire des recommandations en cas de non-respect des normes et directives en vigueur.

(iii). L'Institut National d'Hygiène Publique (INHP)

L'INHP doit être la structure de recherche et de formation en matière de promotion de l'hygiène. Il doit étendre ses actions au-delà de la vaccinologie et contribuer (i) à la promotion de l'hygiène de façon générale (hygiène hospitalière, alimentaire, menstruelle, eau potable, élimination des excréta, gestion des déchets, etc.), (ii) au suivi, à l'évaluation et au contrôle des activités. Ses contrôles dans les établissements hôteliers et de restauration, les lieux de commerce, les établissements scolaires et universitaires, les domiciles devront être plus fréquents et aboutir sur des actes de répression au manquement des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

(iv). La Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité (DSCMP)

Cette direction, chargée de la coordination des activités des programmes, s'appuie sur les Agents de Santé Communautaire (ASC) chargés de promouvoir et d'organiser la médecine de proximité. Les ASC jouent un rôle majeur dans le système de santé du fait de leur proximité avec les populations et leur connaissance des réalités locales.

Les ASC devront donc, sous la coordination et la supervision du Directeur Départemental de la Santé et de l'Hygiène Publique, s'approprier toutes les actions de communication et de promotion en matière d'hygiène.

(v). Le Programme National d'Éradication du Ver de Guinée/Eau et Assainissement (PNEVG-EA)

Programme spécialement dédié à la réduction des maladies liées à l'eau et à l'insalubrité du milieu, il est très impliqué depuis sa création en 2001 dans les activités permettant l'arrêt total de la transmission du ver de guinée. Conformément à ses missions, le Programme pourra aider dans la réalisation des actions décrites dans la SNHP en matière de changement de comportement et d'approvisionnement en eau potable. Toutes ces actions permettront de susciter au sein des populations, des citoyens plus soucieux de la propreté de leur cadre de vie.

(vi). Le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU)

Il est le programme spécial du MSHP pour la promotion de la santé des élèves et des étudiants dans leur milieu d'apprentissage. Créé en 2007, il est organisé par l'Arrêté N°126 MSHP/Cab du 25 avril 2008. Sa mission est de contribuer à la promotion de la santé des élèves et des étudiants en leur fournissant un ensemble d'actions préventives, curatives et promotionnelles dont l'hygiène en milieu scolaire. Son action coordonnée, avec celle de la Direction de la Vie Scolaire du Ministère en charge de l'Education, permettra à terme à faire émerger un «ivoirien nouveau».

B. Ministère de l'Éducation Nationale

Acteur essentiel dans la formation de base, l'apport du Ministère de l'Éducation Nationale sera indispensable pour rendre efficace les actions de promotion d'hygiène en milieu scolaire.

(i). La Direction de la Vie Scolaire (DVS)

Activement impliquée dans les questions touchant à la salubrité, à l'hygiène et au maintien de meilleures conditions de vie à l'école, la Direction de la Vie Scolaire (DVS), pourra traduire dans les faits toutes les orientations de la SNHP en matière d'hygiène en milieu scolaire. En collaboration avec d'autres acteurs du secteur eau-hygiène- assainissement, la DVS devra veiller à ce que les établissements scolaires soient dotés de point d'eau et de latrines propres.

C. Ministère de la Salubrité Urbaine et de l'Assainissement

(i). La Direction Générale de la Salubrité Urbaine (DGSU)

La DGSU élabore et assure le suivi de la mise en œuvre par l'Agence Nationale de la Salubrité Urbaine (ANASUR) et les Directions Centrales, de la politique nationale de salubrité urbaine (gestion des DSMA, lutte contre les nuisances, installations insalubres et anarchiques, désordre urbain, etc.). La DGSU doit élaborer les schémas directeurs de salubrité ainsi que les plans stratégiques nationaux. Les enjeux liés à la gestion des déchets étant très proches de ceux se rapportant à l'hygiène, la DGSU devra développer des programmes et projets incluant des actions de sensibilisation et d'éducation de la population en matière de changement de comportement pour l'amélioration de leur cadre de vie. Il faut noter aussi que la DGSU doit organiser le suivi pour s'assurer du bon fonctionnement des opérations de ramassages des DSMA, concédées par l'ANASUR.

(ii). La Direction Générale de l'Assainissement et du Drainage (DGAD)

Rattachée pendant longtemps au Ministère en charge de la Construction, la DGAD devra désormais se positionner comme le principal acteur en matière de planification et de mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière d'assainissement urbain et rural. Cela sous-entend qu'elle devra être capable d'élaborer des stratégies et des programmes pour la construction et l'entretien des infrastructures d'assainissement et de drainage. Il s'agira pour elle d'identifier les besoins et de définir la stratégie nécessaire pour les traiter, ce qui pourra se faire à travers l'élaboration d'une loi en matière d'assainissement.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la SNHP, la DGAD sensibilisera les populations sur la nécessité de changer de comportement pour adopter les bonnes pratiques en matière d'évacuation des eaux usées et des excréta. Elle devra œuvrer surtout à l'amélioration de l'assainissement au niveau rural et lutter efficacement contre la défécation à l'air libre.

(iii). L'Agence Nationale de Salubrité Urbaine (ANASUR)

Depuis 2007, c'est à elle que l'Etat de Côte d'Ivoire a confié la gestion des déchets et de la lutte contre les nuisances sonores. Elle est de ce fait la structure chargée de l'opérationnalisation de la politique nationale en matière de gestion des DSMA. Elle devra donc s'assurer que les activités des entreprises prestataires sont conformes aux cahiers de charges où à la réglementation en vigueur en matière d'hygiène du cadre de vie.

(iv). Le Fonds de Financement des Programmes de Salubrité Urbaine (FFPSU)

La contribution du FFPSU dans la mise en œuvre de la SNHP se situe tout d'abord au niveau du financement adéquat des programmes et opérations de salubrité et aussi au niveau du règlement des entreprises prestataires du secteur de la salubrité. A côté de ces deux missions, il ne faudra pas oublier l'appui financier que le FFPSU peut apporter aux collectivités territoriales pour la mise en œuvre de programmes ou plans en faveur d'un changement de comportement des populations en matière de salubrité et aussi d'hygiène.

(v). L'Office National de l'Assainissement et du Drainage (ONAD)

Dans le cadre de la SNHP, l'ONAD devra prendre toutes les dispositions pour s'assurer que les populations ont accès aux installations d'assainissement et de drainage, de manière durable et à des coûts compétitifs. Pour atteindre cet objectif, l'ONAD se chargera de toutes les questions liées à la mise en œuvre de la politique du gouvernement en la matière. Elle doit également veiller à ce que la SODECI, chargée de l'assainissement de la ville d'Abidjan, assure cette mission conformément aux cahiers de charges et aux normes en vigueur en matière d'assainissement.

D. Ministère des Ressources Animales et Halieutiques

Ses attributions actuelles se rapportent à l'élaboration et au suivi de la réglementation en matière d'hygiène publique vétérinaire et de la qualité, ainsi que du contrôle et du suivi de la sécurité alimentaire des DAOA au niveau de la production, de la transformation et de la distribution.

Il assume ses missions notamment grâce à :

(i). La Direction des Services Vétérinaires (DSV)

La DSV, Direction Centrale, est chargée de l'inspection et du contrôle sanitaire vétérinaire aux frontières des animaux, des DAOA ainsi que des produits de pêche et aliments pour animaux et poissons. La SNHP touche à la question de l'hygiène alimentaire. C'est pourquoi la DSV doit travailler à s'assurer que, toutes les DAOA sont produites après un processus garantissant la qualité des produits vendus aux populations.

E. Ministère des Infrastructures Économiques

(i). La Direction Générale des Infrastructures de l'Hydraulique Humaine (DGIHH)

Acteur d'orientation de la politique nationale en matière d'accès à l'eau potable, son apport en termes de proposition des normes et règlements relatifs à la construction et à l'exploitation des infrastructures en matière d'approvisionnement en eau devra s'affirmer. Elle devra se montrer active dans le processus d'adoption des textes d'application du Code de l'Eau actuellement inachevé.

(ii). L'Office National de l'Eau Potable (ONEP)

L'accès à l'eau potable pour les populations est un axe très important de la SNHP, c'est pourquoi les actions de l'ONEP en matière de contrôle, de protection et de surveillance des sources en eau susceptibles de servir à la production d'eau de consommation devront être continues. Son rôle en matière de suivi du respect de la réglementation en matière d'eau doit lui permettre d'attirer l'attention du concessionnaire, toutes les fois que cela sera nécessaire, sur la nécessité d'assurer un service conforme aux normes en vigueur. Et le cas échéant, d'obtenir réparation de la part du concessionnaire pour tout manquement aux cahiers de charges.

(iii). La Cellule Nationale de Coordination des Comités de Gestion des Points d'Eau (CNC-CGPE)

Créée par l'Arrêté N°12/MIE/Cab du 24 octobre 2011, cette Cellule a pour mission l'installation, la sensibilisation et la formation des Comités de Gestion des Points d'Eau afin de lutter contre la fréquence récurrente des pannes. Il faudra dans ce contexte accentuer le plaidoyer pour atteindre une couverture totale des localités non pourvus encore de points d'eau. L'eau étant source de vie, la cellule devra inciter d'avantage la population à adopter des comportements d'hygiène, dans l'utilisation de l'eau potable.

F. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Le MESRS a en charge la formation des médecins. Cette formation se fait dans les différentes Unités de Formation et de Recherches (UFR) en Sciences médicales des Universités Félix HOUPOUËT-BOÏGNY d'Abidjan (l'UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques ; l'UFR Sciences Médicales ; l'UFR Odontostomatologie) et Alassane OUATTARA de Bouaké (l'UFR Sciences Médicales).

En accord avec les conseils de ces UFR, le MESRS devra renforcer la place faite à la question de l'hygiène dans leurs programmes de formation.

G. Ministère de la Communication

La Sous-direction de l'action sociale logée à la Direction des Ressources Humaines créée en 2015 peut servir dans le cadre des actions de sensibilisation entrant dans le cadre de la SNHP. Au regard de ses activités actuelles, elle est activement impliquée dans la participation du ministère de la communication dans certains événements comme la journée internationale de la femme, la fête des mères et aussi dans la sensibilisation du personnel sur certaines thématiques comme le genre, la santé et la nutrition. Elle participe déjà de manière significative à la promotion des bonnes pratiques pour une meilleure hygiène au sein du Ministère de la Communication et au sein de la population.

H. Ministère du Tourisme

(i). La Direction des Activités Touristiques

Le secteur du tourisme, après plus d'une décennie de léthargie, est aujourd'hui replacé au centre de la politique de l'Etat ivoirien. Une meilleure gestion du secteur devient dans ce contexte une question prioritaire. La Direction des Activités Touristiques devra veiller au respect des règles d'hygiène et de salubrité dans les entreprises et établissements touristiques. Une fois le Code de l'Hygiène Publique adopté, l'application des dispositions pertinentes concernant les établissements touristiques devra être rigoureusement suivie par la Direction des Activités Touristiques. Cette mission sera menée en collaboration avec l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP).

I. Ministère de l'Environnement et du Développement Durable

La question spécifique de l'hygiène et de la propreté du cadre de vie ressort de l'environnement en général. C'est pourquoi le ministère en charge de l'environnement doit activement contribuer à l'avènement d'un «ivoirien nouveau». La sous-direction en charge de l'Education à l'Environnement jouera un rôle très important dans les actions de sensibilisation pour un changement de comportement.

J. Ministère d'État, Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité

(i). La Direction Générale de la Décentralisation et du Développement Local (DGDDL)

L'Etat en transférant les compétences au niveau local aux collectivités territoriales en matière d'hygiène publique ne s'est pas pour autant totalement désengagé. La DGDDL doit coordonner les appuis techniques et financiers des collectivités territoriales en s'assurant que celles-ci disposent des capacités nécessaires dont elles ont besoin pour l'élaboration et la mise en œuvre de leurs plans locaux en matière de promotion d'hygiène publique. L'action de la DGDDL ne devra pas s'arrêter uniquement à ce niveau, mais doit se poursuivre au niveau du suivi et de l'évaluation de ces plans. Elle doit veiller à ce que les collectivités mettent effectivement en œuvre ces plans.

(ii). Les Préfets

Le Préfet dans une région ou dans un département est le garant de la cohérence de l'action de l'Etat. Il dirige les services déconcentrés de l'Etat, ce qui fait de lui le responsable de l'exécution des politiques de l'Etat dans la région ou dans le département. Leur apport dans la mise en œuvre de la SNHP se percevra à deux niveaux. Dans un premier temps, ils dirigeront les différents Comités Régionaux et Départementaux sectoriel Eau Hygiène Assainissement qui seront l'émanation du Groupe sectoriel Eau Hygiène Assainissement. Dans un second temps, les préfets seront activement impliqués dans la planification du secteur de l'hygiène. A ce propos, ils superviseront l'élaboration et la mise en œuvre des Plans Régionaux et Départementaux de Promotion de l'Hygiène.

(iii). Les Rois et Chefs de village

Le nombre des acteurs déconcentrés s'est enrichi depuis 2014 avec la création de la Chambre Nationale des Rois et Chefs Traditionnels. Ils ont un nouveau statut grâce à la loi N°2014-428 du 14 juillet 2014.

Au titre de son article 2, la loi vise les Rois, les Chefs de province, les Chefs de canton, les Chefs de tribu et les Chefs de village. L'institution représentant ces autorités traditionnelles s'appelle la Chambre Nationale des Rois et Chefs traditionnels. La loi lui attribue des compétences remarquables à propos de plusieurs questions d'ordre national. On peut lire que les Rois et Chefs sont chargés d'initier des missions de médiation pour la prévention et la gestion des crises et des conflits, d'émettre un avis consultatif sur des questions d'intérêt national, de contribuer à la mobilisation des populations pour les activités de développement et de veiller à la préservation du patrimoine culturel de la Côte d'Ivoire, en relation avec les institutions étatiques.

L'apport des Rois et Chefs traditionnels, à la réussite de la SNHP, pourrait se situer au niveau de la sensibilisation des populations rurales et des communautés villageoises concernant les actions en faveur du changement de comportement pour l'adoption de mesures d'hygiène.

K. Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale

(i). L'Institut National de Formation Sociale (INFS)

L'Institut National de Formation Sociale est un Etablissement Public à caractère administratif qui propose une formation aux titulaires du baccalauréat qui désirent devenir des travailleurs sociaux et des cadres des Affaires Sociales. La famille des travailleurs sociaux en Côte d'Ivoire est constituée par les Assistants Sociaux, les Éducateurs Préscolaires et les Éducateurs Spécialisés. Ils participent activement au changement social, et partant, à l'amélioration des conditions de vie des populations. C'est pourquoi une place importante doit être accordée dans les programmes de formations de cette catégorie de travailleurs.

(ii). La Direction de la Santé et Sécurité au Travail (DSST)

Placée sous la responsabilité de la Direction Générale du Travail, la DSST se charge de tout ce qui est législation et réglementation sur la santé et la sécurité en milieu de travail, c'est-à-dire au sein des entreprises. Conformément à ses attributions, elle participe à la définition des normes et de la réglementation en matière d'hygiène en milieu du travail. Dans le cadre de la SNPH, elle devra veiller au respect du Code d'Hygiène Publique, spécialement ses dispositions concernant le milieu du travail. Elle devra coordonner son action dans ce cadre avec la CNPS.

(iii). La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)

Acteur institutionnel œuvrant pour la protection des travailleurs, la CNPS a, à côté de celle consistant à la gestion des cotisations sociales, la mission de veiller au maintien de bonnes conditions de travail au profit des employés. Son service prévention devra travailler en synergie avec les services compétents du Ministère en charge de l'Emploi afin de vérifier que les employeurs observent les mesures d'hygiène et de prévention prévues par la réglementation en vigueur.

L. Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle

Le Lycée Professionnel Hôtelier d'Abidjan et les autres établissements de formation aux métiers de l'hôtellerie sont des structures de formation placées sous la tutelle du Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle. Bien former ces futurs travailleurs sur l'importance de la question de l'hygiène permettra d'avoir des réceptifs hôteliers propres et maintenus dans de bonnes conditions hygiéniques. La Côte d'Ivoire se lance dans la relance de son secteur touristique, il faudra pour ce faire disposer d'une catégorie de travailleurs suffisamment instruits sur cette nécessité.

M. Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural**(i). La Direction de la Protection des Végétaux, du Contrôle et de la Qualité (DPVCQ)**

Elle a en charge de proposer la réglementation en matière de protection des productions végétales et de suivre son application. La question de l'hygiène se pose aussi dans le domaine des denrées végétales destinées à la consommation. C'est pourquoi et conformément à ses attributions, la Direction de la Protection des Végétaux, du Contrôle et de la Qualité devra veiller à l'application effective des normes et directives d'hygiène et de salubrité dans les établissements traitant des denrées végétales.

IV.8.2.2 Collectivités Territoriales

Conformément à la Loi N°2012-1128 du 13 décembre 2012 portant organisation des Collectivités Territoriales, deux entités décentralisées sont visées par la loi de 2003 portant transfert de compétence. Ainsi, cette loi fait obligation aux collectivités territoriales que sont les régions et les communes de disposer d'une politique locale en matière d'hygiène publique. Ces politiques basées sur la politique nationale doivent permettre à ces collectivités de remplir pleinement les missions que l'Etat leur a confiées.

Ces Collectivités Territoriales devront disposer obligatoirement d'une Direction Technique chargée de la promotion de l'hygiène et également du respect des normes en matière d'hygiène. Cette Direction s'appropriera les actions de la SNHP au niveau local pour sa mise en œuvre efficiente.

IV.8.2.3 Structures déconcentrées

La déconcentration administrative est organisée autour des différentes directions des ministères et structures publiques représentées dans une circonscription administrative donnée. Il s'agit des Directions Régionales et des Directions Départementales. Ces acteurs seront chargés de l'animation des différents comités proposés au niveau du pilotage et de la planification des actions de la SNHP. Les Directions Régionales et Départementales du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique assumeront la coordination de ces comités.

IV.8.2.4 Partenaires Techniques et Financiers

L'action et le soutien des institutions représentées en Côte d'Ivoire ne sont plus à démontrer. Les PTF constituent des acteurs très importants pour la stratégie nationale en matière d'hygiène. Ils feront bénéficier, dans un premier temps, aux institutions nationales lors de la mise en œuvre de la stratégie des expériences techniques d'autres pays. Leur apport se percevra également au niveau de l'accroissement des financements et des partenariats pour la bonne mise en œuvre des actions entrant dans le cadre de cette stratégie.

IV.8.2.5 Organisations Non Gouvernementales (ONG)

L'importance des Organisations de la Société Civile est indéniable. Elles ont assumé et continuent d'assumer d'importantes responsabilités en matière de promotion de l'hygiène, d'accès à l'eau potable et à un assainissement amélioré dans plusieurs localités du pays où l'action de l'Etat est peu efficace. Grâce également à leur capacité à capter des financements internationaux, elles s'offrent comme une autre source de financement de la SNPH.

IV.8.2.6 Organisations communautaires et de quartiers

Ces organisations reconnues soit au niveau communal ou au niveau départemental peuvent constituer dans le cadre de la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base, des relais d'une grande importance de l'action publique au plan local. Elles sont déjà des acteurs clés pour les actions et activités de communication pour le changement de comportement et contribuent à la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base par des actions comme les «opérations quartier propre» ou «opération coup de balai».

Les personnes animant ces organisations sont des volontaires sociaux qui contribuent au développement de leurs communautés. Elles sont nécessairement identifiées et proposées par la population, et peuvent constituer des acteurs essentiels pour la pérennité des actions de la SNPH. A ce titre, ils pourront :

- participer aux réunions d'information et de sensibilisation à l'échelle de leur localité ;
- participer à la séance de déclenchement dans leur localité à l'issue de laquelle un plan d'action communautaire est élaboré ;
- faire le suivi de la mise en œuvre de ce plan d'action ;
- aller dans les concessions de la localité pour diffuser les messages à l'aide d'outils pédagogiques ;
- participer aux réunions de restitution à l'échelle de la localité ;
- faciliter le dialogue entre les autorités locales et les habitants des quartiers.

IV.8.2.7 Partenaires privés

L'apport des sociétés privées pour la promotion de l'hygiène en Côte d'Ivoire est double. Elles constituent d'abord un soutien considérable aux pouvoirs publics pour les actions de sensibilisation relative aux bonnes pratiques en matière d'hygiène. Elles commercialisent aussi des produits pour l'hygiène individuelle des populations.

En tant qu'entreprises, elles sont aussi soumises aux dispositions du Code du travail, particulièrement en ses dispositions concernant l'institution d'un Comité Santé et Hygiène. Cette exigence devra être strictement respectée afin de protéger la santé des travailleurs.

Par ailleurs, dans le cadre de leur certification, ces partenaires privés peuvent renforcer leurs appuis au pouvoir public pour la promotion de l'hygiène, contre un label d'écocitoyenneté qui sera décerné en fonction du niveau de contributions.

IV.8.3 Planification du secteur de l'hygiène

Le secteur de l'hygiène est pris en compte dans le Plan National de Développement, dans le Plan National de Développement Sanitaire et dans les différents Plans de Travail Gouvernemental. Pour les investissements à réaliser dans le secteur, le Programme d'Investissement Public est requis.

Cette planification se fera de façon ascendante, du niveau périphérique vers le niveau central.

IV.8.3.1 Au niveau départemental

Sous la supervision des entités déconcentrées du pouvoir central tels que les Préfectures, Sous-Préfectures et Districts Sanitaires, des Plans Départementaux de Promotion de l'Hygiène (PDPH) seront élaborés sur la base de l'état de lieux, de l'organisation structurelle et fonctionnelle, des attentes des populations, des opportunités et des contraintes existantes et des objectifs à atteindre au niveau de chacune des aires géographiques concernées (Communes et autres localités situées en dehors du périmètre communal). Les autres entités déconcentrées des secteurs de l'assainissement, de l'eau, de l'alimentation, du tourisme et de l'éducation ainsi que les représentants des populations (syndics de copropriété, groupements associatifs religieux ou non, ONG, Mutuelles de Développement, etc.) participeront étroitement à l'élaboration des PDPH.

IV.8.3.2 Au niveau régional

Les Régions Sanitaires, en collaboration avec les Conseils Régionaux et les Préfectures et aidées des Districts Sanitaires, procèdent à l'élaboration du Plan Régional de Promotion de l'Hygiène (PRPH), basés sur les PDPH. Les PDPH sont consolidés en un document unique accompagné d'un plan de financement.

IV.8.3.3 Au niveau national

L'entité nationale, identifiée pour assurer la coordination des interventions assurera le lead du processus devant aboutir à la définition des objectifs nationaux basés sur les préoccupations identifiées par les populations au niveau local.

Cette planification répond aux orientations données dans le PND et le PNDS.

IV.8.4 Mécanisme de suivi et évaluation de la stratégie

IV.8.4.1 Cadre général de mise en œuvre de la SNPH

La mise en œuvre de la SNPH se fera à tous les niveaux de l'organisation administrative et de la pyramide sanitaire, avec l'appui des partenaires techniques et financiers. Des plans annuels opérationnels seront élaborés à tous les niveaux, en privilégiant la contribution des acteurs locaux dont les Collectivités Territoriales afin de contribuer durablement à l'amélioration du cadre de vie.

La SNPH sera mise en œuvre à travers de plans d'actions quinquennaux assortis d'objectifs annuels précis à atteindre.

Le Gouvernement est responsable de la mobilisation des ressources nécessaires au financement de la SNPH. Il adopte la SNPH en Conseil des Ministres et est responsable de sa mise en œuvre et de l'atteinte des objectifs.

IV.8.4.2 Mécanisme de suivi

Les données relatives à l'hygiène, collectées dans le cadre du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), permettront d'assurer le suivi à chaque niveau.

Pour disposer de données fiables capables de suivre les progrès et d'identifier les difficultés, des enquêtes seront réalisées.

Les aspects relatifs à la promotion de l'hygiène seront intégrés dans le système de supervision et de monitoring à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

La structure de coordination centrale en rapport avec la DHPSE ou cette dernière, organisera des revues périodiques tant internes qu'externes.

Les outils de suivi comprennent (i) les plans d'action annuels aux niveaux national, régional, départemental, pour la promotion de l'hygiène, (ii) les rapports d'activités des différentes entités (Unité de coordination, structures techniques des différents ministères, régions, communes, groupements associatifs, etc.), (iii) les rapports d'études et enquêtes et (iv) les rapports annuels sur la situation sanitaire (RASS) et sur la situation de l'hygiène.

IV.8.4.3 Mécanisme d'évaluation

L'évaluation de la SNPH se fera à travers les évaluations internes et externes, l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale.

IV.8.4.3.1 Évaluations internes

Les évaluations internes de la SNPH se feront sur la base des rapports d'exécution des différents plans aux niveaux départemental, régional et national, des rapports de supervision, des audits techniques, financiers et comptables. Les rapports des autres acteurs intervenant dans le domaine de l'hygiène seront également pris en compte.

IV.8.4.3.2 Évaluations externes

Les évaluations externes seront initiées par le Ministère chargé de la Santé et conduites par des acteurs qui lui sont extérieurs. Les PTF y joueront un rôle important par leur appui. La validation des évaluations externes impliquera les responsables des Ministères techniques concernés tels qu'entre autres, ceux en charge de la santé, de la salubrité, de l'assainissement, de l'eau, du plan, de l'économie et des finances, du budget, de l'éducation. Les partenaires techniques tels que l'OMS et l'UNICEF y participeront.

Dans ce cadre, deux types d'évaluation seront prévues. Une évaluation à mi-parcours du plan d'action y afférent et une évaluation finale dudit plan. Il s'agira d'une évaluation externe qui visera aussi bien l'appréciation du niveau d'atteinte des objectifs que l'évaluation des aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des plans. L'évaluation finale s'inscrira dans le processus de planification successive des activités de promotion de l'hygiène. Elle visera l'appréciation du niveau d'atteinte des objectifs du plan d'action issu de la SNPH ainsi que l'impact.

IV.8.4.4 Indicateurs clés de la SNPH

Les indicateurs de la SNPH sont de plusieurs natures. Ils comprendront (i) des indicateurs de suivi, (ii) des indicateurs de résultats intermédiaires, (iii) des indicateurs de résultats finaux et (iv) les indicateurs synthétiques clés. Ils doivent être développés et adoptés de manière consensuelle avec les différentes parties prenantes avant le démarrage de la mise en œuvre de la SNPH. Les indicateurs de la SNPH permettront de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs fixés et ce au niveau de l'impact, des effets et des extrants. Ainsi, les indicateurs retenus pour le suivi et l'évaluation axés sur les résultats seront répartis en deux grands groupes : (i) les indicateurs de suivi qui comprennent les indicateurs d'intrants et d'activités et (ii) les indicateurs d'évaluation qui sont les indicateurs d'extrants, d'effets et d'impact. Ils seront développés et adoptés de manière consensuelle avec les différentes parties prenantes avant le démarrage de la mise en œuvre de la SNPH.

Elaboré avec l'appui technique et financier de :







**STRATÉGIE NATIONALE
DE PROMOTION DE L'HYGIÈNE**
