



WASH DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Rapport référentiel mondial 2019

© Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2019

Ce rapport commun reflète les activités menées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution - Pas d'utilisation commerciale - Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS ou l'UNICEF approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS ou l'UNICEF est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). En aucun cas, l'OMS ou l'UNICEF ne sauraient être tenues pour responsables du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Citation suggérée. WASH dans les établissements de santé : rapport référentiel mondial 2019 [WASH in health care facilities: global baseline report 2019]. Genève : Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Photographies de l'OMS et de l'UNICEF. Les photographies de l'OMS et de l'UNICEF sont protégées par le droit d'auteur et ne peuvent être reproduites, sur quelque support que ce soit, sans autorisation écrite préalable. Des autorisations peuvent être accordées pour une utilisation unique dans une situation qui représente avec fidélité la situation réelle et l'identité de toutes les personnes représentées. Il est interdit d'utiliser les photographies de l'OMS et de l'UNICEF dans tout contexte commercial et d'en modifier le contenu par des moyens numériques afin d'en changer la signification ou le contexte. Les ressources ne peuvent être archivées par aucune entité autre que l'OMS ou l'UNICEF. Les demandes de reproduction des photographies de l'OMS doivent être adressées à : http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/. Les demandes d'autorisation de reproduction des photographies de l'UNICEF doivent être adressées à la Division de la communication de l'UNICEF, 3 United Nations Plaza, New York 10017, États-Unis (adresse électronique : nyhqdoc.permit@unicef.org).

Première de couverture : GettyImages/Ms Yapr ; **quatrième de couverture :** GettyImages/kali9.

p. v : Tom Greenwood/WaterAid ; **p. 1 :** Karen Kasmauski/Maternal and Child Survival Programme (MCSP) ; **p. 7 :** Shutterstock/Dmitry Kalinovsky ; **p. 11 :** OMS/S. Volkov ; **p. 12 :** Kate Holt/MCSP ; **p. 14 :** GettyImages/SimplyCreativePhotography ; **p. 17 :** Dominique Maison ; **p. 18 :** Valentina Grossi/OMS ; **p. 19 :** Nikki Behnke ; **p. 21 :** Karen Kasmauski/MCSP ; **p. 23 :** Arabella Hayter/OMS ; **p. 24 :** Rick Johnston/OMS ; **p. 26 :** GettyImages/Akhararat Wathanasing ; **p. 28 :** GettyImages/Dusan Petkovic ; **p. 31 :** GettyImages/Andrey N. Cherkasov ; **p. 39 :** GettyImages/Nattrass ; **p. 40 :** Mubeen Siddiqui/MCSP ; **p. 44 :** Rick Johnston/OMS ; **p. 47 :** Karen Kasmauski/MCSP ; **p. 48 :** GettyImages/Ruurd Dankloff ; **p. 54 :** Arabella Hayter/OMS ; **p. 55 :** GettyImages/Eplistera ; **p. 58 :** GettyImages/Jeangill ; **p. 60 :** GettyImages/Dmitry Kalinovsky ; **p. 62 :** Karen Kasmauski/MCSP ; **p. 65 :** Karen Kasmauski/MCSP ; **p. 66 :** UNICEF/Vishwanathan ; **p. 69 :** OMS/Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (SEARO)/Monir Islam ; **p. 73 :** Karen Kasmauski/MCSP ; **p. 78-79 :** Karen Kasmauski/MCSP ; **p. 88-93, p. 114-115 :** GettyImages/Kirillm ; **p. 94-99, p. 116-117 :** GettyImages/Goodze ; **p. 100-105, p. 118-119 :** GettyImages/Ms Yapr ; **p. 106-111, p. 120-121 :** GettyImages/Julie Workman ; **p. 112-113, p. 122-123 :** GettyImages/Dmitry Kalinovsky.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS ou de l'UNICEF aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et produits commerciaux soient agréés ou recommandés par l'OMS ou l'UNICEF de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Les chiffres cités dans ce rapport correspondent à des estimations du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (www.washdata.org) établies pour garantir leur compatibilité. Il ne s'agit donc pas nécessairement des statistiques officielles des pays, zones ou territoires concernés, lesquelles peuvent être fondées sur d'autres méthodes.

L'OMS et l'UNICEF ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le contenu publié est diffusé sans aucune garantie expresse ou implicite. La responsabilité de son interprétation et de son utilisation incombe au lecteur ou à la lectrice. L'OMS ou l'UNICEF ne sauraient en aucun cas être tenus responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

Traduction réalisée par l'UNICEF. En cas d'incohérence entre la version anglaise et la version française, la version anglaise est considérée comme la version authentique faisant foi.

Édition : Richard Steele. Conception graphique, mise en page et réalisation : Phoenix Design Aid A/S, Danemark.

Imprimé en Suisse.

WASH DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Rapport référentiel mondial 2019

AVANT-PROPOS

Personne ne va dans un établissement de soins de santé pour tomber malade. On s'y rend pour se faire soigner, pour accoucher ou pour se faire vacciner. Cependant, des centaines de millions de personnes s'exposent à un risque accru d'infection en cherchant à obtenir des soins dans des établissements de santé dépourvus de produits de première nécessité, notamment de services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène, de gestion des déchets biomédicaux et de nettoyage (services WASH). L'absence de services WASH dans les établissements de santé compromet la sécurité et la dignité des patients, tout en menaçant d'exacerber la propagation d'infections résistantes aux agents antimicrobiens et en fragilisant les efforts déployés pour améliorer la santé des enfants et des mères.

De nouvelles données du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP) montrent que les services WASH des établissements de santé sont de mauvaise qualité dans toutes les régions. On estime à 896 millions le nombre de personnes se rendant dans des établissements de santé dépourvus de services d'approvisionnement en eau, et à 1,5 milliard le nombre de personnes recevant des soins dans des établissements ne disposant pas de services d'assainissement. Il est probable qu'un plus grand nombre de personnes soient desservies par des établissements de santé ne disposant pas d'installations pour l'hygiène des mains ni d'une gestion sécurisée des déchets. Les services WASH sont plus susceptibles d'être disponibles dans les hôpitaux que dans d'autres types d'établissements de santé, et en milieu urbain plutôt que dans les zones rurales.


Les objectifs de développement durable (ODD) accordent une importance nouvelle à la couverture sanitaire universelle, dont l'accès aux services WASH. Ils reflètent également un tournant dans la façon de penser, en reconnaissant la nécessité de délivrer des soins de qualité combinés à une approche intégrée et centrée sur l'humain qui améliore l'expérience en matière de soins.

Les services WASH, qui constituent une condition préalable à la délivrance de soins de qualité, sont particulièrement essentiels à la prise en charge sécurisée de l'accouchement. Il s'agit là d'un élément fondamental à la réussite de la campagne de l'UNICEF Pour chaque enfant, une chance de vivre et à l'atteinte de l'objectif du « triple milliard » du treizième programme général de travail de l'OMS. En raison de l'attention renouvelée pour des soins de santé primaires sûrs et de grande qualité, par le biais de la Déclaration d'Astana, il est plus que jamais l'occasion de s'assurer que les éléments fondamentaux sont en place, notamment les services WASH. En mars 2018, le Secrétaire général de

l'Organisation des Nations Unies (ONU) a lancé un appel mondial pour un leadership et une responsabilité accrues en faveur de la fourniture de services WASH dans tous les établissements de santé, et a mis en avant les conséquences coûteuses de l'inaction.

Depuis lors, nos deux organisations ont établi un ensemble d'objectifs mondiaux visant à assurer la fourniture universelle de services WASH dans les établissements de santé. Par ailleurs, pour la première fois, elles ont publié des estimations mondiales par l'intermédiaire du JMP. Ces données fournissent une base solide pour définir les priorités, réaliser des investissements et suivre les progrès en matière de services WASH. Avec le soutien de plus de 35 partenaires, l'OMS et l'UNICEF codirigent la mise en œuvre d'une feuille de route mondiale élaborée à partir d'initiatives menées par les pays. Pour améliorer les services WASH dans les établissements de santé, huit mesures concrètes ont été définies, lesquelles sont décrites et illustrées à travers des études de cas. Ces mesures comprennent diverses actions telles que l'élaboration de feuilles de route nationales et l'établissement d'objectifs, l'amélioration des infrastructures et de l'entretien, et la mobilisation des communautés.

La garantie d'un accès universel aux services WASH dans les établissements de santé est un problème qui peut être résolu, tout en assurant un retour sur investissement. Nous sommes résolus à appuyer cet effort en travaillant avec les gouvernements et nos partenaires en vue de fournir des services WASH de qualité dans les établissements de santé, d'améliorer le suivi et d'élargir le socle de connaissances. Le soutien de tous les partenaires nous sera précieux dans cette mission cruciale.



Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus

Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé



Henrietta Fore

Directrice exécutive du Fonds des Nations Unies pour l'enfance



TABLE DES MATIÈRES

POINTS ESSENTIELS	2	LES SERVICES DE GESTION DES DÉCHETS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	48
Approvisionnement en eau	3	Services de base de gestion des déchets	50
Assainissement	4	Indicateurs supplémentaires pour le suivi de la gestion des déchets dans les établissements de santé	57
Hygiène	5		
Gestion des déchets	6	LES SERVICES DE NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	60
Nettoyage de l'environnement	7	Services de base de nettoyage de l'environnement	61
Indicateurs supplémentaires pour assurer un suivi élargi	8	Indicateurs supplémentaires pour le suivi du nettoyage de l'environnement dans les établissements de santé	62
INTRODUCTION	10	INÉGALITÉS	66
WASH et la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030	10	Type d'établissement	70
Suivi de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé	11	Autorité de gestion	72
		Géographie	74
		Accès universel aux services WASH dans les foyers et les établissements de santé	76
LES SERVICES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	14		
Services de base d'approvisionnement en eau	16	ANNEXES	78
Indicateurs supplémentaires pour le suivi de l'approvisionnement en eau dans les établissements de santé	22	Annexe 1 Méthodologie du JMP	80
		Annexe 2 Regroupements régionaux	86
		Annexe 3 Estimations nationales sur l'approvisionnement en eau	88
		Annexe 4 Estimations régionales et mondiales sur l'approvisionnement en eau	114
LES SERVICES D'ASSAINISSEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	26		
Services de base d'assainissement	28		
Indicateurs supplémentaires pour le suivi de l'assainissement dans les établissements de santé	34		
LES SERVICES D'HYGIÈNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	38		
Services de base d'hygiène	40		
Indicateurs supplémentaires pour le suivi de l'hygiène dans les établissements de santé	44		



POINTS ESSENTIELS

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), dans le cadre du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et d'hygiène (JMP pour le sigle en anglais), publient des mises à jour régulières sur la situation en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH, pour le sigle en anglais) depuis 1990. Ensemble, ces deux organismes sont chargés de suivre la réalisation des cibles 6.1 et 6.2 des objectifs de développement durable (ODD) et d'appuyer le suivi des autres cibles et indicateurs relatifs aux services WASH.

Ce premier rapport du JMP sur les services WASH dans les établissements de santé présente les nouvelles échelles de services pour les services de base (Figure 1). Il établit des estimations de référence qui contribuent au suivi mondial des cibles ODD concernant l'accès universel aux services WASH (ODD 6.1 et 6.2) et la couverture sanitaire universelle (ODD 3.8) (Tableau 1).



OBJECTIFS	CIBLES
 6: Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable.	6.1: D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable. 6.2: D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable.
 3: Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.	3.8: Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et à un coût abordable.

TABLEAU 1 Objectifs et cibles liés aux services WASH dans les établissements de santé au niveau mondial

	EAU	ASSAINISSEMENT	HYGIÈNE	GESTION DES DÉCHETS	NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT
SERVICES DE BASE	De l'eau est disponible et provient d'un point d'eau amélioré ¹ situé sur place.	Des installations sanitaires améliorées ² sont utilisables, avec une toilette au moins réservée au personnel, une toilette au moins réservée aux femmes et aux filles et dotée d'un dispositif de gestion de l'hygiène menstruelle, et une toilette au moins adaptée aux besoins des personnes à mobilité réduite.	Une installation pour l'hygiène des mains (avec de l'eau et du savon et/ou une solution hydroalcoolique pour les mains) est disponible aux points de prestation de soins, et dans un rayon de 5 m des toilettes.	Les déchets sont triés et jetés en toute sécurité dans au moins trois poubelles différentes et les déchets infectieux sont traités et éliminés de manière sûre.	Des protocoles de nettoyage élémentaires sont disponibles et les membres du personnel devant accomplir des tâches de nettoyage ont tous suivi une formation.
SERVICES LIMITÉS	Un point d'eau amélioré est situé dans un rayon de 500 m de l'établissement, mais tous les critères du service de base ne sont pas satisfaits.	Il y a au moins une installation d'assainissement améliorée, mais tous les critères du service de base ne sont pas satisfaits.	Des installations pour l'hygiène des mains en état de marche sont disponibles soit aux points de prestation de soins, soit aux toilettes, mais pas aux deux.	Les déchets pointus et tranchants et les déchets infectieux sont triés et/ou traités et éliminés dans une certaine mesure, mais tous les critères du service de base ne sont pas satisfaits.	Des protocoles de nettoyage sont en place, et/ou au moins quelques membres du personnel ont suivi une formation sur le nettoyage.
AUCUN SERVICE	L'eau provient de puits ou de sources non protégés, d'eaux de surface ou d'une source améliorée située à plus de 500 m de l'établissement ; ou ce dernier ne dispose d'aucun point d'eau.	Les toilettes ne sont pas améliorées (latrines à fosse sans dalle ou plateforme, latrines suspendues et latrines à seau) ou il n'y a ni toilettes ni latrines dans l'établissement.	Aucune installation pour l'hygiène des mains en état de marche n'est disponible, ni aux points de prestation de soins ni aux toilettes.	Il n'y a pas de poubelles séparées pour les déchets pointus et tranchants et infectieux et ces derniers ne sont pas traités et éliminés de manière sûre.	Aucun protocole de nettoyage n'est disponible et aucun membre du personnel n'a suivi de formation sur le nettoyage.

FIGURE 1 Échelles de services du JMP pour le suivi des services WASH de base dans les établissements de santé

¹ Les points d'eau améliorés sont celles qui, de par leur conception et leur construction, ont le potentiel de fournir une eau sûre. Il peut s'agir de l'eau courante, de puits tubulaires ou de forages, de puits protégés, de sources protégées, d'eau de pluie et d'eau en bouteille ou distribuée.

² Les installations d'assainissement améliorées sont conçues pour empêcher de façon hygiénique le contact de la population avec les excréments humains. Elles peuvent faire appel à des méthodes par voie humide (p. ex. toilettes à chasse d'eau manuelle ou mécanique raccordées au réseau d'égouts, fosses septiques, latrines à fosse) ou des méthodes par voie sèche (p. ex. latrines à fosse sèche avec dalle de couverture, toilettes à compostage).

APPROVISIONNEMENT EN EAU

Messages clés

En 2016 :

1. **38 pays et trois des huit** régions ODD disposaient de données suffisantes pour qu'on puisse estimer la couverture des services **de base** d'approvisionnement en eau dans les établissements de santé.
2. **74 %** des établissements de santé à l'échelle mondiale disposaient de services **de base** d'approvisionnement en eau, c'est-à-dire que de l'eau était disponible sur place et qu'elle provenait d'une source améliorée.
3. Dans les pays les moins avancés, seuls **55 %** des établissements de santé étaient équipés de services **de base** d'approvisionnement en eau.
4. **14 %** des établissements de santé à l'échelle mondiale disposaient de services **limités** d'approvisionnement en eau, c'est-à-dire qu'ils avaient accès à un point d'eau amélioré situé hors site ou qu'ils n'avaient accès à aucun point d'eau au moment de l'enquête.
5. **12 %** des établissements de santé à l'échelle mondiale n'étaient pourvus d'**aucun service** d'approvisionnement en eau, c'est-à-dire qu'ils utilisaient de l'eau provenant d'une source améliorée située à plus de 500 m hors site ou provenant d'une source non améliorée, ou qu'ils ne disposaient d'aucune source d'approvisionnement en eau.
6. La couverture régionale des services **de base** d'approvisionnement en eau allait de **51 %** en Afrique subsaharienne à **87 %** en Asie de l'Est et du Sud-Est.
7. **4 %** des hôpitaux et **11 %** des autres établissements de santé n'étaient dotés d'**aucun service** d'approvisionnement en eau.
8. **12 %** des établissements de santé gouvernementaux et **6 %** des établissements de santé non gouvernementaux ne disposaient d'**aucun service** d'approvisionnement en eau.
9. **5 %** des établissements de santé dans les zones urbaines et **15 %** dans les zones rurales ne disposaient d'**aucun service** d'approvisionnement en eau.
10. **896 millions** de personnes ne bénéficiaient d'**aucun service d'approvisionnement en eau** dans leur établissement de santé.

SERVICES DE BASE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

De l'eau est disponible à partir d'une source améliorée située sur place.

À l'échelle mondiale, **74 %** des établissements de santé étaient pourvus de services de base d'approvisionnement en eau en 2016

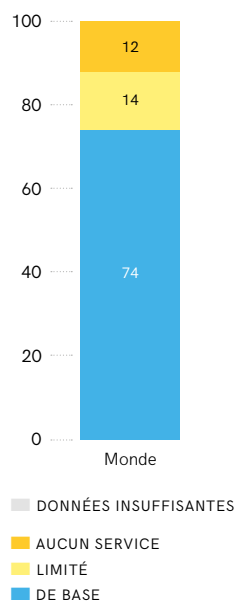


FIGURE 2 Services d'approvisionnement en eau dans les établissements de santé à l'échelle mondiale, 2016 (en %)

Trois des huit régions ODD disposaient d'estimations concernant les services de base d'approvisionnement en eau dans les établissements de santé en 2016

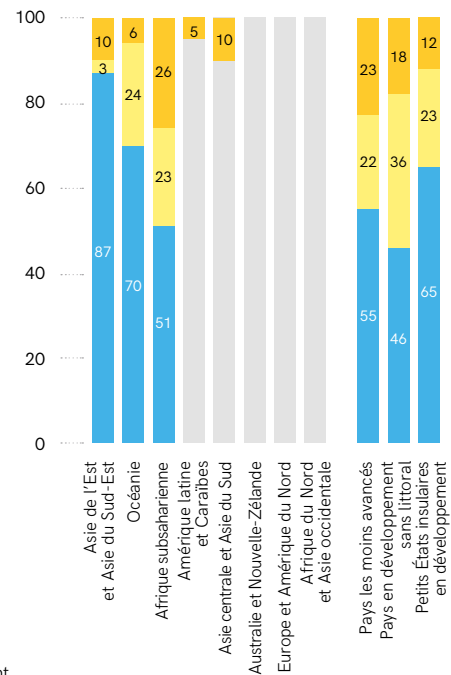


FIGURE 3 Services d'approvisionnement en eau dans les établissements de santé à l'échelle régionale, 2016 (en %)

Dans 16 des 69 pays pour lesquels des données étaient disponibles, plus de 20 % des établissements de santé n'avaient aucun service d'approvisionnement en eau en 2016.

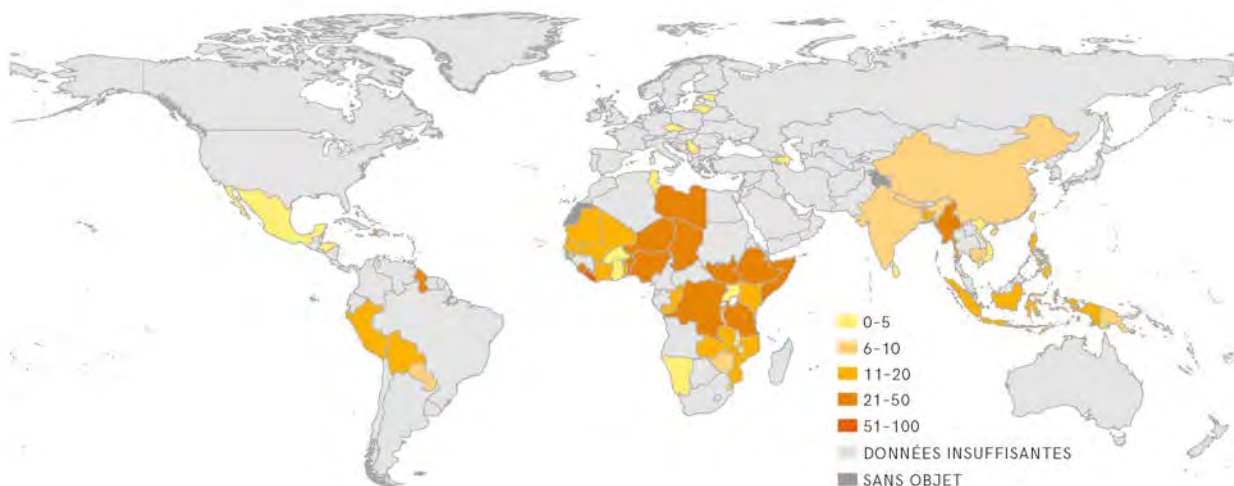


FIGURE 4 Proportion d'établissements de santé dépourvus de services d'approvisionnement en eau, 2016 (en %)

ASSAINISSEMENT

Messages clés

En 2016 :

1. **18** pays et seulement **une** région ODD disposaient de données suffisantes pour évaluer la couverture des **services** de base d'assainissement dans les établissements de santé.
2. Trop peu de pays disposaient d'estimations de base pour pouvoir calculer la couverture mondiale des services de **base** d'assainissement dans les établissements de santé.
3. En Afrique subsaharienne, **23** % des établissements de santé disposaient de **services** de base.
4. **Quatre des huit** régions ODD n'avaient pas suffisamment de données pour établir des estimations concernant l'assainissement dans les établissements de santé.
5. **21** % des établissements de santé dans le monde ne disposaient **pas de services d'assainissement**, ce qui signifie qu'ils étaient dotés de toilettes non améliorées ou étaient dépourvus de toilettes.
6. La proportion d'établissements de santé exempts de services d'assainissement oscillait entre **5** % en Asie de l'Est et Asie du Sud-Est et **40** % en Asie centrale et Asie du Sud.
7. **42** % des pays en développement sans littoral possédaient des **services** de base d'assainissement au sein de leurs établissements de santé.
8. Dans les pays les moins avancés, **21** % des établissements de santé ne disposaient d'**aucun service d'assainissement**.
9. **9** % des hôpitaux et **20** % des autres établissements de santé ne disposaient d'**aucun service d'assainissement**.
10. **16** % des établissements de santé publics et **36** % des établissements privés n'avaient **aucun service d'assainissement**.
11. **Plus de 1,5 milliard** de personnes ne disposaient d'**aucun service d'assainissement** au sein de leur établissement de soins de santé.

UN SERVICE DE BASE D'ASSAINISSEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Des installations sanitaires améliorées sont utilisables, avec une toilette au moins réservée au personnel, une toilette au moins réservée aux femmes et aux filles et dotée d'un dispositif de gestion de l'hygiène menstruelle, et une toilette au moins adaptée aux besoins des personnes à mobilité réduite.

À l'échelle mondiale, un établissement de santé sur cinq n'était pourvu d'aucun service d'assainissement en 2016

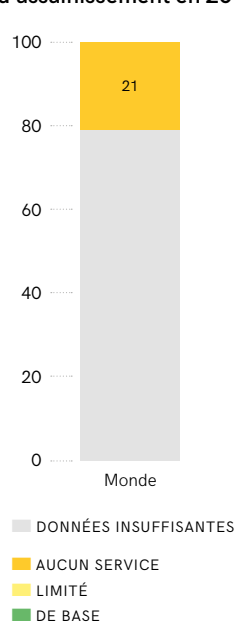


FIGURE 5 Services d'assainissement dans les établissements de santé à l'échelle mondiale, 2016 (en %)

Une seule région ODD disposait d'estimations concernant les services de base d'assainissement dans les établissements de santé en 2016

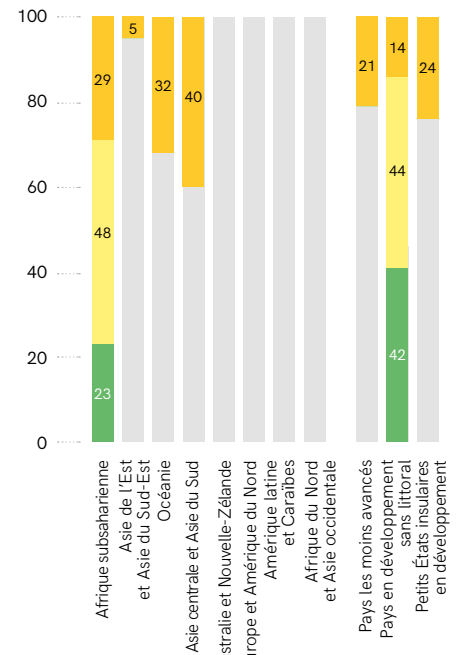


FIGURE 6 Services d'assainissement dans les établissements de santé à l'échelle régionale, 2016 (en %)

Dans 28 des 66 pays pour lesquels des données étaient disponibles, plus de 10 % des établissements de santé n'avaient aucun service d'assainissement en 2016

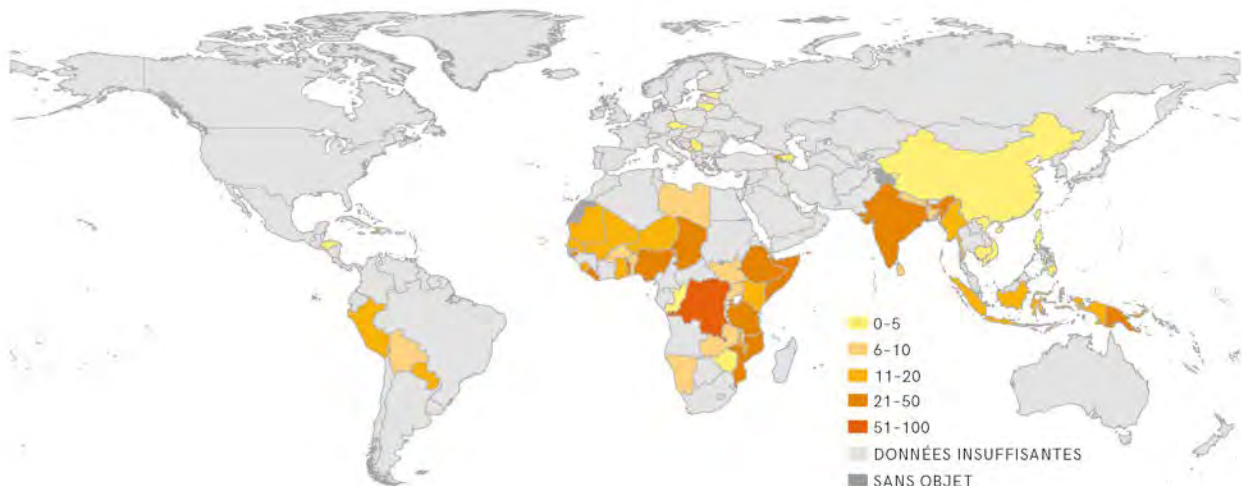


FIGURE 7 Proportion d'établissements de santé dépourvus de services d'assainissement, 2016 (en %)

Messages clés

En 2016 :

1. **14** pays disposaient de données suffisantes pour évaluer la couverture des **services** de base d'hygiène dans les établissements de santé, ce qui signifie que les points de prestation de soins et les toilettes étaient équipés d'installations pour l'hygiène des mains en état de marche.
2. Trop peu de pays disposaient d'estimations de base pour pouvoir calculer la couverture mondiale des **services de base** d'hygiène dans les établissements de santé.
3. **Quatre des huit** régions ODD n'avaient pas suffisamment de données pour établir des estimations concernant l'hygiène dans les établissements de santé.
4. **Un tiers des** établissements de santé (36 %) en Asie de l'Est et Asie du Sud-Est étaient pourvus de **services** de base d'hygiène.
5. **Un** établissement de soins de santé sur six (16 %) dans le monde ne disposait d'**aucun service d'hygiène**, autrement dit, les points de prestation de soins n'étaient pas équipés d'installations pour l'hygiène des mains et les toilettes étaient dépourvues de savon et d'eau.
6. Un nombre relativement faible de pays (16) possédaient des données sur la présence d'installations de lavage des mains dans les toilettes, mais davantage de données (provenant de 55 pays) étaient disponibles concernant les installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins.
7. **58 %** des établissements de santé dans le monde étaient équipés d'installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins.
8. En Afrique subsaharienne, la **moitié** des établissements de santé (51 %) disposaient de solution hydroalcoolique pour les mains aux points de prestation de soins.
9. En Afrique subsaharienne, **84 %** des hôpitaux disposaient d'installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins, contre **64 %** des autres établissements de santé.

UN SERVICE DE BASE D'HYGIÈNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Des installations pour l'hygiène des mains (avec de l'eau et du savon ou une solution hydroalcoolique pour les mains) sont disponibles aux points de prestation de soins, et dans un rayon de 5 mètres des toilettes.

À l'échelle mondiale, un établissement de santé sur six n'était pourvu d'aucun service d'hygiène des mains en 2016

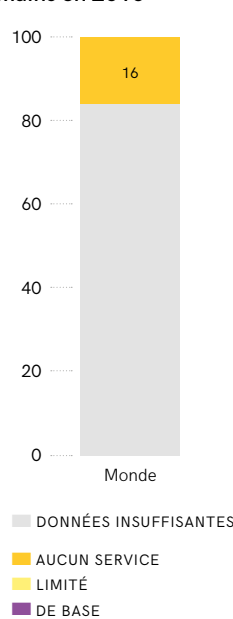


FIGURE 8

Services d'hygiène des mains dans les établissements de santé à l'échelle mondiale, 2016 (en %)

Une seule région ODD disposait d'estimations concernant les services de base d'hygiène des mains dans les établissements de santé en 2016

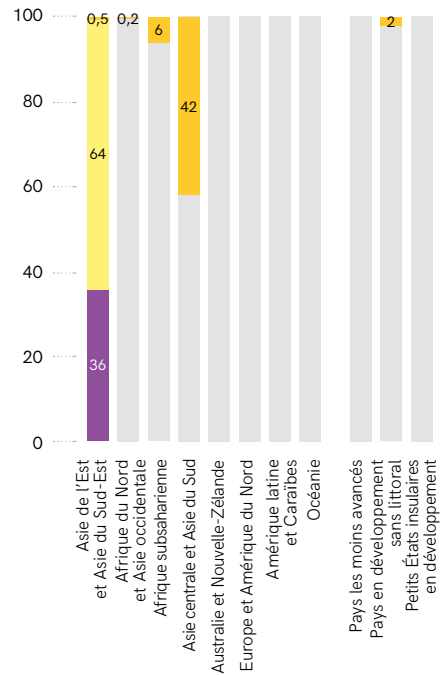


FIGURE 9

Services d'hygiène des mains dans les établissements de santé à l'échelle régionale, 2016 (en %)

Dans 8 des 55 pays pour lesquels des données étaient disponibles, plus de la moitié des établissements de santé étaient dépourvus d'installations de lavage des mains aux points de prestation de soins en 2016

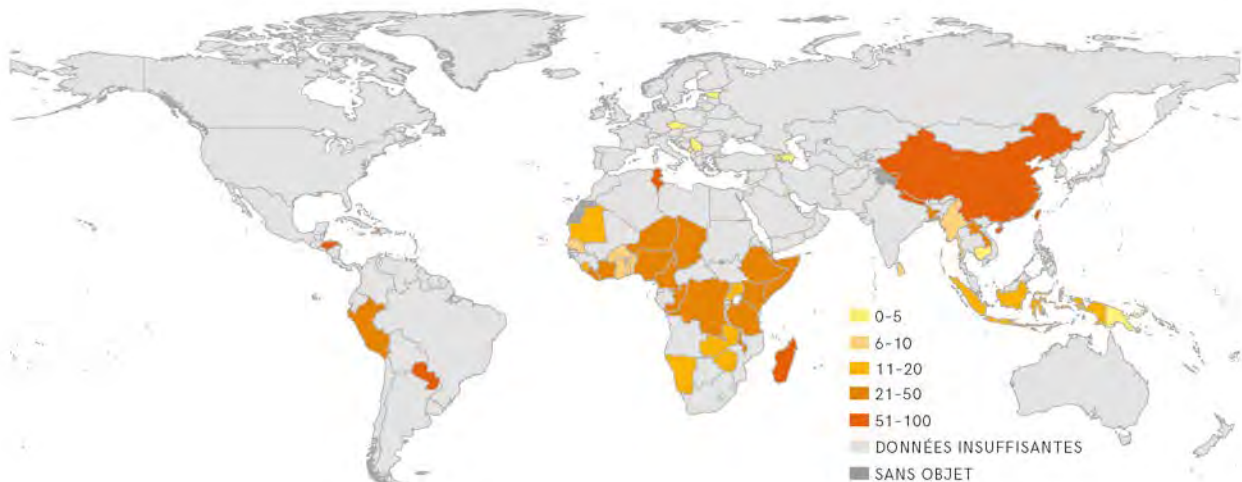


FIGURE 10

Proportion d'établissements de santé dépourvus d'installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins, 2016 (en %)

GESTION DES DÉCHETS

Messages clés

En 2016 :

1. **48 pays** disposaient de données suffisantes pour évaluer la couverture des services **de base** de gestion des déchets dans les établissements de santé.
2. Trop peu de pays disposaient d'estimations de base pour pouvoir calculer la couverture mondiale des services **de base** de gestion des déchets dans les établissements de santé.
3. **27 %** des établissements de santé dans les pays les moins avancés disposaient de services **de base** de gestion des déchets biomédicaux.
4. **En Océanie**, un établissement de soins de santé sur dix (10 %) était pourvu de services **de base** de gestion des déchets biomédicaux.
5. **40 %** des établissements de santé en Afrique subsaharienne disposaient de **services de base** de gestion des déchets biomédicaux.
6. **60 %** des établissements de santé dans le monde disposaient de systèmes de tri des déchets.
7. En Afrique subsaharienne, **60 %** des hôpitaux et **38 %** des autres établissements de santé disposaient de services **de base** de gestion des déchets. **Sept établissements de santé publics sur dix** (71 %) et **la moitié** des établissements de santé privés (55 %) triaient leurs déchets en toute sécurité.

UN SERVICE DE BASE DE GESTION DES DÉCHETS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les déchets sont triés et jetés en toute sécurité dans au moins trois bacs différents, et les déchets infectieux ainsi que les déchets pointus et tranchants sont traités et éliminés de manière sûre.

Seules deux régions ODD disposaient d'estimations concernant les services de base de gestion des déchets dans les établissements de santé en 2016

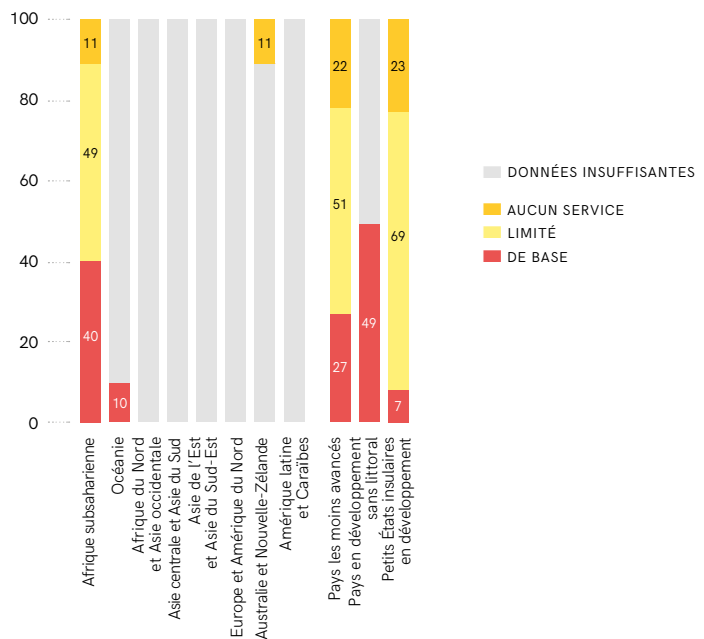


FIGURE 11 Services de gestion des déchets dans les établissements de santé à l'échelle régionale, 2016 (en %)

Dans 30 des 48 pays pour lesquels des données étaient disponibles, plus de la moitié des établissements de santé étaient dépourvus de services de base de gestion des déchets en 2016

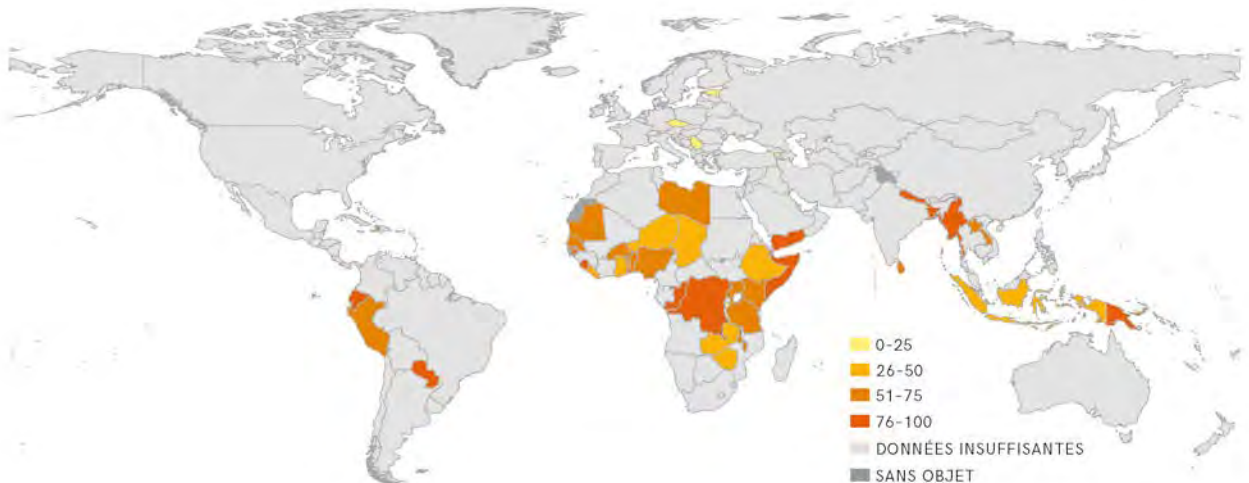


FIGURE 12 Proportion d'établissements de santé dépourvus de services de base de gestion des déchets, 2016 (en %)

NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT

Messages clés

En 2016 :

1. Seuls **quatre** pays disposaient de données suffisantes pour évaluer la couverture des services **de base** de nettoyage de l'environnement dans les établissements de santé.
2. Trop peu de pays disposaient d'estimations de base pour pouvoir calculer la couverture régionale des services **de base** de nettoyage de l'environnement dans les établissements de santé.

UN SERVICE DE BASE DE NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Des protocoles de nettoyage élémentaires sont disponibles et les membres du personnel devant accomplir des tâches de nettoyage ont tous suivi une formation.



INDICATEURS SUPPLÉMENTAIRES POUR ASSURER UN SUIVI ÉLARGI

Les cinq indicateurs de base relatifs aux services constituent un point de départ utile pour le suivi mondial des services WASH dans les établissements de santé, mais ils ne rendent pas compte de tous les aspects des services WASH qui sont

importants pour améliorer les résultats pour la santé, accroître la qualité des soins et protéger les agents sanitaires. Par exemple, l'indicateur des services de base d'approvisionnement en eau n'englobe pas la mesure directe de la qualité de l'eau, même si cette qualité est d'une importance cruciale. Les indicateurs mondiaux relatifs aux services de base représentent un compromis entre les exigences normatives et les données qu'il est concrètement possible de suivre et de regrouper à l'échelle nationale et mondiale au début de la période des

SERVICES	INDICATEURS DE BASE	EXEMPLES D'INDICATEURS SUPPLÉMENTAIRES				
		DISPONIBILITÉ	ACCESSIBILITÉ	ACCEPTABILITÉ	QUALITÉ	AUTRES
Eau	<ul style="list-style-type: none"> Availability fonctionnalité Accessibilité <ul style="list-style-type: none"> sur place Qualité <ul style="list-style-type: none"> source d'eau améliorée 	<ul style="list-style-type: none"> quantité d'eau suffisante pour différentes utilisations continuité saisonnalité stockage de l'eau emplacement et nombre de points d'eau ratio points d'eau/patients ou lits 	<ul style="list-style-type: none"> accessibilité à l'eau potable pour les personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> goût et apparence de l'eau potable 	<ul style="list-style-type: none"> <i>E. coli</i>, <i>Legionella</i>, chlore résiduel, produits chimiques, etc. traitement de l'eau sur site 	<ul style="list-style-type: none"> adduction par canalisation sources multiples approvisionnement en eau pour différentes utilisations/différents types d'installations
Assainissement	Disponibilité <ul style="list-style-type: none"> installations utilisables pour les femmes et les hommes pour le personnel Accessibilité <ul style="list-style-type: none"> pour les personnes à mobilité réduite Acceptabilité <ul style="list-style-type: none"> permettent l'intimité hygiène menstruelle Qualité <ul style="list-style-type: none"> toilettes ou latrines améliorées 	<ul style="list-style-type: none"> emplacement et nombre de toilettes ratio toilettes/patients ou lits 	<ul style="list-style-type: none"> distance des toilettes par rapport aux zones de consultation 	<ul style="list-style-type: none"> culturellement acceptables 	<ul style="list-style-type: none"> propreté installations reliées à l'égout gestion des boues fécales 	<ul style="list-style-type: none"> indications de défécation à l'air libre dans l'enceinte de l'établissement gestion des eaux de drainage et de ruissellement mesures de lutte contre les vecteurs des maladies dans les toilettes
Hygiène	Disponibilité <ul style="list-style-type: none"> fonctionnalité des installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins fonctionnalité des installations pour le lavage des mains dans les toilettes 	<ul style="list-style-type: none"> emplacement et nombre d'installations pour le lavage des mains ratios installations de lavage des mains/patients ou lits 				<ul style="list-style-type: none"> conformité aux règles concernant l'hygiène des mains visibilité des matériels de promotion de l'hygiène activités de promotion de l'hygiène formation relative à l'hygiène et à la lutte contre les infections
Gestion des déchets	Qualité <ul style="list-style-type: none"> séparation des déchets traitement et élimination 	<ul style="list-style-type: none"> emplacement et nombre de poubelles et de récipients ratio poubelles/patients ou lits fonctionnalité des incinérateurs disponibilité de combustibles/d'énergie pour les incinérateurs élimination des déchets chimiques et radioactifs 	<ul style="list-style-type: none"> poubelles hors de la portée des enfants 		<ul style="list-style-type: none"> aire clôturée pour l'entreposage des déchets 	<ul style="list-style-type: none"> équipement de protection pour les préposés à la gestion des déchets
Nettoyage de l'environnement	Disponibilité <ul style="list-style-type: none"> protocoles en place Qualité <ul style="list-style-type: none"> personnel formé 	<ul style="list-style-type: none"> emplacement et nombre des postes de nettoyage présence de produits de nettoyage, y compris de désinfectants 			<ul style="list-style-type: none"> fréquence du nettoyage propreté observée méthodes de nettoyage appliquées 	

TABLEAU 2 Indicateurs de base et indicateurs supplémentaires, regroupés selon les critères liés aux droits de l'homme

ODD. Plusieurs indicateurs supplémentaires pourraient faire l'objet d'un suivi à l'échelon local et pourraient être utilisés pour améliorer la qualité de la prestation des services. Les informations ainsi recueillies pourraient être regroupées à l'échelle nationale et, éventuellement, à l'échelle mondiale si les données le permettent. Les pays souhaiteront peut-être définir des niveaux de services tenant compte de ces indicateurs supplémentaires, et dépassant le niveau des services de base, de manière à refléter leurs priorités et leurs ambitions

nationales. Des exemples d'indicateurs supplémentaires qui ne sont pas inclus dans le niveau des services de base sont présentés au Tableau 2. Les indicateurs de base et les indicateurs supplémentaires y sont regroupés en fonction des critères de l'accessibilité, de la disponibilité, de l'acceptabilité et de la qualité, lesquels découlent des droits de l'homme (Encadré 1). Le présent rapport donne des exemples qui illustrent comment des pays assurent le suivi de certains de ces indicateurs supplémentaires.

ENCADRÉ 1.

Réalisation progressive des droits de l'homme relatifs à l'eau salubre et à l'assainissement

Le droit à la santé est largement reconnu par les États Membres de l'ONU. Il joue un rôle central dans la concrétisation d'autres droits de l'homme, dont les droits à une eau salubre et à l'assainissement, et il dépend également de la réalisation de ces autres droits. Le droit à la santé, tel que le Comité des droits économiques, sociaux et culturels l'a défini dans son Observation générale no 14³ comporte les critères essentiels suivants :

- **Disponibilité** : renvoie à la nécessité de l'existence, en quantité suffisante, d'installations, de biens et de services fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé, ainsi que de programmes pour tous.
- **Accessibilité** : implique que les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement : la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité économique (abordabilité) et l'accessibilité de l'information.
- **Acceptabilité** : a trait au respect de l'éthique médicale, au caractère culturellement approprié et à la sensibilisation aux questions de genre. L'acceptabilité requiert que les installations, biens et services en matière de santé soient axés sur la personne et répondent aux besoins particuliers de groupes démographiques diversifiés, en conformité avec les normes internationales d'éthique médicale liées à la confidentialité et au consentement éclairé.
- **Qualité** : les installations, biens et services doivent être approuvés au point de vue scientifique et médical. La qualité est un élément clé de la couverture sanitaire universelle et elle englobe à la fois l'expérience vécue par rapport aux soins de santé et la perception de ces derniers. Des services de santé de qualité devraient être sûrs, efficaces, axés sur la personne, opportuns, équitables, intégrés et efficaces.

Les droits de l'homme relatifs à l'eau et à l'assainissement reposent sur des critères normatifs similaires. La Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur le droit à l'eau potable et à l'assainissement a déclaré que les États Membres devraient établir des normes concernant l'accessibilité, la disponibilité, la qualité, l'abordabilité, l'acceptabilité et la durabilité des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, en précisant que de telles normes devraient « s'appliquer

aux services fournis non seulement à domicile, mais aussi au travail, à l'école, **dans les établissements de santé**, les espaces publics et les centres de détention⁴ ».

L'un des principes fondamentaux du droit à la santé est sa concrétisation progressive en tirant parti au maximum des ressources disponibles. Les gouvernements ne sont pas tenus d'assurer immédiatement l'entière conformité aux obligations afférentes aux droits de l'homme ; de fait, le caractère limité des ressources peut rendre cet objectif hors de portée à court terme. Néanmoins, peu importe les niveaux de ressources dont ils disposent, les gouvernements peuvent et doivent prendre des mesures immédiates, dans les limites de leurs moyens, pour progresser vers la réalisation de ces droits. L'approche de l'« échelle de services » est utile pour la définition de cibles en vue d'améliorer progressivement les services, peu importe le niveau de couverture actuel. Chaque gouvernement doit décider des mesures à prendre, ainsi que des moyens d'équilibrer les investissements dans les soins primaires, secondaires et tertiaires. Les gouvernements peuvent fixer des cibles faisant en sorte qu'aucun établissement de santé ne soit dépourvu de services WASH, que l'accès universel aux services de base soit assuré ou que des niveaux de services plus élevés soient atteints.

« Il doit exister dans l'État partie, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé. La nature précise des installations, des biens et des services dépendra de nombreux facteurs, notamment du niveau de développement de l'État partie. Ces installations, biens et services comprendront toutefois les éléments fondamentaux déterminants de la santé tels que l'eau salubre et potable et des installations d'assainissement appropriées, des hôpitaux, des dispensaires et autres installations fournissant des soins de santé [...] »

- Observation générale no 14, paragraphe 12.

³ Conseil économique et social des Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale no 14, « Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint », E/C.12/2000/4, ONU, Genève, 2000, disponible à l'adresse suivante : <<https://digitalibrary.un.org/record/425041>>.

⁴ de Albuquerque, Catarina, *Manuel pratique pour la réalisation des droits humains à l'eau et à l'assainissement de la Rapporteuse spéciale, Catarina de Albuquerque*, Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur le droit à l'eau potable et à l'assainissement, Portugal, 2014, <www.ohchr.org/en/issues/waterandsanitation/srwater/pages/handbook.aspx>.

INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), dans le cadre du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP pour le sigle en anglais), publient des mises à jour régulières sur la situation en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH, pour le sigle en anglais WASH) depuis 1990. Le JMP a permis de suivre les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Aujourd'hui, il sert au suivi des avancées obtenues au niveau mondial en vue de la réalisation des cibles des objectifs de développement durable (ODD) relatives à WASH⁵.

Les cibles des ODD portent sur l'« accès universel » aux services WASH. Une plus grande attention doit être accordée aux services WASH à l'extérieur du foyer, notamment dans des milieux institutionnels tels que les écoles, les établissements de santé et les lieux de travail. Les efforts menés à l'échelle mondiale en faveur de l'éducation pour tous reconnaissent l'influence de l'WASH dans les écoles s'agissant de l'amélioration de l'accès à l'éducation et des acquis scolaires, en particulier pour les filles⁶. En 2018, le JMP a publié la première évaluation mondiale de l'WASH dans les écoles. Par ailleurs, l'état de l'WASH dans les établissements de santé ainsi que les liens avec les résultats en matière de santé bénéficient d'une attention accrue depuis quelques années. Le présent rapport expose la première évaluation mondiale des services d'approvisionnement en eau, d'assainissement, d'hygiène, de gestion des déchets biomédicaux et de nettoyage de l'environnement dans les établissements de santé. Il établit par ailleurs des estimations de référence pour le suivi des progrès accomplis au cours de la période des ODD. Ce document est complété par un autre rapport de l'OMS et de l'UNICEF qui présente les actions concrètes qui peuvent être prises par les pays pour améliorer les services WASH dans les établissements de santé⁷.

WASH et la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030

En 2015, les 193 États membres de l'Assemblée générale des Nations Unies ont adopté à l'unanimité le Programme de développement durable à l'horizon 2030⁸, qui a établi 17 ODD

et 169 cibles mondiales en faveur du développement pour la période 2015-2030. Ce programme universel ambitieux qui s'applique à tous les pays met un point d'honneur à ne laisser personne de côté et à s'assurer que les lacunes dans les services sont définies et progressivement éliminées.

L'ODD 6 consiste à « garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable » et s'accompagne de cibles relatives à l'accès universel à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène d'ici à 2030 (cibles 6.1 et 6.2). Le terme « universel » désigne tous les environnements (foyers, écoles, établissements de santé, lieux de travail et lieux publics), et « tous » signifie que les services doivent être adaptés aux femmes, aux hommes, aux filles et aux garçons de tout âge, y compris aux personnes en situation de handicap⁹.

L'ODD 3 consiste à « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », et s'accompagne d'une cible spécifique (3.9) relative à la réduction des maladies découlant d'une eau insalubre, d'un assainissement inadéquat et d'un manque d'hygiène. D'autres cibles (3.1, 3.2) appellent à la diminution de la mortalité des mères et des enfants de moins de 5 ans ainsi que des nouveau-nés, ces décès résultant tous directement des conditions en matière WASH dans les milieux de soins de santé. En effet, les pays ne pourront parvenir à la couverture sanitaire universelle (cible 3.8) que lorsque tout le monde aura accès à des services de soins de santé de qualité, notamment à des établissements de santé disposant de services WASH de base.

Ces cibles, qui sont très ambitieuses, sont également interdépendantes et se renforcent mutuellement. En mars 2018, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies a lancé un appel mondial à l'action en faveur de WASH dans tous les établissements de santé¹⁰. Il a souligné que les établissements de santé sont des outils essentiels à la réduction des maladies, et que, sans services WASH de base, ces structures peuvent, à l'inverse, entraîner une hausse des infections, des séjours prolongés à l'hôpital et des décès évitables, y compris des mères et des nourrissons.

⁵ Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène, *Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène : mise à jour 2017 et évaluation des ODD*, OMS et UNICEF, Genève, 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/01/JMP-2017-report-fr_0.pdf>

⁶ UNESCO, « Mouvement de l'Éducation pour tous », UNESCO, 2017. Disponible à l'adresse suivante : <<http://www.unesco.org/new/fr/archives/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-all/>>, consulté le 13 mars 2019.

⁷ Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé : Practical steps to achieve universal access*. OMS et UNICEF, Genève, 2019. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-in-health-care-facilities/en/index.html>.

⁸ Organisation des Nations Unies, *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, résolution A/RES/70/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies, ONU, Genève, 21 octobre 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=F>.

⁹ Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène, *WASH dans l'agenda 2030 : Les nouveaux indicateurs mondiaux pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène*, OMS et UNICEF, 2017. Disponible à l'adresse suivante : <<https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2017/07/JMP-2017-wash-in-the-2030-agenda-fr.pdf>>.

¹⁰ Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, « Secretary-General's remarks at Launch of International Decade for Action "Water for Sustainable Development" 2018-2028 [as delivered] », ONU, Genève, 22 mars 2018. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2018-03-22/secretary-generals-remarks-launch-international-decade-action-water>, consulté le 13 mars 2019.



Suivi de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé

Le présent rapport du JMP s'intéresse au suivi de l'état de l'WASH dans les établissements de santé. Son document connexe relatif aux actions concrètes⁷ présente un plan de travail mondial et établit huit mesures qui peuvent être prises par les pays pour améliorer l'WASH dans les établissements de santé :

1. Conduire une analyse et une évaluation de la situation
2. Fixer les cibles et définir la feuille de route
3. Établir les normes et réglementations nationales
4. Améliorer les infrastructures et l'entretien
5. Suivre et examiner les données
6. Former le personnel de santé
7. Mobiliser les communautés
8. Mener une recherche opérationnelle et partager les enseignements tirés

Ce rapport représente une compilation et une analyse des données de suivi existantes déjà recueillies et examinées par les pays (mesure 5). La nouvelle base de données du JMP sur l'WASH dans les établissements de santé comprend des données nationales provenant de 125 pays qui s'appuient sur les évaluations de plus de 560 000 établissements de santé (voir l'annexe 1 pour plus de précisions). Les données ont été extraites de 260 évaluations d'établissements représentatives des pays. Elles ont ensuite été cartographiées selon un ensemble normalisé d'indicateurs mondiaux relatifs à l'approvisionnement en eau, à l'assainissement, à l'hygiène, à la gestion des déchets et aux services de nettoyage de l'environnement dans les établissements de santé.

Le présent rapport vient annuler et remplacer un examen préliminaire de l'WASH dans les établissements de santé effectué en 2015¹¹. Cet examen attirait l'attention sur les problèmes liés à des services WASH médiocres dans de nombreux établissements de santé des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Les résultats des deux rapports ne sont pas directement comparables, étant donné que le rapport

¹¹ Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire*, OMS et UNICEF, Genève, 2015. Disponible à l'adresse suivante : <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249610/9789242508475-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.



antérieur reposait sur un nombre sensiblement plus restreint d'évaluations représentatives à l'échelon national (20 évaluations portant sur 58 000 établissements, la plupart situés en Afrique subsaharienne).

Ces indicateurs composent les échelles de service du JMP (Figure 1) qui sont utilisées à des fins de suivi mondial et qui fournissent des statistiques comparables à l'échelle internationale entre les pays au fil du temps. L'élaboration des indicateurs des

services de base (Tableau 3) a commencé en 2015 par un examen des normes mondiales¹² et des outils de collecte de données et des indicateurs nationaux existants. Un ensemble provisoire d'indicateurs harmonisés et des questions de base recommandées dans le cadre de la collecte de données ont été examinés, modifiés et approuvés lors d'une réunion d'experts qui s'est tenue en 2016 et qui rassemblait des représentants des secteurs WASH et de la santé, ainsi que de programmes d'enquêtes internationaux de premier plan¹³.

UN SERVICE DE BASE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU	UN SERVICE DE BASE D'ASSAINISSEMENT	UN SERVICE DE BASE D'HYGIÈNE	UN SERVICE DE BASE DE GESTION DES DÉCHETS	UN SERVICE DE BASE DE NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT
De l'eau est disponible et provient d'une source améliorée ¹⁴ située sur place.	Des installations sanitaires améliorées ¹⁵ sont utilisables, avec une toilette au moins réservée au personnel, une toilette au moins réservée aux femmes et aux filles et dotée d'un dispositif de gestion de l'hygiène menstruelle, et une toilette au moins adaptée aux besoins des personnes à mobilité réduite. ¹⁶	Des installations pour l'hygiène des mains (avec de l'eau et du savon ou une solution hydroalcoolique pour les mains) sont disponibles aux points de prestation de soins, et dans un rayon de 5 mètres des toilettes.	Les déchets sont triés et jetés en toute sécurité dans au moins trois bacs différents, et les déchets infectieux ainsi que les déchets pointus et tranchants sont traités et éliminés de manière sûre.	Des protocoles de nettoyage élémentaires sont disponibles et les membres du personnel devant accomplir des tâches de nettoyage ont tous suivi une formation.

TABEAU 3 Indicateurs mondiaux des services WASH de base dans les établissements de santé

¹² Voir en particulier : Organisation mondiale de la Santé, *Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins*, OMS, Genève, 2008. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/fr/>, et Organisation mondiale de la Santé, *Safe Management of Wastes from Health-care Activities*, OMS, Genève, 2014. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.who.int/water_sanitation_health/publications/wastemanag/en>.

¹³ Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *Meeting Report: Expert Group Meeting on Monitoring WASH in Health Care Facilities in the Sustainable Development Goals*, OMS et UNICEF, Genève, 2016. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <<https://washdata.org/report/jmp-2016-expert-group-meeting-winhcf>>.

¹⁴ Les sources d'eau améliorées sont celles qui, par leur conception et leur construction, permettent de fournir une eau sûre. Il peut s'agir de l'eau courante, de puits tubulaires ou de forages, de puits protégés, de sources protégées, d'eau de pluie et d'eau en bouteille ou distribuée.

¹⁵ Une installation d'assainissement améliorée est conçue pour assurer une séparation hygiénique des excréta du contact humain. Elles comprennent les technologies d'assainissement fonctionnant à l'eau (toilettes à chasse mécanique ou manuelle raccordées au réseau d'égouts, aux fosses septiques ou aux latrines à fosse) et les technologies d'assainissement sèches (latrines à fosse avec dalle ou toilettes à compostage).

¹⁶ Au moins deux toilettes sont nécessaires dans les milieux ambulatoires (une toilette pour le personnel et une toilette non genrée pour les patients qui dispose de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle et qui est accessible aux personnes à mobilité réduite). Si deux toilettes peuvent suffire dans le cadre d'un petit établissement de soins de santé qui ne fournit que des services ambulatoires, les établissements plus importants requièrent davantage d'installations sanitaires.

Les nouveaux indicateurs et les nouvelles questions ont été par la suite mis à l'essai et affinés au cours de la période 2016-2017. L'ensemble définitif de questions de base et d'indicateurs¹⁷ reflète un équilibre entre des exigences normatives et des contraintes pratiques à l'égard du type et du niveau d'informations qui peuvent être raisonnablement recueillies auprès de toutes les catégories d'établissements de santé et agrégées à des fins de suivi mondial pendant la période des ODD.

Depuis leur première publication en 2016, les indicateurs relatifs aux services WASH de base et les questions de base associées ont été intégrés à des directives, à des normes, à des politiques et à des outils d'évaluation dans un éventail de sous-secteurs de la santé (Encadré 2, voir également l'annexe 2 de *Water, Sanitation and Hygiene in Health Care Facilities: Practical steps to achieve universal access*⁷). Ils sont également inclus dans la révision de l'outil d'évaluation des établissements de santé actuellement menée par l'OMS, dans le cadre du projet de collaboration sur les données sanitaires¹⁸.

ENCADRÉ 2

Publications relevant du secteur de la santé qui font référence aux services WASH dans les établissements de santé, pour la période 2016-2018



¹⁷ Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Questions et indicateurs de base destinés au suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH) au sein des établissements de santé (ESS) dans le cadre des objectifs de développement durable*, OMS et UNICEF, Genève, 2018. Disponible à l'adresse suivante : <<https://washdata.org/report/jmp-2018-core-questions-monitoring-win/hcf-fr>>

¹⁸ Projet de collaboration sur les données sanitaires (Health Data Collaborative), <www.healthdatacollaborative.org>, consulté le 13 mars 2019.

LES SERVICES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le personnel des établissements de santé a besoin d'eau salubre en quantité suffisante pour pouvoir fournir ses services. Un approvisionnement fiable en eau salubre est indispensable pour boire, faire la cuisine, se laver les mains, se doucher et prendre un bain et conditionne tout un éventail d'utilisations médicales générales et spécialisées. L'eau est par ailleurs essentielle pour nettoyer les salles et les chambres, les lits, les sols, les toilettes, les draps et le linge. Au cœur de l'expérience des soins de santé des patients, l'eau leur permet de rester hydratés, de se laver et

de réduire le risque d'infections. Les familles et les personnes en charge ont également besoin d'eau pour s'occuper des patients et subvenir à leurs propres besoins. Sans eau, un établissement de soins de santé ne peut se définir comme tel.

Les besoins en eau des établissements de santé varient selon le type de services sanitaires proposés et la taille de la structure. La quantité d'eau disponible et sa qualité, l'emplacement et l'accessibilité des points d'eau au sein de l'établissement de



santé, ainsi que la fiabilité de l'approvisionnement en eau au fil du temps constituent tous d'importants aspects des services d'approvisionnement en eau¹⁹. Toutefois, la plupart des évaluations d'établissements de santé et des systèmes d'information sanitaire ne recueillent que des données limitées sur ces services dans les établissements de santé.

Le présent rapport introduit une échelle des services d'approvisionnement en eau qui utilise les données actuellement disponibles auprès de sources nationales afin de classer les établissements selon qu'ils disposent de **services de base**, de **services limités** ou qu'ils ne disposent d'**aucun service** (Figure 13). Le niveau de service de base reflète un niveau de service très peu élevé, et le présent chapitre souligne également des exemples de pays recueillant des informations supplémentaires sur leurs services d'approvisionnement en eau, comme la continuité, la suffisance et la qualité de l'approvisionnement. Cette collecte de données au-delà du niveau de service de base pourrait éventuellement servir à suivre des niveaux avancés de service à l'avenir ; cependant, ces informations ne sont pas actuellement normalisées ou suffisamment disponibles pour être utilisées à des fins de suivi au niveau mondial.

Les établissements de santé sont classés comme disposant de **services de base d'approvisionnement en eau** s'ils utilisent de l'eau provenant d'une source d'eau améliorée située sur place, et à partir de laquelle de l'eau est disponible au moment de l'évaluation. Les établissements de santé ayant accès à une source d'eau améliorée qui n'est pas située dans l'enceinte de

l'établissement (mais toujours dans un rayon de 500 mètres) ou n'ayant pas d'eau disponible au moment de l'évaluation sont classés comme disposant de **services limités d'approvisionnement en eau**. Les établissements de santé dépourvus de source d'eau, puisant de l'eau depuis une source d'eau non améliorée ou utilisant une source d'eau améliorée située à plus de 500 mètres sont classés comme n'ayant **aucun service d'eau**. Au Sénégal, l'Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS) de 2017 a permis de constater que, si la quasi-totalité des établissements de santé du pays disposaient d'une source d'eau de quelque forme que ce soit, moins de la moitié remplissaient les critères du service de base d'approvisionnement en eau (Figure 14).

APPROVISIONNEMENT EN EAU	
Service de base	De l'eau est disponible et provient d'une source améliorée ²⁰ située sur place.
Service limité	Une source d'eau améliorée est située dans un rayon de 500 mètres de l'établissement, mais tous les critères du service de base ne sont pas satisfaits.
Aucun service	L'eau provient de sources ou de puits non protégés, d'eaux de surface ou d'une source améliorée située à plus de 500 mètres de l'établissement ; ou ce dernier ne dispose d'aucune source d'eau.

FIGURE 13 Échelle des services de base d'approvisionnement en eau pour les établissements de santé

Illustration de l'élaboration de l'échelle des services d'approvisionnement en eau : Sénégal

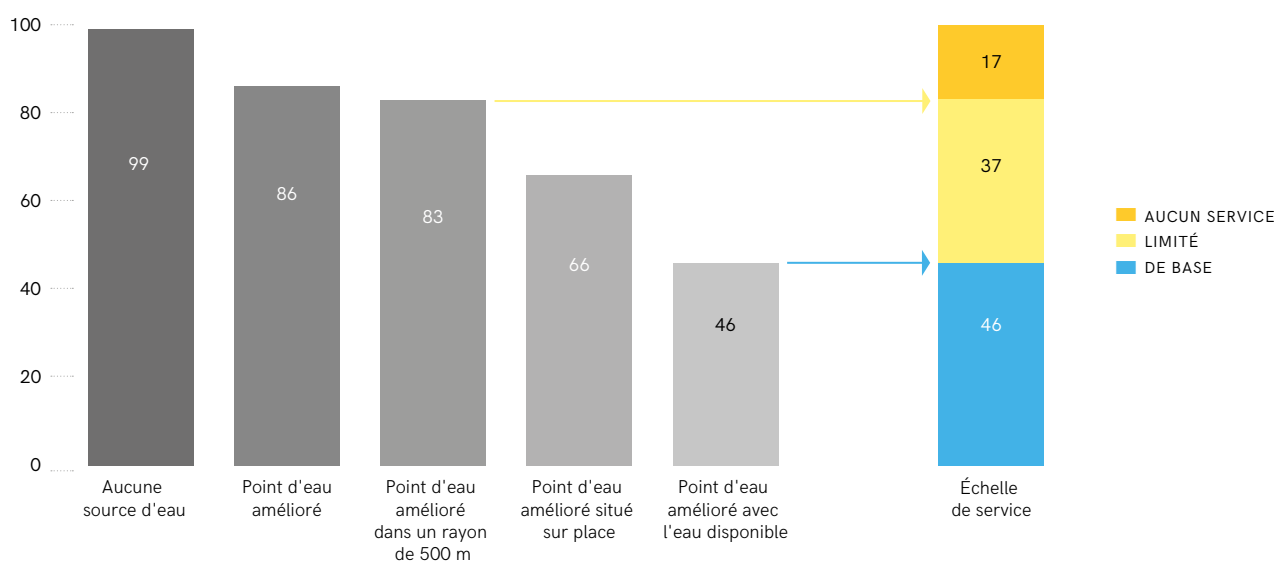


FIGURE 14 Proportion des établissements de santé par type de service d'approvisionnement en eau au Sénégal, Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS), 2017 (en %)

¹⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins*, OMS, Genève, 2008. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/fr/>.

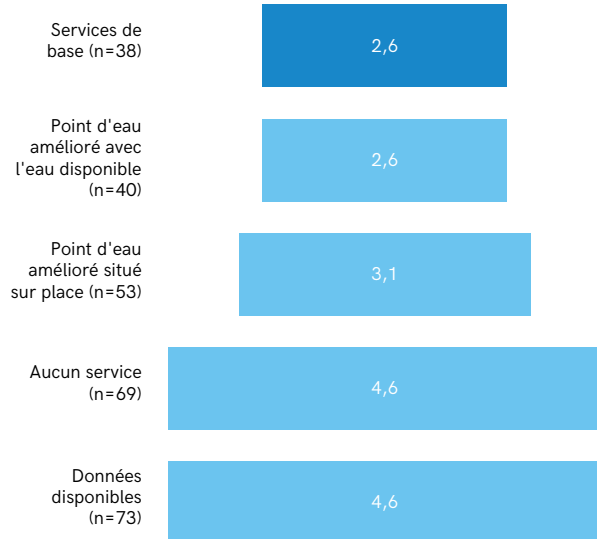
²⁰ Les sources d'eau améliorées sont celles qui, par leur conception et leur construction, permettent de fournir une eau sûre. Il peut s'agir de l'eau courante, de puits tubulaires ou de forages, de puits protégés, de sources protégées, d'eau de pluie et d'eau en bouteille ou distribuée.

SERVICES DE BASE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU

Dans le monde, 38 pays, abritant un total de 2,6 milliards de personnes, disposaient de suffisamment de données pour réaliser, en 2016, des estimations représentatives à l'échelon national des **services de base d'approvisionnement en eau** dans les établissements de santé (Figure 15). Davantage de pays – au nombre de 69, comptabilisant 61 % de la population mondiale – possédaient des données sur d'autres indicateurs et étaient ainsi en mesure d'indiquer la proportion d'établissements de santé **dépourvus de services d'approvisionnement en eau**. Le JMP produit des estimations régionales et mondiales²¹ pour les nouveaux indicateurs lorsque les données sont disponibles pour au moins 30 % de la population ciblée²².

En 2016, dans le monde, 74 % des établissements de santé disposaient de **services de base d'approvisionnement en eau** (Figure 16). Un établissement de soins de santé sur huit (12 %) n'avait **aucun service d'approvisionnement en eau**, et les 14 % restants disposaient de **services limités**, ce qui signifie qu'ils avaient accès à une source d'eau améliorée située en dehors de l'établissement (mais dans un rayon de 500 mètres) ou qu'au moment de l'évaluation l'eau n'était pas disponible depuis cette source. Les valeurs régionales concernant les **services de base d'approvisionnement en eau** oscillaient entre 51 % en Afrique subsaharienne et 87 % en Asie de l'Est et Asie du Sud-Est (voir les regroupements régionaux décrits à l'annexe 2).

En 2016, des estimations concernant les services de base d'approvisionnement en eau dans les établissements de santé étaient disponibles pour 38 pays, représentant 2,6 milliards de personnes



Couverture des données pour les services d'approvisionnement en eau dans les établissements de santé, par indicateur, par nombre de pays et par population lorsque des données sont disponibles (en milliards), 2016

FIGURE 15

En 2016, dans le monde, le quart des établissements de santé étaient dépourvus de services de base d'approvisionnement en eau

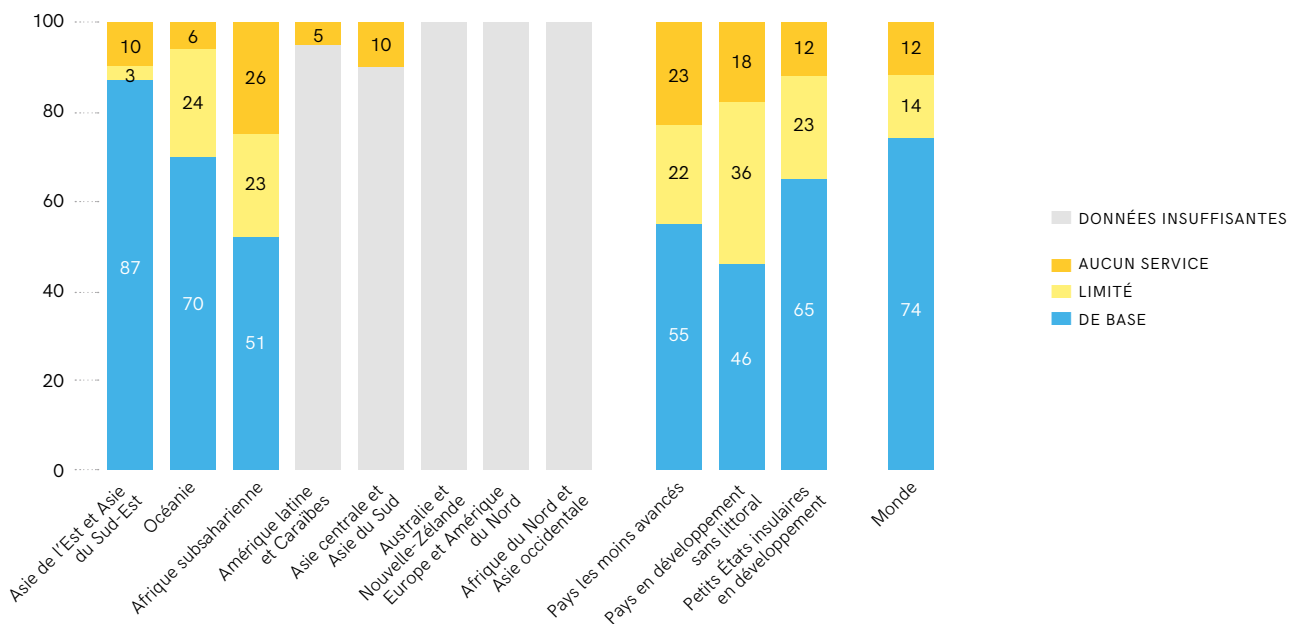


FIGURE 16 Couverture des services d'approvisionnement en eau dans les établissements de santé aux niveaux régional et mondial, 2016 (en %)

²¹ Pour éviter que des pays issus d'une seule et même région aient une incidence disproportionnée sur les estimations mondiales, ces dernières sont calculées à partir des estimations régionales. Voir l'annexe 1 : « Méthodologie du JMP » pour plus de précisions.

²² Dans la mesure où la planète accueillait 7,47 milliards d'habitants en 2016, il est possible de réaliser des estimations mondiales lorsque des données étaient disponibles pour un total de pays représentant au moins 2,24 milliards de personnes. Il convient de noter que les estimations régionales et mondiales se basent sur les populations nationales (ou urbaines et rurales) en tant que pondérations, plutôt que sur le nombre d'établissements de santé (ce qui serait plus approprié), car les données démographiques sont plus faciles à obtenir que celles portant sur le nombre de types d'établissements de santé différents. Pour plus d'informations, consultez l'annexe 1 : « Méthodologie du JMP ».



Sources d'eau améliorées

Les évaluations des établissements s'intéressent habituellement au principal type d'approvisionnement en eau utilisé par l'établissement de soins de santé à des fins générales. Dans certains cas, différentes sources d'eau sont utilisées à des fins distinctes (par exemple, nettoyer et boire), cependant, dans le cadre du suivi mondial, l'accent est placé sur la source principale.

Ces sources d'eau sont regroupées dans les catégories suivantes : sources d'eau améliorées (eau courante, puits tubulaires ou forages, puits protégés, sources protégées, eau de pluie, et eau en bouteille ou distribuée), sources d'eau non améliorées (sources et puits non protégés, eau de surface, et autres sources) et sources d'eau inexistantes (absence de source d'eau). Le type d'approvisionnement en eau utilisé par les établissements de santé varie sensiblement entre les pays et en leur sein (Figure 17).

Les établissements de santé utilisent un vaste éventail de types d'approvisionnement en eau

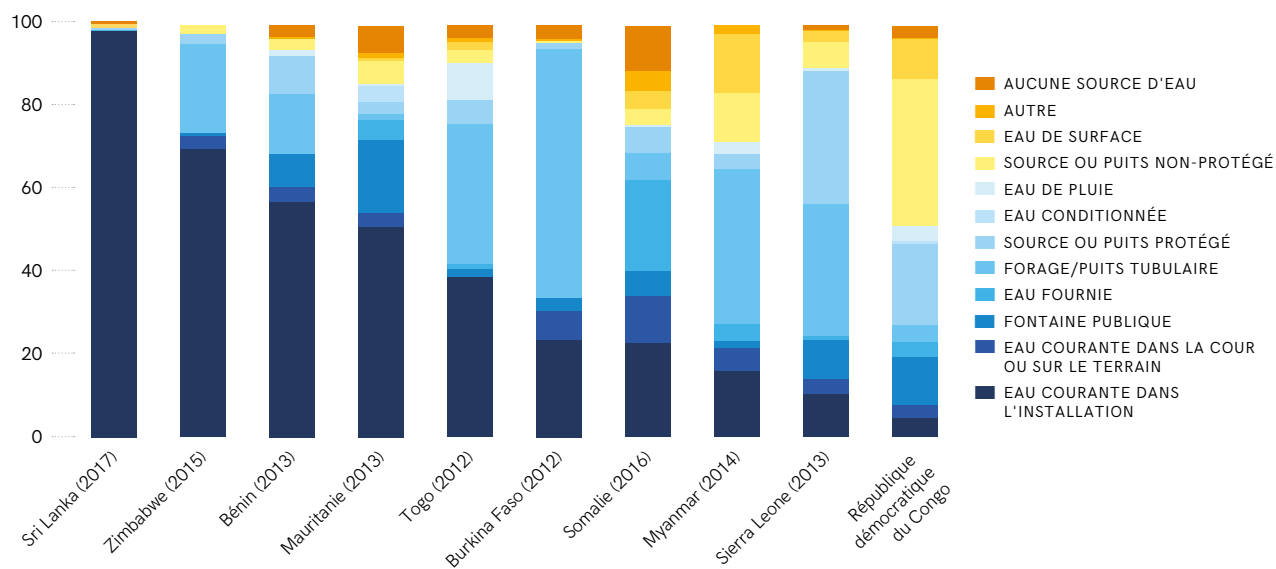


FIGURE 17

Proportion d'établissements de santé utilisant différents types d'approvisionnement en eau, sélection d'enquêtes SARA d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services pour la période 2012-2017 (en %)



Dans certains pays, un pourcentage élevé d'établissements de santé a recours à une source d'eau améliorée, mais qui n'est pas située sur place (Figure 18a) ou à partir de laquelle l'eau n'est pas disponible (Figure 18b). Par exemple, 94 % des établissements de santé au Cambodge ont eu recours à des sources d'eau améliorées en 2016, mais seulement 55 % d'entre eux ont utilisé des sources d'eau situées sur place. La même année, 99 % des établissements au Honduras se servaient de sources d'eau améliorées, mais

seulement 58 % d'entre eux disposaient d'eau depuis celles-ci. Dans le monde, 89 % des établissements utilisaient une source d'eau améliorée ; 78 % des sources d'eau étaient situées au sein de l'établissement et 83 % d'entre elles fournissaient de l'eau au moment de l'évaluation. Ces exemples montrent l'importance non seulement de fournir des infrastructures lorsque cela est nécessaire, mais également de garantir leur bon entretien et leur bon fonctionnement.

La plupart des établissements de santé disposent de sources d'eau améliorées, mais bien moins satisfait aux critères de services de base d'approvisionnement en eau.

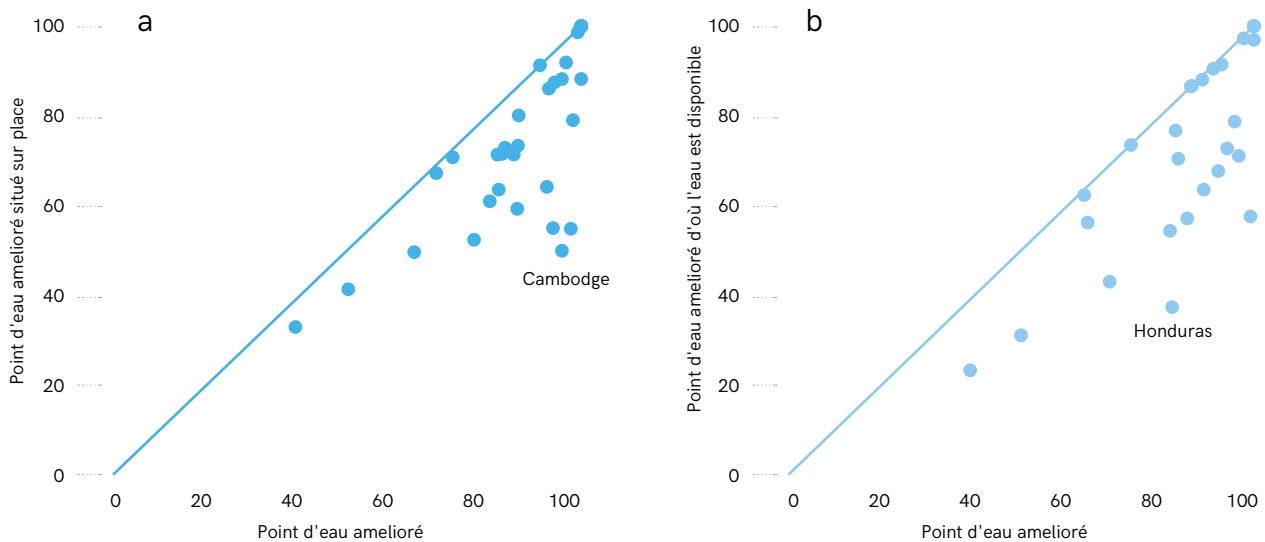


FIGURE 18 Proportion d'établissements de santé disposant de sources d'eau améliorées et de sources améliorées sur place (a, n = 53) ou de sources d'eau améliorées à partir desquelles de l'eau est disponible (b, n = 40), par pays (en %)

Même lorsqu'un établissement de soins de santé a accès à une source d'eau, l'eau peut ne pas toujours être disponible au moment voulu en raison d'interruptions dans le service, qui peuvent durer quelques heures ou plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Il se peut que les établissements de santé disposent de mécanismes d'adaptation en cas de pénuries de médicaments (stocks d'urgence) ou d'électricité (générateurs d'appoint), mais il est beaucoup plus difficile de prévoir et de gérer les pénuries d'eau. Les établissements de santé peuvent en outre posséder leurs propres pompes mécaniques qui dépendent cependant de la disponibilité

de l'électricité, aussi les coupures de courant entraînent-elles souvent des pénuries d'eau. Lorsque la distribution d'eau courante est intermittente, les établissements de santé peuvent se servir de réservoirs de stockage pour assurer un approvisionnement, mais ces réservoirs ne sont généralement pas entretenus par le fournisseur d'eau courante et peuvent facilement être contaminés. Parmi les autres stratégies d'adaptation figurent la collecte d'eau de pluie, l'utilisation d'autres sources d'eau, et le recours à des panneaux solaires afin de garantir un approvisionnement en énergie fiable pour les pompes à eau.



ENCADRÉ 3

Mesures de la disponibilité en eau

Les études et sources de données mesurent la disponibilité de l'eau au sein des établissements de santé de différentes façons (Tableau 5).

Certains outils de collecte de données recueillent des informations sur l'existence de sources d'approvisionnement en eau, mais sans relever si elles sont en état de marche au moment de l'évaluation.

Le JMP recommande que les études comprennent une question du type « De l'eau est-elle disponible à partir de la principale source d'approvisionnement en eau au moment l'étude ? ». Un travail plus approfondi est nécessaire pour harmoniser les définitions employées dans les sources de données à l'échelle nationale afin de permettre une comparaison entre les pays.

Les mesures de la disponibilité utilisées varient selon les études

PAYS	SOURCE	ANNÉE	QUESTION	POINTS D'EAU COUVERTS	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DISPOSANT DE STRUCTURES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU EN ÉTAT DE MARCHÉ (HORMIS LES HÔPITAUX)
Afghanistan	EmONC (soins obstétricaux et néonataux d'urgence)	2009	Le point d'eau est-il utilisé de façon continue ? Si non, pendant combien de mois pouvez-vous vous approvisionner en eau ?	Tous	Utilisée de façon continue à 95 %
Comores	Évaluation nationale	2018	Les services d'eau sont-ils disponibles en tout temps et en quantité suffisante pour toutes les utilisations ?	Tous	Oui à 68 %
Égypte	Évaluation des prestations de services (SPA)	2004	Cette source d'eau pour l'établissement varie-t-elle selon les saisons ?	Tous	Non à 75 %
Honduras	Organisation panaméricaine de la santé (OPS)	2017	¿El agua se encuentra disponible al momento de la encuesta? <i>L'eau est-elle disponible au moment de l'étude ?</i>	Tous	Oui à 58 %
Guinée-Bissau	Évaluation nationale	2017	Lorsque l'on ouvre le robinet dans le centre, de l'eau s'en écoule-t-elle ?	Approvisionnement par canalisation uniquement	Oui à 76 %
Kenya	Indicateurs de prestation de services (SDI)	2012	Au cours des trois derniers mois, combien de fois l'approvisionnement en eau depuis cette source a-t-elle été interrompue pendant plus de deux heures d'affilée ?	Tous	45 jours ou moins pendant lesquels ont été recensées des interruptions de deux heures ou plus à 96 %
Lesotho	Enquête auprès des établissements de santé (HFS)	2011	L'établissement dispose-t-il d'un APPROVISIONNEMENT EN EAU potable FIABLE 18 heures/jour ?	Tous	Oui à 60 %
Mexique	Enquête nationale sur le niveau de vie des ménages (ENNVIH)	2002	Au cours du dernier mois, pendant combien de jours au total vous êtes-vous retrouvés sans service d'approvisionnement en eau ?	Tous	Jamais sans aucun service à 83 %
Niger	Performance Monitoring and Accountability (PMA)	2018	Pendant la journée d'aujourd'hui, l'eau courante a-t-elle été coupée pendant deux heures ou plus ?	Approvisionnement par canalisation uniquement	Non à 71 %
Sri Lanka	SARA	2017	Quel est le point d'eau le plus couramment utilisé en ce moment pour l'établissement ? <i>(Observez si l'eau est disponible depuis la source ou au sein de l'établissement le jour de la visite, p. ex. vérifiez que la canalisation est en état de marche.)</i>	Tous	Sources à partir desquelles de l'eau était disponible le jour de la visite à 99 %
Ouganda	ABCE (Access, Bottlenecks, Costs, and Equity, en français, Accès, Obstacles, Coûts et Équité)	2012	Au cours d'une année type, cet établissement est-il touché par une grave pénurie d'eau à une période donnée ?	Tous	Non à 57 %
Ouganda	World Vision International (WVI)	2014	Pendant combien d'heures par semaine l'établissement de santé bénéficie-t-il du service d'approvisionnement en eau ?	Tous	84 heures ou plus (50 % du temps) à 81 %
Ouganda	Performance Monitoring and Accountability (PMA)	2015	Cet établissement dispose-t-il d'eau courante aujourd'hui ? <i>(Sélectionner pour l'eau courante uniquement. Si l'eau a été coupée pendant plus de deux heures aujourd'hui, inscrire « non ».)</i>	Eau courante uniquement	à 37 %*

* données non utilisées pour le calcul d'estimations

TABLEAU 5

Questions posées au cours des évaluations menées auprès des établissements pour estimer la disponibilité de l'eau (consultez les fichiers nationaux du JMP pour obtenir une liste exhaustive des sources de données à l'échelle nationale)



La couverture en services de base varie sensiblement d'un pays à l'autre.

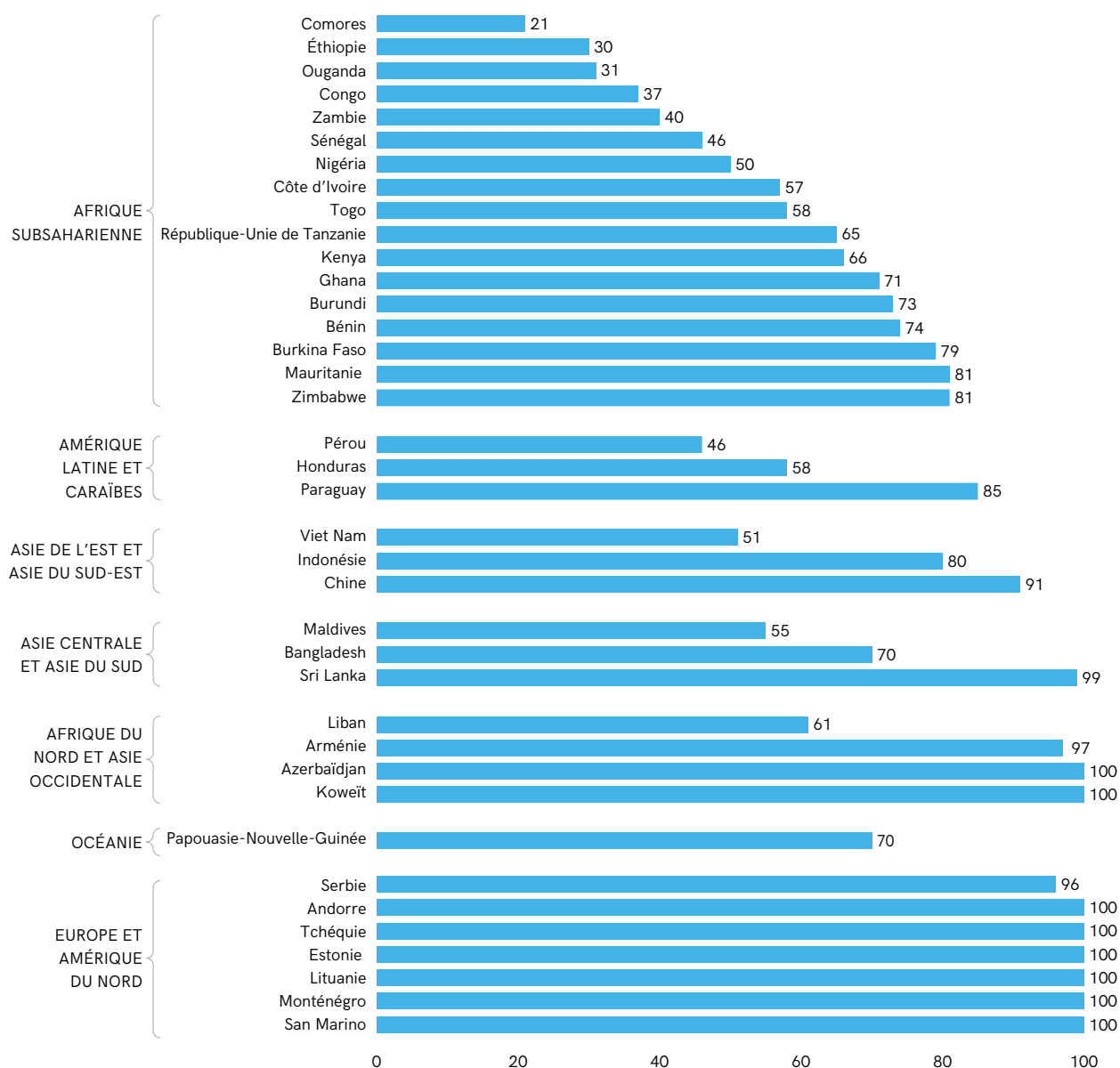


FIGURE 19 Proportion d'établissements de santé disposant de services de base d'approvisionnement en eau, par pays et par région ODD, 2016 (en %)

INDICATEURS SUPPLÉMENTAIRES POUR LE SUIVI DE L'APPROVISIONNEMENT EN EAU DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Chaque gouvernement doit établir ses propres normes en matière d'approvisionnement en eau dans les établissements de santé et mettre en place des programmes pour améliorer les services lorsque cela est nécessaire. Si l'indicateur relatif au service de base d'approvisionnement en eau constitue un point de départ utile, il omet cependant d'importants aspects de l'approvisionnement en eau, comme la qualité, la continuité et la suffisance²³. Dans de nombreux établissements de soin de santé, le niveau de service de base est déjà atteint mais les services d'approvisionnement en eau doivent encore être améliorés. Les pays peuvent tenir compte d'indicateurs supplémentaires correspondant à des niveaux de service plus avancés en fonction de leurs priorités et des ressources disponibles. La section suivante fournit des exemples non exhaustifs d'indicateurs supplémentaires qui ont été suivis par les pays.

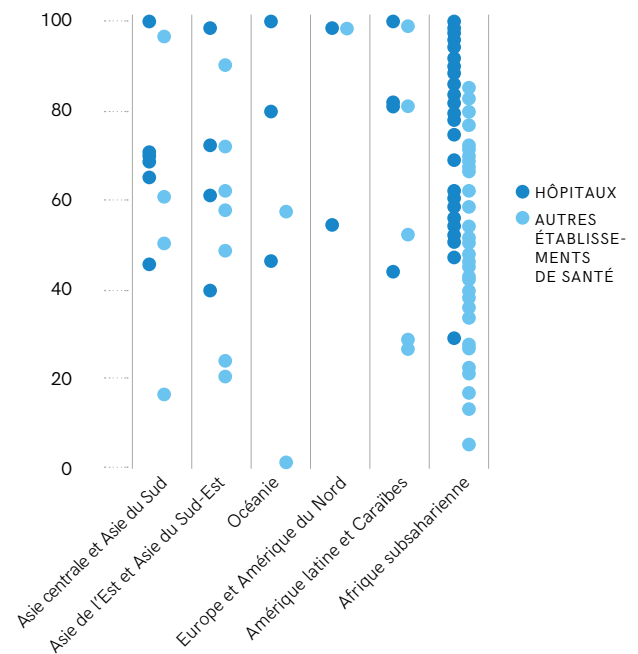
Eau courante

Idéalement, tous les établissements de santé, en particulier les hôpitaux²⁴, doivent disposer d'un approvisionnement continu en eau courante, mais, dans certains pays, ce niveau de service se révèle très ambitieux. Dans toutes les régions ODD pour lesquelles des données sont disponibles, au minimum une évaluation a révélé que moins de 60 % des hôpitaux bénéficiaient d'une distribution d'eau courante au sein de leurs bâtiments ou dans leur enceinte, et au minimum une évaluation soulignait que moins de 25 % des autres établissements de santé disposaient d'eau courante (Figure 20).

Qualité de l'eau

Les structures d'approvisionnement en eau, courante ou non, présentent un risque de contamination. L'eau disponible dans les établissements de santé doit être conforme aux normes nationales appropriées ou aux Valeurs guides de l'OMS²⁵. Cependant, le fait de disposer d'un service de base d'approvisionnement en eau ne signifie pas nécessairement que les normes en matière de qualité de l'eau sont respectées. Par exemple, au Bhoutan, même si plus de la moitié des hôpitaux étaient pourvus d'un service de base d'approvisionnement en eau en 2016, seuls 59 % d'entre eux disposaient d'eau potable (Figure 21). Une évaluation des centres de santé publiques effectuée en 2016 au Liban a montré que si 61 % des établissements bénéficiaient d'un service de

L'eau courante est plus largement disponible dans les hôpitaux que dans les autres établissements de santé



La distribution d'eau courante dans les hôpitaux et les autres établissements de santé, études individuelles menées auprès de 50 pays pour lesquels des données étaient disponibles, 2010-2018 (en %)

FIGURE 20

base d'approvisionnement en eau, le quart d'entre eux utilisait une eau contaminée par des matières fécales. Plus de la moitié des établissements de santé ayant accès à des sources d'eau non améliorées (aucun service) étaient alimentés en eau contaminée par des matières fécales. Il n'a pas été possible de recueillir des données sur la qualité de l'eau auprès des établissements de santé disposant de services limités au Bhoutan ou au Liban, car l'eau n'était pas disponible au moment de l'évaluation.

L'eau peut également être contaminée au sein du réseau de distribution de l'hôpital. Au Costa Rica, tous les hôpitaux bénéficiaient d'un approvisionnement en eau courante en 2017, cependant : pour 3 % d'entre eux l'eau utilisée au sein de l'établissement n'était pas conforme aux normes nationales en matière d'eau potable²⁶, et pour un établissement sur huit, la distribution d'eau courante intra-hospitalière était également non conforme (Figure 22). Ces constatations démontrent en outre l'importance du lieu (et de la date) de prélèvement des échantillons d'eau en vue de leur évaluation.

Les plans de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau peuvent aider les établissements à atténuer les risques pour la qualité de l'eau,

²³ Organisation mondiale de la Santé, *Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins*, OMS, Genève, 2008. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/fr/>.

²⁴ Voir la présentation des distinctions entre les hôpitaux et les autres types d'établissements de santé figurant au chapitre 8 : Inégalités

²⁵ Organisation mondiale de la Santé, *Directives de qualité pour l'eau de boisson* : quatrième édition intégrant le premier additif, OMS, Genève, 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/drinking-water-quality-guidelines-4-including-1st-addendum/fr/>.

²⁶ Y compris en ce qui concerne les coliformes fécaux, les *Pseudomonas aeruginosa* et les substances chimiques toxiques.

Les établissements de santé pourvus de services de base d'approvisionnement en eau ne satisfont pas toujours aux normes nationales de qualité de l'eau

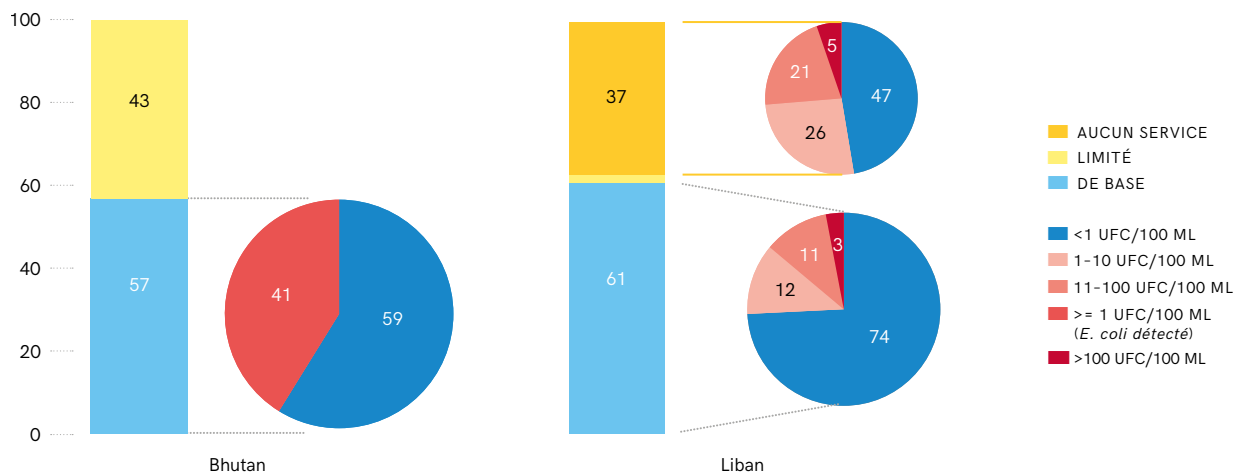


FIGURE 21 Proportion d'établissements dont l'eau est conforme aux normes nationales en matière de qualité de l'eau concernant l'*Escherichia coli* au Bhoutan (2016, n = 28 hôpitaux)²⁷ et au Liban (2016, n = 166 centres de santé publique)²⁸ (en %)

par exemple en mettant en œuvre un traitement sur place. Ces plans peuvent également s'appuyer sur les codes de la plomberie qui permettent de prévenir toute contamination croisée et de lutter contre les agents pathogènes, tels que *les légionelles* qui peuvent se développer en biofilms au sein des systèmes de distribution.²⁹

L'eau peut être salubre au point d'entrée puis se contaminer au sein du réseau de distribution de l'hôpital

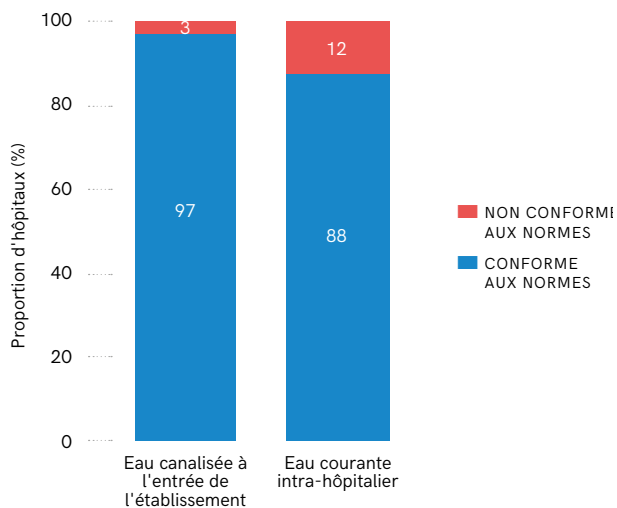


FIGURE 22 Proportion d'hôpitaux au Costa Rica dont l'eau est conforme aux normes nationales en matière de qualité de l'eau concernant les contaminants fécaux et chimiques toxiques (en %)³⁰



²⁷ Ministère de la santé, *Understanding Water, Sanitation and Hygiene in Health Care Facilities: Status in hospitals of Bhutan*, Public Health Engineering Division, Thimphu, Bhutan, 2016. Disponible à l'adresse suivante : <<https://www.washinhcf.org/resource/status-of-hospitals-in-bhutan-understanding-water-sanitation-and-hygiene-in-health-care-facilities/>>.

²⁸ Sustainable Alternatives, *WASH in Public Health Centres in Lebanon*, rapport soumis à l'UNICEF en novembre 2017.

²⁹ enHealth, *Guidelines for Legionella Control in the Operation and Maintenance of Water Distribution Systems in Health and Aged Care Facilities*, Gouvernement de l'Australie, Canberra, 2015. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <[www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/A12B57E41EC9F326CA257BF0001F9E7D/\\$File/Guidelines-Legionella-control.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/A12B57E41EC9F326CA257BF0001F9E7D/$File/Guidelines-Legionella-control.pdf)>.

³⁰ Alvarado, DM et Navarro, PR, *Estimación de la calidad del agua para consumo humano en centros de salud de Costa Rica al año 2017*, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados Laboratorio Nacional de Aguas, 2017.



Continuité de l'eau

Un approvisionnement en eau continu est essentiel dans les établissements de santé, en particulier pour pratiquer des soins d'urgence et des accouchements ; or cette distribution continue n'est pas toujours assurée dans les établissements de santé disposant de services de base d'approvisionnement en eau. Le JMP classe les établissements indiquant bénéficier d'eau la plupart du temps (par exemple, au moins 12 heures par jour, quatre jours par semaine ou 15 jours par mois) comme disposant d'eau (Encadré 3). Par exemple, une étude effectuée au Pérou a révélé que 6 % des établissements de santé disposaient de services de base d'approvisionnement en eau assurant une disponibilité en eau pendant 12 à 23 heures, tandis que 27 % d'entre eux disposaient de services limités car l'eau était disponible pendant moins de 12 heures par jour ou sa disponibilité n'avait pas été signalée

(Figure 23). En Ouganda, 90 % des établissements faisaient état d'un total de 15 jours ou moins sans eau pendant deux heures ou plus au cours du mois précédent et étaient classés comme disposant d'eau ; 70 % des établissements avaient bénéficié d'un approvisionnement continu en eau au cours du mois précédent. Au Kenya, seulement 2 % des établissements de santé avaient manqué d'eau pendant deux heures ou plus sur un total de 45 jours ou plus au cours des 90 derniers jours ; 70 % des établissements avaient rapporté n'avoir subi aucune interruption de ce service au cours des 90 derniers jours. La Figure 23 montre que la durée des interruptions de service et les répercussions associées sur la qualité des soins de santé fournis varient sensiblement entre les pays et en leur sein.

D'importantes quantités d'eau sont nécessaires pour fournir des soins de qualité dans les établissements de santé. Malgré

Au Pérou, en Ouganda et au Kenya, près du tiers des établissements ne bénéficiaient pas d'un approvisionnement continu en eau

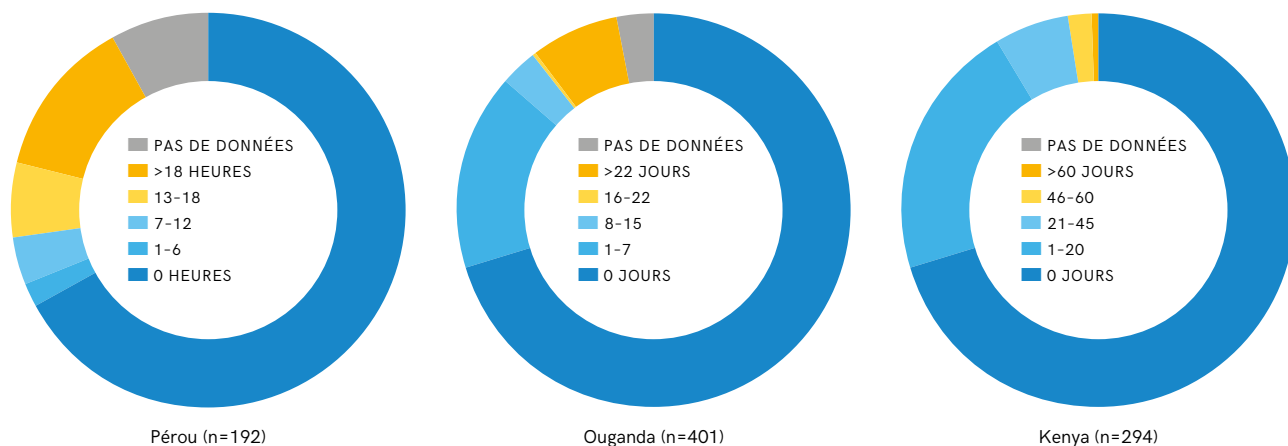


FIGURE 23

Proportion d'établissements de santé sans eau disponible en moyenne 24 h sur 24 au Pérou (OMS, 2017) et sans eau pendant deux heures ou plus par jour au cours des 30 derniers jours en Ouganda (SDI, 2013) et au cours des 90 derniers jours au Kenya (SDI, 2012) (en %)

Au Bangladesh, un nombre restreint d'hôpitaux disposaient d'eau potable pour les patients et le personnel contrairement à l'eau destinée à un usage général

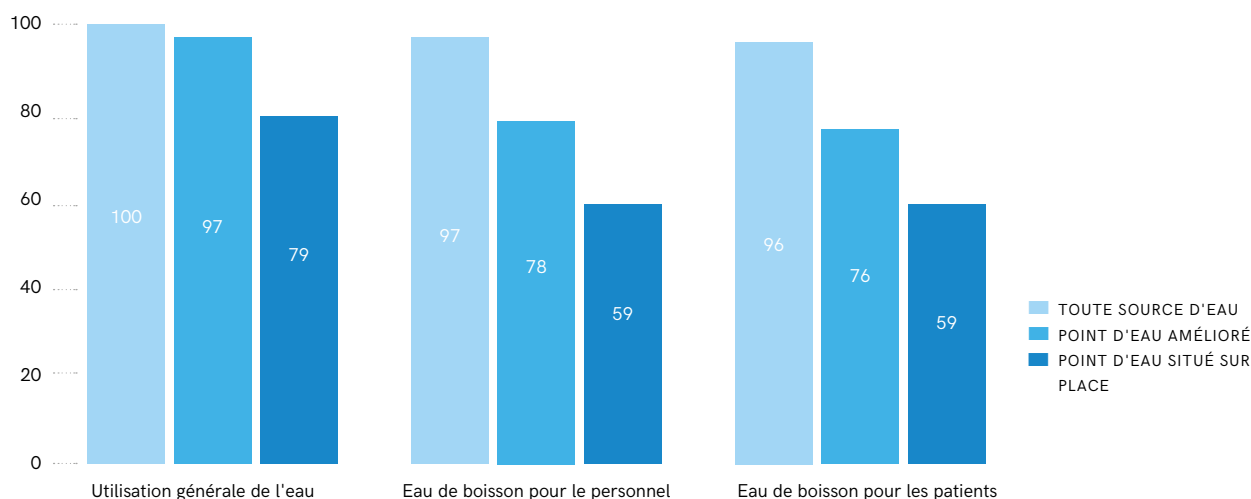


FIGURE 24 Proportion d'hôpitaux au Bangladesh disposant d'eau destinée à un usage général et d'eau potable pour les patients et le personnel, par type d'établissement et par emplacement (enquête nationale de référence sur l'hygiène, 2014, n = 875) (en %)

l'existence de directives normatives (Tableau 6) qui doivent être prises en compte lors de la conception des établissements de santé, il est généralement peu pratique de surveiller les quantités réelles à un niveau agrégé. Un nombre restreint de pays ont effectué un suivi de la suffisance en eau en s'appuyant sur les points de vue des agents de santé.

Le stockage d'eau peut permettre d'atténuer l'intermittence de l'approvisionnement en eau à court terme, de combler les pénuries saisonnières et de renforcer la résilience aux changements climatiques. Toutefois, les capacités de stockage ne sont pas toujours suffisantes. Par exemple, si 82 % des hôpitaux du Bhoutan disposaient d'un réservoir de stockage en 2016, 39 % des établissements faisaient face à une grave pénurie ou à un grave manque d'eau chaque année. Au Cambodge, 78 % des établissements de santé étaient équipés d'un réservoir de stockage en 2010, mais plus de la moitié d'entre eux (51 %) n'avaient pas d'eau en quantité suffisante tout au long de l'année. En Cisjordanie et dans la bande de Gaza, 15 % des établissements dépendaient de l'eau stockée en 2014, soit à titre de source principale soit en complément de la distribution d'eau courante.

Eau de boisson

La consommation d'eau constitue une partie importante des traitements médicaux (par exemple, pour prendre des médicaments), du rétablissement et du maintien de la santé. L'eau apporte des nutriments aux cellules, protège les organes et aide à éliminer les déchets. Les femmes, en particulier, peuvent avoir besoin de boire de plus grandes quantités d'eau pendant l'accouchement et au cours de l'allaitement. Les établissements

de santé, surtout ceux disposant de services ambulatoires, doivent fournir des quantités suffisantes d'eau de boisson aux patients, au personnel et aux visiteurs, mais ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, au Bangladesh, 79 % des hôpitaux étaient dotés d'une source d'eau améliorée en leur sein destinée à un usage général, mais seuls 59 % d'entre eux disposaient d'eau de boisson pour les patients et le personnel depuis une source comparable (Figure 24).

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	EXIGENCE MINIMALE DE QUANTITÉ D'EAU
Patients externes	5 litres/consultation
Patients hospitalisés	40-60 litres/patient/jour
Centre d'alimentation thérapeutique pour patients hospitalisés	60 litres/patient/jour
Centre de traitement du choléra	60 litres/patient/jour
Centre d'isolement pour les maladies respiratoires aiguës	100 litres/patient/jour
Salle d'opération ou maternité	100 litres/intervention
Centre d'isolement pour les fièvres hémorragiques virales	300-400 litres/patient/jour

TABLEAU 6 Quantités minimales d'eau requises dans les établissements de santé³¹

³¹ Organisation mondiale de la Santé, *Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins*, OMS, Genève, 2008. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/fr/>.

LES SERVICES D'ASSAINISSEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'assainissement sûr est un droit fondamental. Les services d'assainissement dans les établissements de santé sont essentiels à la fourniture de soins de qualité qui améliorent la santé, le bien-être et la dignité des patients et du personnel, ainsi que les résultats en matière de santé. En raison d'un assainissement insuffisant dans les établissements de santé, les personnes peuvent ne pas chercher à se faire soigner lorsqu'elles en ont besoin, et la satisfaction au travail des agents de santé peut diminuer. Certains patients peuvent avoir une mobilité réduite ou requérir des infrastructures adaptées leur permettant une utilisation sécurisée et convenable des toilettes après une opération ou un accouchement.

Les matières fécales sont la principale source de bactéries, de virus et de parasites, à l'origine de maladies diarrhéiques (dont le choléra et la shigellose) ainsi que de nombreuses autres maladies infectieuses. Les matières fécales des personnes malades contiennent bien plus d'agents pathogènes que les excréta des personnes en bonne santé.

Les personnes cherchant à se faire soigner dans les établissements de santé ont souvent des systèmes immunitaires affaiblis et sont particulièrement vulnérables aux infections par des agents pathogènes fécaux. Les agents de santé peuvent également courir le risque d'être exposés à des agents pathogènes fécaux sur leur lieu de travail. La gestion sanitaire des excréta en milieu médical est particulièrement importante pour veiller à ce que les agents pathogènes fécaux ne contaminent pas l'environnement de l'établissement de soins de santé ou ses environs.

L'échelle des services d'assainissement sert à classer les établissements de santé selon qu'ils disposent de **services de base**, de **services limités** ou qu'ils n'ont **aucun service** (Figure 25). Le niveau de service de base exige que les établissements de santé possèdent des toilettes ou des latrines utilisables, mais également que ces installations sanitaires soient accessibles et qu'elles soient adaptées aux besoins des différents types d'utilisateurs : le personnel et les visiteurs, les



ASSAINISSEMENT

Service de base

Des installations sanitaires améliorées³² sont utilisables, avec une toilette au moins réservée au personnel, une toilette au moins réservée aux femmes et aux filles et dotée d'un dispositif de gestion de l'hygiène menstruelle, et une toilette au moins adaptée aux besoins des personnes à mobilité réduite.

Service limité

Au moins une installation d'assainissement améliorée est accessible, mais tous les critères du service de base ne sont pas satisfaits.

Aucun service

Les toilettes ne sont pas améliorées (p. ex. latrines à fosse sans dalle ou plateforme, latrines suspendues et latrines à seau) ou il n'y a ni toilettes ni latrines.

FIGURE 25 Échelle des services de base d'assainissement pour les établissements de santé

femmes et les hommes, et les personnes à mobilité réduite. Le présent chapitre montre également des exemples de suivi d'aspects importants des services d'assainissement au-delà du niveau de service de base, tels que la propreté des toilettes et les systèmes de traitement et d'élimination des excréta, qui ne font pas l'objet d'un suivi à l'échelle mondiale en raison de données limitées.

En 2017, un recensement des conditions WASH dans les milieux institutionnels et les espaces publics a été effectué au Liban

(Figure 26). L'évaluation a permis de constater que la quasi-totalité des centres de santé publique (96 %) disposaient d'une certaine forme d'installation sanitaire. Néanmoins, seuls 83 % d'entre eux bénéficiaient de **services améliorés**, et les 18 % restants étaient classés comme n'ayant **aucun service d'assainissement**. Dans tous les centres de santé publique disposant d'un assainissement amélioré, les toilettes étaient utilisables, et, dans la plupart des cas, les toilettes étaient non mixtes, et certaines étaient destinées au personnel. Cependant, peu étaient équipées de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et on en dénombrait encore moins accessibles aux usagers à mobilité réduite.

L'étude menée au Liban, qui est l'une des rares évaluations disposant de données à l'échelle des établissements pour l'ensemble des éléments propres aux **services de base d'assainissement**, a montré que seulement 5 % des établissements de santé satisfaisaient à tous les critères. Cependant, étant donné que les informations sur les différents éléments composant les services de base d'assainissement proviennent de sources diverses dans la plupart des cas, l'indicateur des services de base ne peut pas toujours être calculé à l'échelon de l'établissement de soins de santé individuel. Dans le cadre du suivi mondial, le JMP calcule l'indicateur relatif aux services de base en s'appuyant sur la plus petite des valeurs agrégées pour chaque élément, soit, dans le cas du Liban, l'accessibilité des personnes à mobilité réduite, qui s'élève à 16 %.

Illustration de l'élaboration de l'échelle des services d'assainissement : Liban

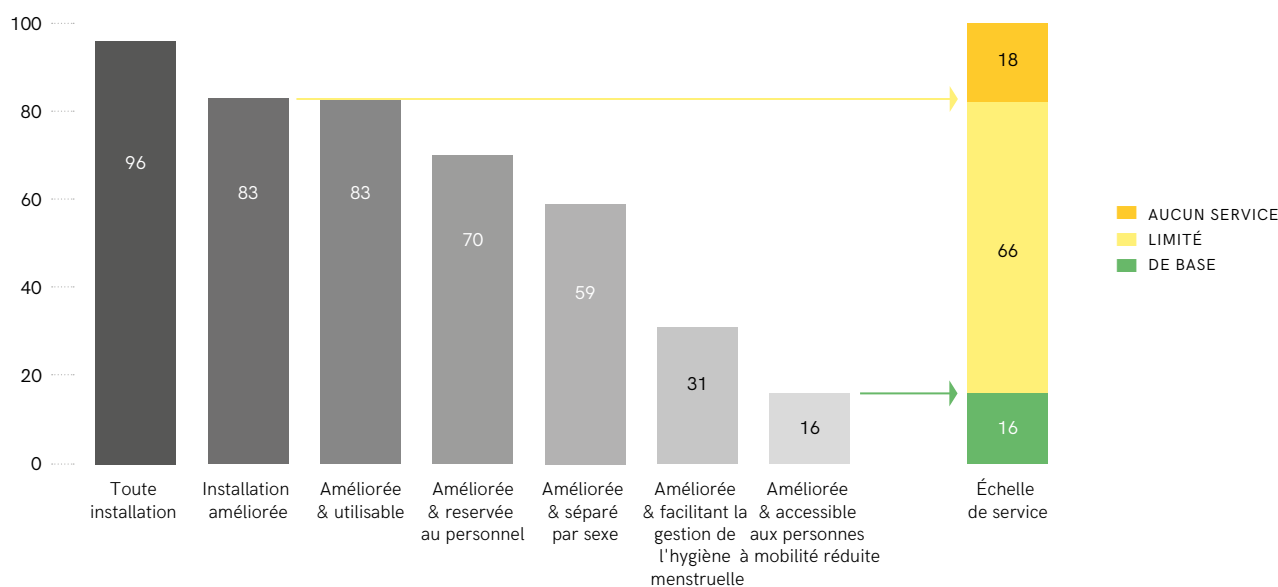


FIGURE 26 Proportion des centres de santé publique par type et par niveau de service d'assainissement, Liban, 2017³³ (en %)

³² Une installation d'assainissement améliorée est conçue pour assurer une séparation hygiénique des excréta du contact humain. Elles comprennent les technologies d'assainissement fonctionnant à l'eau (toilettes à chasse mécanique ou manuelle raccordées au réseau d'égouts, aux fosses septiques ou aux latrines à fosse) et les technologies d'assainissement sèches (latrines à fosse avec dalle ou toilettes à compostage). Lorsque les enquêtes menées auprès des établissements de santé emploient le terme générique « toilettes », le JMP classe celles-ci en tant qu'installations améliorées.

³³ Sustainable Alternatives, *WASH in Public Health Centres in Lebanon*, rapport soumis à l'UNICEF en novembre 2017.



SERVICES DE BASE D'ASSAINISSEMENT

Les données relatives au pourcentage d'établissements de santé **dépourvus de services d'assainissement** étaient disponibles auprès de 65 pays, représentant 59 % de la population mondiale, une valeur suffisante pour effectuer une estimation mondiale. Il a également été possible d'établir une estimation mondiale pour la proportion d'établissements de santé équipés d'installations d'assainissement **améliorées** et utilisables (48 pays, représentant 35 % de la population mondiale). Cependant, nettement moins de pays disposaient de données suffisantes pour estimer la proportion d'établissements de santé pourvus des éléments suivants : des installations d'assainissement réservées aux femmes

(19 pays, représentant 0,5 milliard de personnes) ; des toilettes séparées pour le personnel et des toilettes adaptées aux besoins des personnes à mobilité réduite (17 pays chacune, représentant 0,4 milliard de personnes) ; et des toilettes réservées aux femmes et aux filles équipées de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle (10 pays, représentant 0,2 milliard de personnes). Les estimations relatives aux **services de base d'assainissement** n'étaient disponibles que pour 18 pays, soit 7 % de la population mondiale (Figure 27).

Dans le monde, plus d'un établissement de soins de santé sur cinq (21 %) ne disposait d'**aucun service d'assainissement** en 2016 (Figure 28). Cela signifie que ces structures étaient dotées de toilettes non améliorées ou qu'elles en étaient dépourvues. Autrement dit, plus de 1,5 milliard de personnes dans le monde ne disposaient pas de services d'assainissement au sein de leur établissement de soins de santé.

Des estimations concernant les services de base d'assainissement étaient disponibles pour 18 pays, abritant une population totale de 0,5 milliard de personnes, en 2016

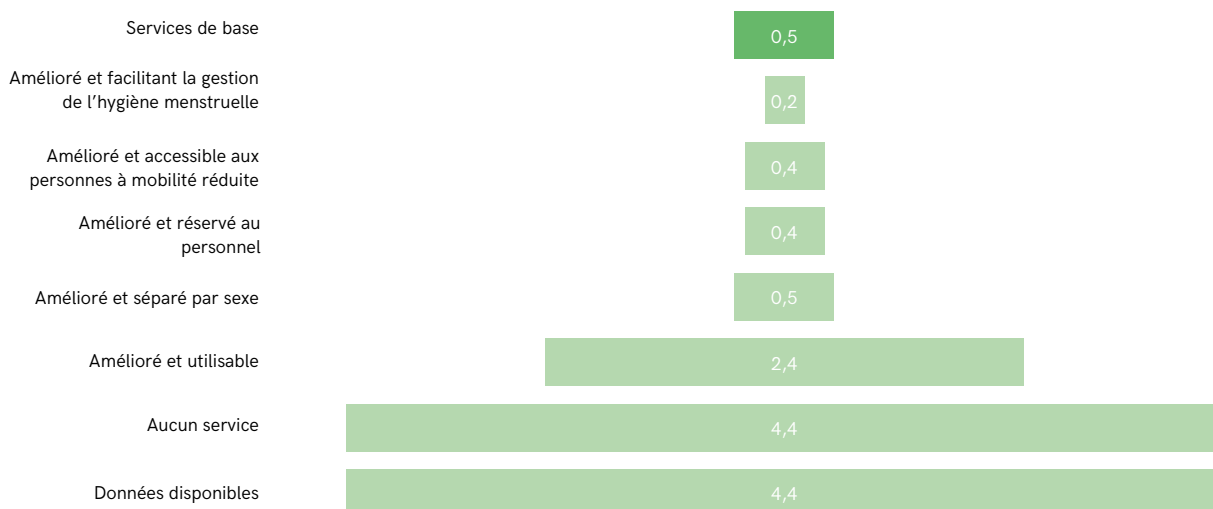


FIGURE 27

Couverture des données pour les services d'assainissement dans les établissements de santé, par indicateur, par nombre de pays et par population lorsque des données sont disponibles (en milliards), 2016

Dans le monde, 21 % des établissements de santé ne disposaient d'aucun service d'assainissement en 2016

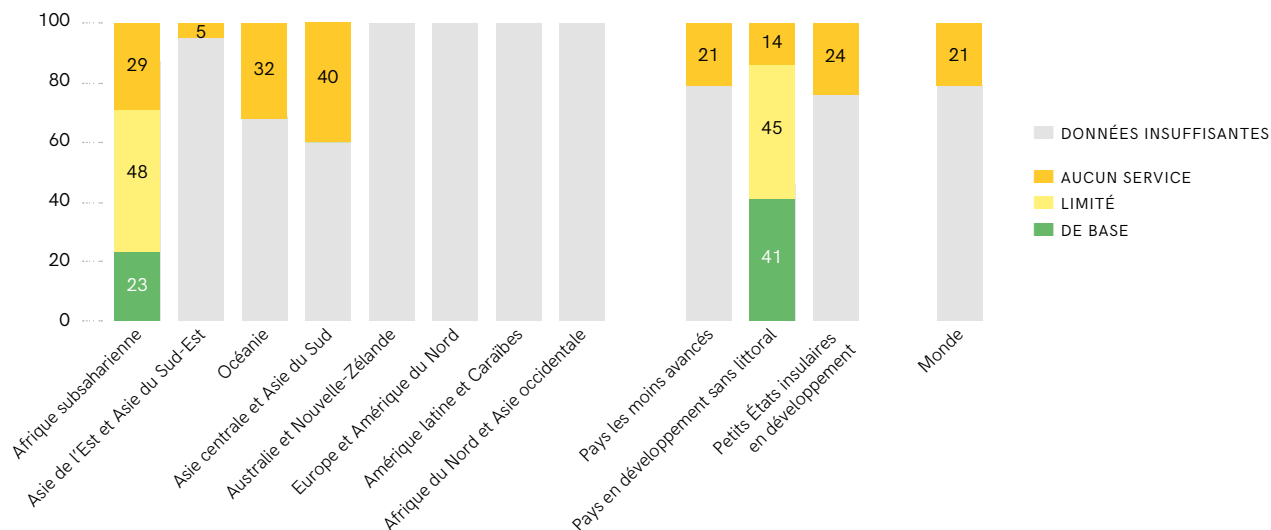


FIGURE 28 Les services d'assainissement dans les établissements de santé au niveau régional et mondial, 2016 (en %)

Quatre régions ODD bénéficiaient d'estimations relatives à l'absence de service d'assainissement, oscillant entre 5 % en Asie de l'Est et Asie du Sud-Est et 40 % en Asie centrale et Asie du Sud. En Afrique subsaharienne (la seule région ODD à disposer d'une estimation relative aux services de base), moins d'un établissement de soins de santé sur quatre (23 %) bénéficiait de services de base. Les données disponibles étaient insuffisantes pour générer des estimations régionales concernant les quatre autres régions ODD.

La couverture des services de base d'assainissement était très inégale entre les 18 pays pour lesquels des estimations étaient disponibles en 2016 (Figure 29). Dans dix de ces pays, moins d'un établissement de soins de santé sur quatre disposait de services de base d'assainissement.

Des estimations concernant les services de base d'assainissement étaient disponibles pour 18 pays en 2016

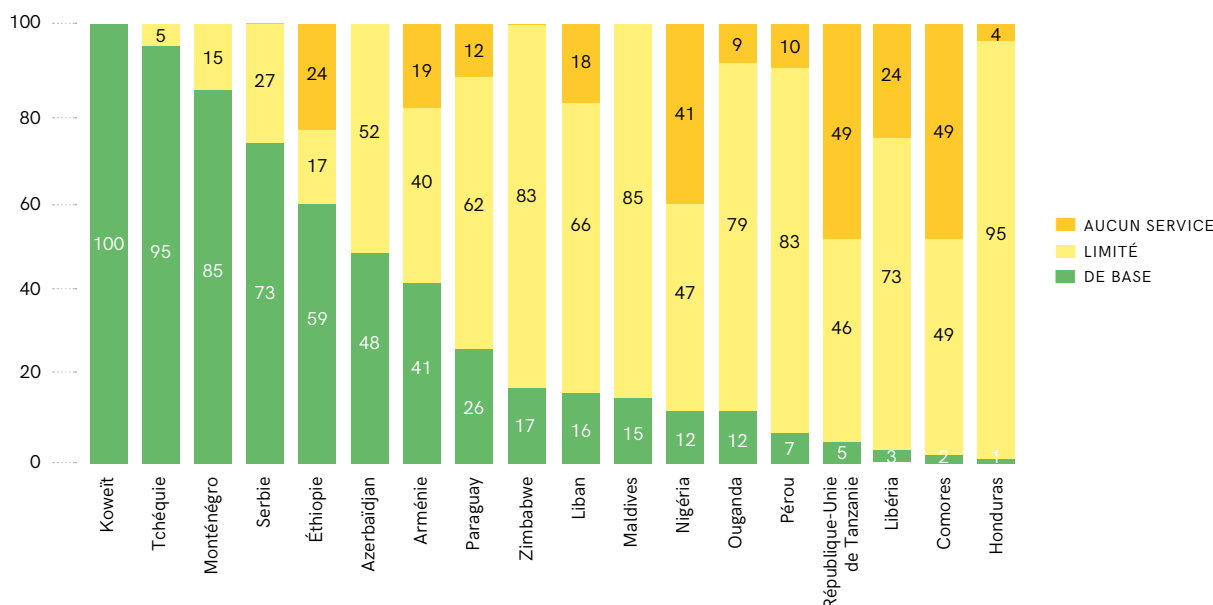


FIGURE 29 Les services d'assainissement dans les établissements de santé parmi les pays disposant d'estimations relatives aux services de base en 2016 (en %)

Les technologies d'assainissement utilisées dans les établissements de santé varient sensiblement d'un pays à l'autre

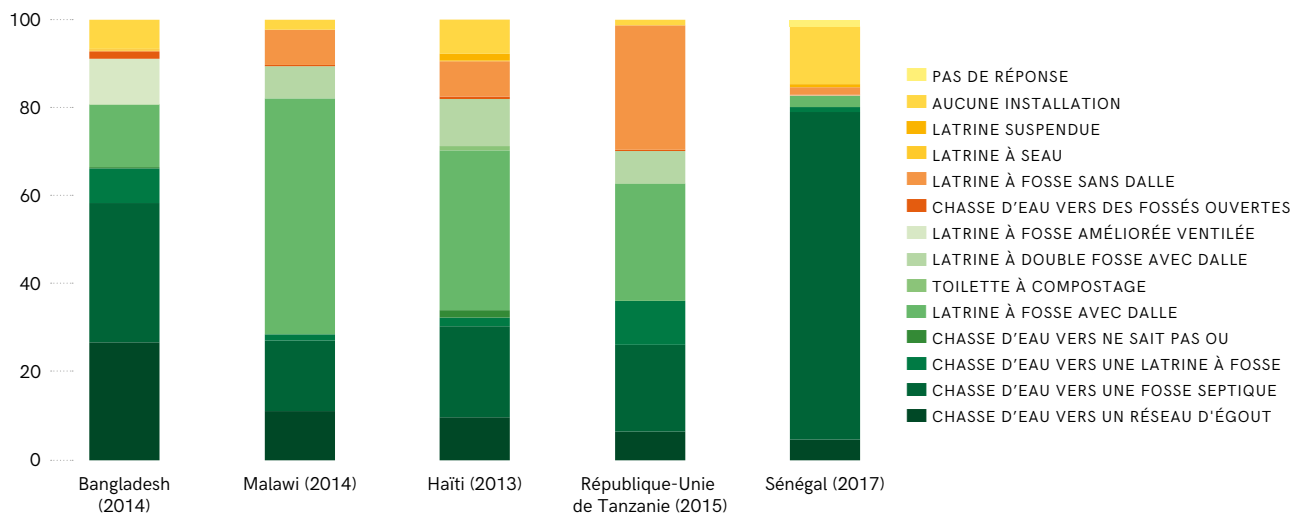


FIGURE 30 Les infrastructures d'assainissement utilisées dans les établissements de santé, sélection d'enquêtes SPA d'évaluation des prestations de services, 2013-2017 (en %)

Des services d'assainissement améliorés et utilisables

Les services de base d'assainissement se définissent en partie par le fait que les établissements de santé doivent disposer d'installations d'assainissement améliorées et utilisables. Une installation d'assainissement « améliorée » est conçue pour assurer une séparation hygiénique des excréta du contact humain. Les installations améliorées incluent des systèmes fonctionnant à l'eau (toilettes à chasse d'eau manuelle ou mécanique vers le réseau d'égouts, fosses septiques ou latrines à fosse) et des systèmes d'assainissement secs (latrines à fosse améliorée avec ventilation, latrines à fosse avec dalle ou toilettes à compostage)³⁴. Les installations « non améliorées » comprennent les latrines à fosse sans dalle ou plateforme, les latrines suspendues et les latrines à seau.

Les technologies d'assainissement varient sensiblement d'un pays à l'autre (Figure 30) ; au Sénégal, la plupart des établissements de santé disposent de systèmes fonctionnant à l'eau avec des fosses septiques sur place, alors qu'au Bangladesh, on note des proportions égales d'établissements de santé raccordés au réseau d'égouts, disposant de fosses septiques et de latrines à fosse. À l'opposé, en Haïti, au Malawi et en République-Unie de Tanzanie, les latrines à fosse sèche sont plus courantes.

Parfois, si les établissements sont équipés de toilettes, celles-ci ne sont pas **utilisables**. Pour pouvoir être utilisées, les toilettes

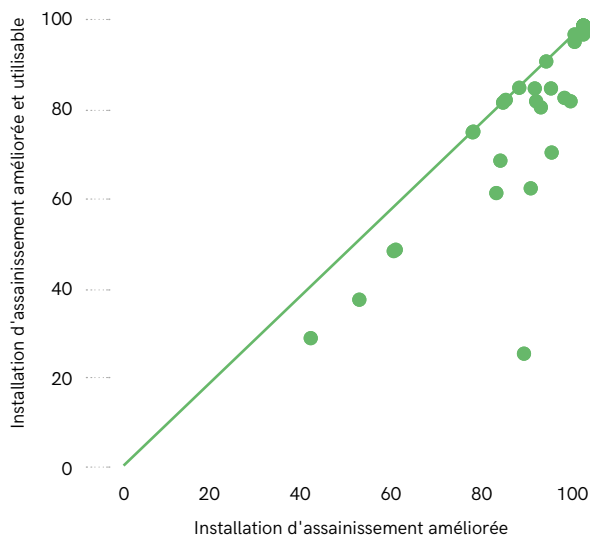
doivent être disponibles, en état de marche et privées. Les toilettes peuvent être présentes, mais ne pas être **accessibles** aux patients et au personnel si elles sont situées en dehors de l'établissement ou si elles sont verrouillées et que la clé n'est pas disponible à tout moment. Les toilettes peuvent **ne pas être en état de marche** ; la canalisation à laquelle est raccordée la toilette, ou le trou de la cuvette, peuvent être bloqués ou déborder, ou bien la structure de la toilette peut être fissurée ou présenter des fuites. Les toilettes à chasse d'eau manuelle ou mécanique ne sont pas en état de marche si l'eau n'est pas disponible. Les toilettes peuvent être considérées comme étant inutilisables lorsqu'elles ne sont pas **privées**, c'est-à-dire équipées de portes qui se ferment et se verrouillent de l'intérieur et entourées de murs ou cloisons ne présentant pas de trous ni de fissures importantes.

La Figure 31 montre que si la plupart des établissements de santé disposent de toilettes améliorées, celles-ci ne sont pas toujours utilisables. Par exemple, au Bangladesh, une évaluation nationale effectuée en 2017³⁵ a permis de constater que 99 % des postes de santé avaient indiqué disposer d'au moins une toilette – mais plus de 28 % d'entre eux ont signalé n'avoir aucune toilette en état de marche. Cela montre la difficulté d'aller au-delà de la simple construction d'infrastructures sanitaires dans les établissements de santé et de s'assurer que les toilettes sont entretenues afin que les patients et le personnel puissent s'en servir lorsqu'ils en ont besoin.

³⁴ Pour plus d'informations sur les différents types d'installations d'assainissement améliorées et des exemples en la matière, veuillez consulter les aide-mémoire dans la publication : Organisation mondiale de la Santé, *Guidelines on Sanitation and Health*, OMS, Genève, 2018. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.who.int/water_sanitation_health/publications/guidelines-on-sanitation-and-health/en>.

³⁵ Joseph, G, Alam, BB, Islam, K, et al., *Water, Sanitation and Hygiene in Bangladesh's Community Health Clinics*, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et Banque mondiale, Dhaka, 2018.

Les toilettes améliorées ne sont pas toujours utilisables



Proportion d'établissements de santé disposant d'un assainissement amélioré et d'un assainissement amélioré et utilisable, parmi les pays pour lesquels des données étaient disponibles en 2016 (en %)

FIGURE 31

Le service de base d'assainissement ne consiste pas seulement à disposer de toilettes utilisables ; il s'agit également de veiller à ce que les toilettes soient accessibles à différents types d'utilisateurs.

- Les membres du **personnel** des établissements de santé doivent bénéficier de toilettes leur étant réservées pour réduire le risque d'infections, en particulier en cas d'épidémies.
- Les **femmes et les hommes** doivent être à même d'utiliser les toilettes en toute intimité. Pour ce faire, il convient généralement d'installer des toilettes séparées par sexe. Cependant, en particulier dans les établissements de petite envergure, une pièce non genrée, équipée d'une toilette individuelle privée est également considérée comme non mixte, en ce qu'elle permet aux femmes et aux hommes de se servir de la toilette de façon privée et séparée.
- Les toilettes réservées aux femmes et aux filles doivent également être munies de dispositifs de **gestion de l'hygiène menstruelle**. Elles doivent disposer d'une poubelle avec couvercle pour y jeter les produits d'hygiène menstruelle usagés, ainsi que de l'eau et du savon pour le lavage.



- Conformément aux normes nationales, les toilettes doivent être accessibles aux patients à **mobilité réduite**. En l'absence de normes nationales, les toilettes doivent être accessibles sans escalier ni marches, doivent être dotées d'une porte d'au moins 80 cm de large, et être munies de barres d'appui ou d'autres guides fixés au sol ou aux parois latérales. La poignée de porte et la cuvette doivent être accessibles aux personnes en fauteuil roulant ou utilisant des béquilles.

Pour remplir les critères définissant les services de base d'assainissement, l'établissement de soins de santé doit par conséquent disposer d'au moins deux toilettes : une réservée au personnel, et une autre, non genrée, pour les patients. Cette dernière doit être équipée de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle et être accessible aux personnes à mobilité réduite.

Actuellement, de nombreux pays ne recueillent pas d'informations sur tous les éléments des services de base d'assainissement (Figure 32). En vue d'exploiter au maximum les données disponibles, aux fins du présent rapport, le JMP a produit des estimations concernant les services de base

d'assainissement lorsque des données étaient disponibles sur les toilettes améliorées et utilisables, et sur au moins deux des autres éléments restants (utilisation réservée au personnel, non-mixité, facilitation de l'hygiène menstruelle et prise en compte de la mobilité réduite).

Étant donné que ces éléments peuvent provenir de différentes sources de données, le niveau de service de base est calculé comme étant la valeur agrégée minimale pour les éléments disponibles. Ce facteur limitant varie d'un pays à l'autre. Le plus souvent, les toilettes accessibles aux personnes à mobilité réduite sont les infrastructures les moins disponibles. Toutefois, on a constaté qu'aux Maldives, par exemple, les toilettes non mixtes étaient les installations les moins fréquentes. Les données relatives aux dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle font souvent défaut ; aux Comores, cependant, il s'agissait du facteur limitant. En Azerbaïdjan, en Éthiopie, au Paraguay et en République tchèque, aucune donnée n'était disponible sur l'accessibilité des toilettes aux personnes à mobilité réduite ; la couverture des services de base pouvait par conséquent être surestimée dans ces pays.

De nombreux pays ne disposaient pas de données pour l'ensemble des éléments des services de base d'assainissement en 2016

Country	Toute installation	Améliorée	& utilisable	& réservée au personnel	& séparé par sexe	& facilitant la gestion de l'hygiène menstruelle	& accessible aux personnes à mobilité réduite	De base
Koweït	100	100	100	100	100	100	100	100
Tchéquie	100	100	100	98	95	95	-	95
Monténégro	100	100	100	100	100	100	85	85
Serbie	100	100	100	100	100	73	73	73
Éthiopie	96	76	76	71	59	-	-	59
Azerbaïdjan	100	100	98	48	100	100	-	48
Arménie	-	81	62	87	42	42	41	41
Paraguay	100	88	63	31	26	-	-	26
Zimbabwe	100	100	72	89	97	32	17	17
Liban	96	83	83	70	59	31	16	16
Maldives	100	100	99	80	15	30	57	15
Nigéria	84	59	49	46	-	31	12	12
Ouganda	100	91	88	-	28	-	12	12
Pérou	97	90	83	86	64	-	7	7
République-Unie de Tanzanie	99	51	51	5	36	-	5	5
Liban	76	76	76	31	54	-	3	3
Comores	-	51	38	43	9	2	7	2
Honduras	100	96	84	78	70	-	1	1

FIGURE 32 Proportion d'établissements de santé pourvus d'éléments d'assainissement de base dans les pays disposant d'estimations en 2016 (en %)

Des estimations concernant l'assainissement amélioré étaient disponibles pour 65 pays en 2016.

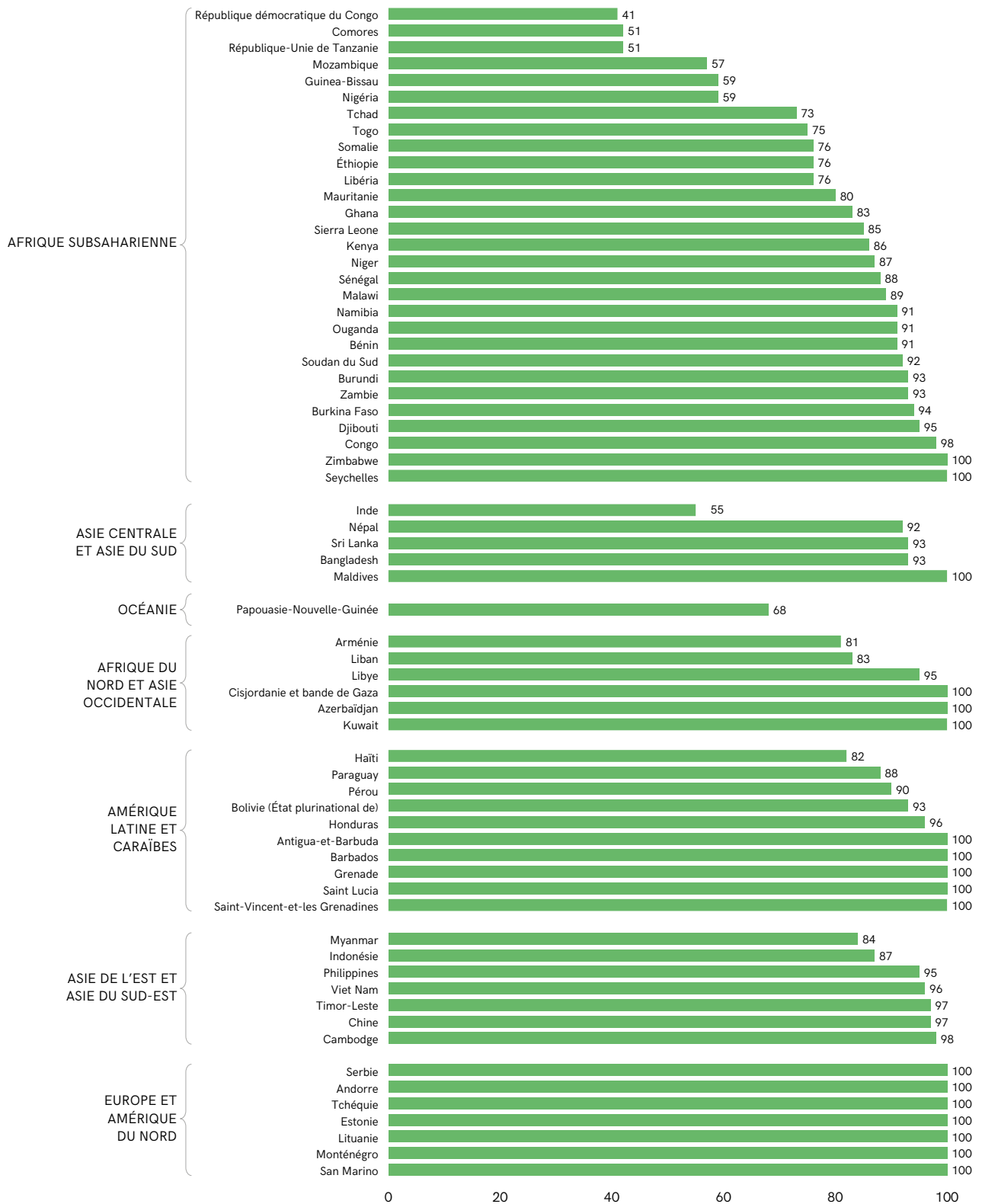


FIGURE 33 Couverture d'assainissement amélioré dans les établissements de santé, 2016 (en %)

INDICATEURS SUPPLÉMENTAIRES POUR LE SUIVI DE L'ASSAINISSEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Tout comme pour les services d'approvisionnement en eau, les gouvernements doivent établir leurs propres normes en matière de services d'assainissement dans les établissements de santé. Les indicateurs de suivi à l'échelle mondiale comprennent des critères relatifs aux services de base d'assainissement, mais n'intègrent pas d'importants aspects de l'assainissement tels qu'un nombre suffisant de toilettes, la gestion des boues fécales, la propreté des toilettes et des composantes supplémentaires propres à la gestion de l'hygiène menstruelle. Dans les établissements de santé où le niveau de service de base est déjà atteint, il se peut que les services d'assainissement doivent encore être améliorés. Des indicateurs supplémentaires correspondant à des niveaux de service plus avancés doivent être mis au point et suivis en fonction des priorités nationales et des ressources disponibles.

Nombre de toilettes

L'indicateur mondial des services de base d'assainissement peut être atteint si au moins deux toilettes sont mises à disposition en milieu ambulatoire (une toilette réservée au personnel et une toilette non genrée pour les patients, qui dispose de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle et qui est accessible aux personnes à mobilité réduite). Si deux toilettes peuvent suffire dans le cadre d'un petit établissement de soins de santé qui ne fournit que des services ambulatoires, les établissements plus importants requièrent davantage d'installations sanitaires. Les normes mondiales préconisent au moins une toilette pour 20 utilisateurs dans les services d'hospitalisation et recommandent qu'une toilette soit placée dans un rayon de 30 mètres maximum de l'ensemble des utilisateurs³⁶.

Au Nigéria, le nombre moyen de toilettes par établissement de soins de santé est plus élevé en milieu urbain que rural (Figure 34), aussi bien pour les toilettes réservées aux patients que pour celles réservées au personnel. Cependant, les établissements situés dans les zones urbaines sont plus vastes – on dénombre en moyenne 16 agents de santé par établissement contre sept en milieu rural.

Raccordement au réseau d'égouts

De nombreux hôpitaux et d'autres établissements de santé de grande envergure, en particulier en milieu urbain, sont raccordés aux réseaux d'égouts municipaux. Sur les 20 pays pour lesquels

Au Nigéria, en moyenne, les établissements de santé ruraux disposaient d'une toilette réservée aux patients

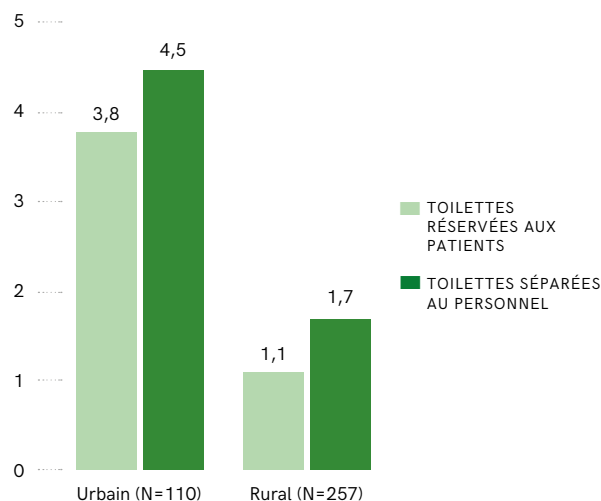


FIGURE 34 Nombre moyen de toilettes par établissement de soins de santé au Nigéria (WASH NORM, 2018)

des données sur les raccordements au réseau d'égouts des hôpitaux étaient disponibles, tous les hôpitaux de quatre pays étaient raccordés, alors que moins de la moitié des hôpitaux de 11 pays et moins du quart des hôpitaux de sept pays bénéficiaient d'un raccordement au réseau d'égouts (Figure 35).

ENCADRÉ 4

Assainissement et résistance aux agents antimicrobiens dans les établissements de santé³⁷

L'Organisation mondiale de la Santé a désigné la résistance aux antimicrobiens des agents pathogènes pour l'homme comme l'une des plus graves menaces pesant sur la santé humaine. Les réservoirs environnementaux constituent la plus grande source de gènes de résistance aux antibiotiques. Les eaux usées et les boues fécales provenant d'établissements de santé présentent un risque particulier en raison de leur teneur élevée en antibiotiques, en agents pathogènes résistants et en gènes de résistance. La défécation à l'air libre, le déversement d'eaux usées non traitées, et les fuites des systèmes d'assainissement présents dans l'enceinte des établissements de santé peuvent tous entraîner un rejet d'antibiotiques, d'agents pathogènes résistants et de gènes de résistance dans les réservoirs environnementaux, et, ainsi, renforcer la résistance aux antimicrobiens.

³⁶ Organisation mondiale de la Santé, *Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins*, OMS, Genève, 2008. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/fr/>.

³⁷ Organisation mondiale de la Santé, *Guidelines on Sanitation and Health*, OMS, Genève, 2018. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.who.int/water_sanitation_health/publications/guidelines-on-sanitation-and-health/en>.

Dans 11 des 20 pays pour lesquels des données étaient disponibles, moins de la moitié des hôpitaux bénéficiaient d'un raccordement au réseau d'égouts

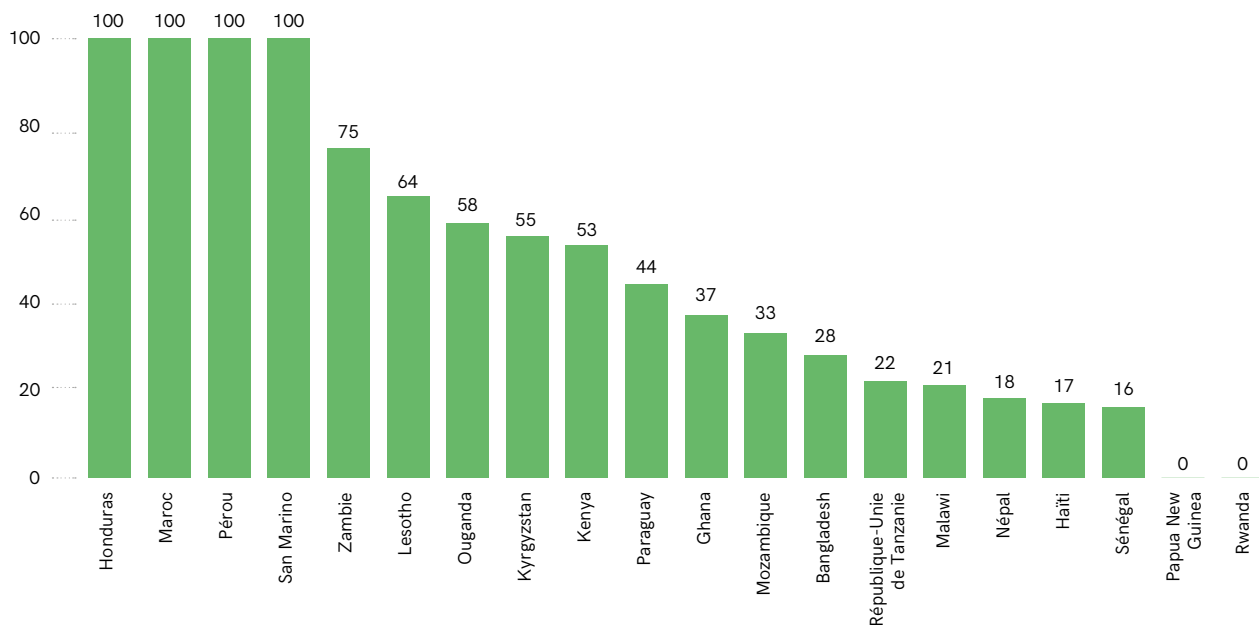


FIGURE 35 Proportion d'hôpitaux bénéficiant d'un raccordement au réseau d'égouts, par pays (2003-2018) (en %)

La plupart des boues fécales provenant des centres de santé de base en Afghanistan sont utilisées comme fumier

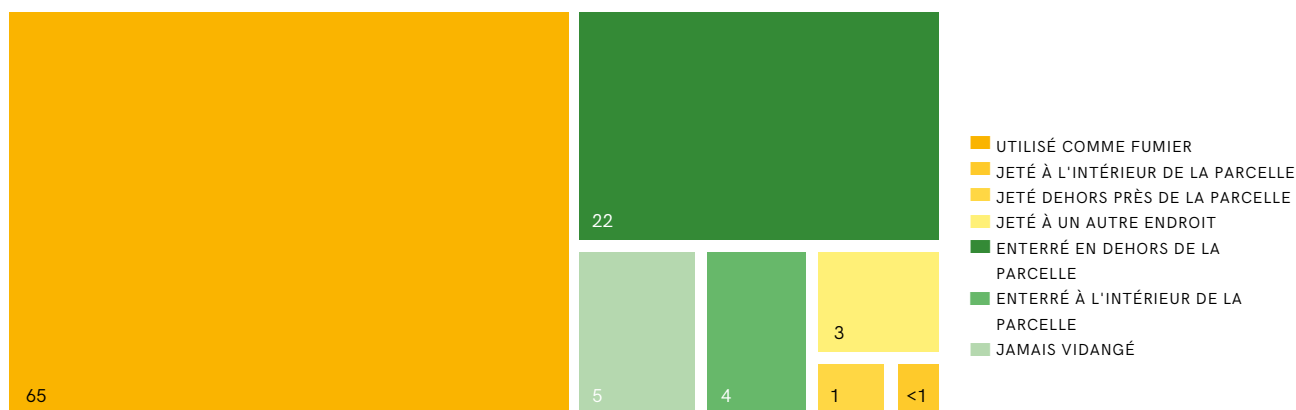


FIGURE 36 Proportion des centres de santé de base en Afghanistan par méthode d'évacuation des déchets fécaux, 2009 (en %)³⁸

Gestion des boues fécales

Les établissements dépourvus d'un raccordement au réseau d'égouts doivent traiter les excréta collectés dans des systèmes sur site, tels que des fosses septiques et des latrines à fosse. Des usines sophistiquées traitant les eaux usées sur site peuvent assurer un excellent niveau de traitement. Toutefois, les excréta

qui ne sont pas correctement traités dans les systèmes sur site peuvent transformer les établissements de santé en centres de transmission de maladies, en particulier lorsque la présence d'infections telles que le choléra est préoccupante. Les eaux usées et les boues fécales provenant des établissements de santé sont susceptibles d'avoir de fortes teneurs en contaminants biologiques et chimiques dangereux, ainsi que de contenir des résidus

³⁸ Ministère de la santé publique (République islamique d'Afghanistan), *Report for Baseline Study on Water Sanitation Services and Hygiene Practices in Basic Health Centres and Health Care Facilities*, UNICEF et Ministère de la santé publique, Kaboul, 2009.

antimicrobiens. Elles ne doivent en aucun cas être utilisées dans l'agriculture³⁹. Néanmoins, la destination finale des eaux usées et des boues fécales provenant des latrines des établissements de santé fait rarement l'objet d'un contrôle, et dans certains milieux, la réutilisation de ces résidus est répandue. Une évaluation effectuée en 2009 en Afghanistan a montré que les deux tiers des centres de santé de base utilisaient les déchets fécaux comme fumier (Figure 36).

Satisfaction des patients

Si les patients estiment que les toilettes d'un établissement de soins de santé sont dans un état inacceptable, il est probable qu'ils évitent de les utiliser (ou qu'ils décident ne pas se rendre à cet établissement). Une telle situation peut conduire les personnes à se livrer à la défécation à l'air libre, ou bien à se retenir de faire leurs besoins, ce qui peut avoir des répercussions sur leur santé (incontinence et infections des voies urinaires). Une évaluation réalisée en 2011 sur les points de vue des patients à l'égard des toilettes dans les établissements de santé au Lesotho a révélé de faibles niveaux de satisfaction de la part de ceux qui utilisaient ces installations (Figure 37). De nombreuses raisons peuvent expliquer cette insatisfaction, entre autres : le manque de propreté, d'intimité, d'accessibilité ou d'éclairage, ou l'absence de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle et d'espaces pour changer les bébés. Ces raisons sont souvent liées au contexte.

Les toilettes des établissements de santé au Lesotho ne sont pas toujours acceptables pour les patients

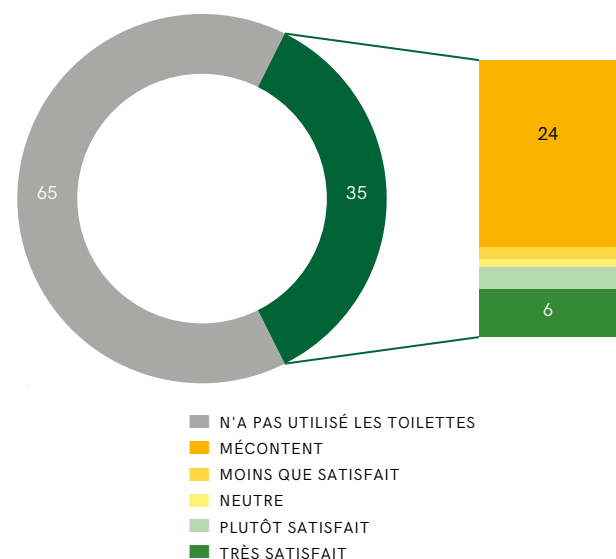


FIGURE 37 Proportion de patients en fonction de leur utilisation des toilettes au sein des établissements de santé et de leur satisfaction à leur égard au Lesotho, en 2011, n = 639 (en %) ⁴⁰

Propreté des toilettes

Des toilettes propres sont plus susceptibles d'être utilisées et appréciées par les patients et le personnel. À l'inverse, des toilettes sales peuvent favoriser la transmission de maladies entre les utilisateurs, notamment parce que les personnes utilisant les toilettes au sein des établissements de santé sont plus susceptibles de rejeter d'importantes quantités d'agents pathogènes. La perception de la propreté étant subjective, les pays ont évalué de différentes façons les points de vue des patients en la matière. Par exemple, à l'occasion d'une enquête sur la satisfaction des patients en Irlande menée en 2018, ces derniers ont attribué en moyenne une note de 8,4 sur 10 à la propreté des toilettes dans les hôpitaux. Quelques pays ont effectué un suivi de la propreté des toilettes en milieu médical par l'intermédiaire d'enquêteurs formés (Figure 38). Cependant, les définitions de l'indicateur varient et une harmonisation approfondie est nécessaire afin de permettre une comparaison entre les pays. Par exemple, aux Philippines, l'évaluation classait les toilettes comme propres si la cuvette, les murs, le sol et le plafond étaient dépourvus de saleté. L'enquête menée au Liban estimait qu'un établissement de soins de santé disposait de toilettes propres si celles-ci ne dégageaient pas de forte odeur, si elles ne présentaient pas un nombre important de mouches ni de signes visibles d'excréments. Les toilettes étaient classées comme « assez propres » si l'on constatait, pour quelques-unes des toilettes mais pas toutes, une certaine odeur ou des signes de matières fécales. À l'inverse, au Népal, l'enquête classait la propreté observée comme très bonne, bonne, acceptable, mauvaise, ou très mauvaise, sans définir plus en détail ces catégories.

Les normes mondiales s'appliquant aux établissements de santé recommandent que les toilettes soient nettoyées dès qu'elles sont sales, et au moins deux fois par jour, à l'aide d'un désinfectant et d'une brosse⁴¹. Au Liban, 81 % des établissements nettoyaient les toilettes au moins deux fois par jour et 78 % d'entre eux disposaient de toilettes propres. Dans les deux tiers des hôpitaux du Bhoutan, les toilettes des services d'hospitalisation étaient nettoyées au moins deux fois par jour, alors que les toilettes des services ambulatoires et des salles de consultation étaient lavées au moins deux fois par jour dans environ la moitié et le tiers des hôpitaux, respectivement (Figure 39). Une évaluation menée en 2016 en Tanzanie, qui rapportait des cas d'utilisateurs ne laissant pas les toilettes propres après s'en être servis, mettait en avant le besoin d'éducation et de sensibilisation, outre le nettoyage et l'hygiène générale.

Services et dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle

Les types de dispositifs et de services nécessaires à la gestion de l'hygiène menstruelle dépendent des contextes. Pour gérer le flux menstruel, certaines femmes emploient des produits jetables, tels que des tampons ou des serviettes, tandis que

³⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Safe Management of Wastes from Health-care Activities*, OMS, Genève, 2014, <www.who.int/water_sanitation_health/publications/wastemanag/en>.

⁴⁰ ICON-INSTITUT, *Lesotho Health Facilities Survey*, ICON-INSTITUT Public Health Sector GmbH, 2011.

⁴¹ Organisation mondiale de la Santé, *Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins*, OMS, Genève, 2008. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/fr/>.

Les toilettes des établissements de santé ne sont pas toujours propres

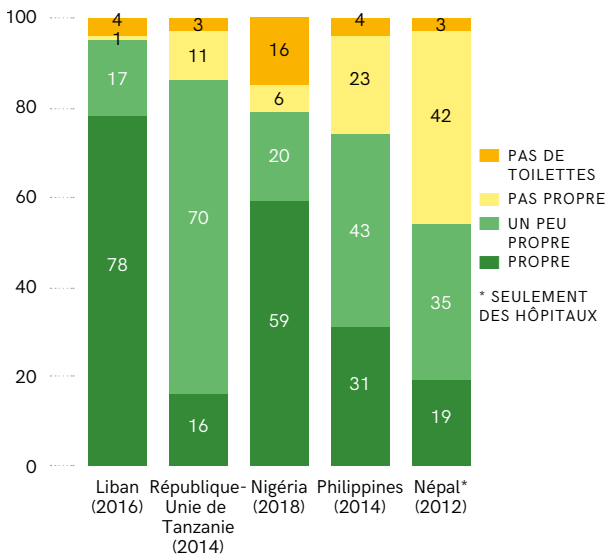


FIGURE 38 Proportion d'établissements de santé disposant de toilettes propres, par pays (les définitions nationales varient) (en %)

Au Bhoutan, les toilettes étaient nettoyées plus fréquemment dans les services d'hospitalisations que dans les services ambulatoires

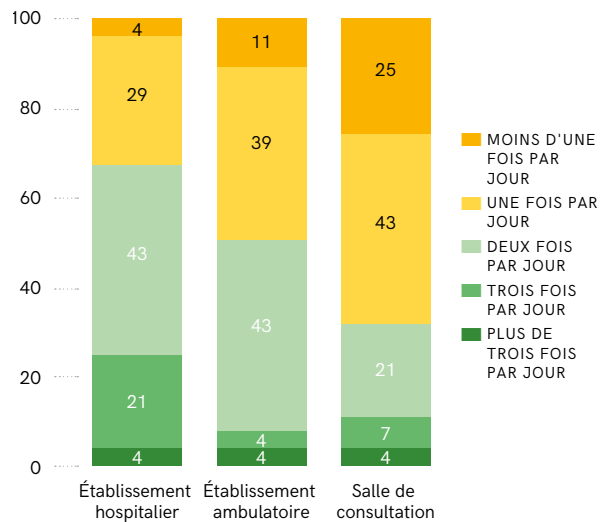


FIGURE 39 Fréquence de nettoyage des toilettes au Bhoutan par service hospitalier (évaluation nationale, 2016, n = 28) (en %)

d'autres se servent de produits réutilisables, comme des tissus ou des coupes menstruelles. Les établissements de santé doivent être en mesure de répondre aux besoins des utilisatrices en s'adaptant aux différentes préférences en matière de gestion de l'hygiène menstruelle. Bien qu'un niveau d'assainissement de base comprenne la mise à disposition d'une poubelle pour les produits menstruels jetables et d'un espace privé équipé de savon et d'eau permettant le lavage, certains pays tiennent compte d'autres aspects de l'hygiène menstruelle en fonction des besoins et des priorités à l'échelle locale. Par exemple, au Liban, plus du tiers des établissements de santé étaient pourvus de dispositifs de base de gestion de l'hygiène menstruelle en 2016. Ces dispositifs comprenaient : de l'eau et du savon, un espace préservant l'intimité et des poubelles couvertes pour l'élimination des déchets. Un nombre moindre d'établissements proposaient des services supplémentaires tels qu'une formation à l'élimination sans danger des serviettes hygiéniques (Figure 40).

Une étude effectuée en 2018 par la British Medical Association (Association des médecins britanniques) a révélé que seulement 56 % des fondations hospitalières et des commissions pour la santé au Royaume-Uni assurent la fourniture régulière de produits hygiéniques aux patientes, et que 29 % d'entre elles procurent des produits en cas d'urgence⁴². En réponse, le service de santé publique national (National Health Service) d'Angleterre a indiqué qu'il serait demandé aux hôpitaux de fournir gratuitement des produits hygiéniques à toute patiente en ayant besoin d'ici à l'été 2019.

Le Liban surveille de nombreux aspects de la gestion de l'hygiène menstruelle dans les établissements de santé

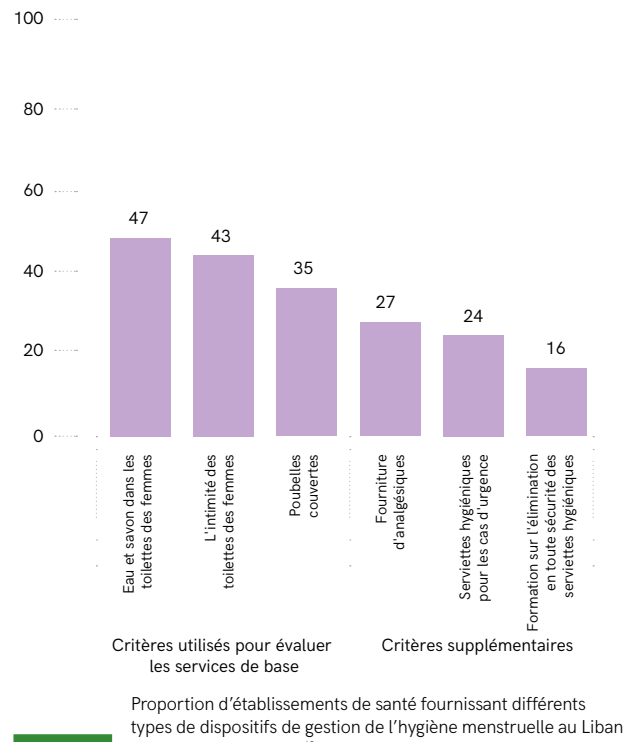


FIGURE 40 Proportion d'établissements de santé fournissant différents types de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle au Liban (2016, n = 166) (en %)⁴³

⁴² British Medical Association, « Sanitary product provision for inpatients », 4 février 2019, BMA, Londres, 2019. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.bma.org.uk/collective-voice/policy-and-research/public-and-population-health/sanitary-product-provision-for-inpatients>, consulté le 13 mars 2019.

⁴³ Sustainable Alternatives, *WASH in Public Health Centres in Lebanon*, rapport final d'évaluation soumis à l'UNICEF en février 2018.

LES SERVICES D'HYGIÈNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

En 1847, l'obstétricien hongrois Ignace Semmelweis a découvert que les taux extrêmement choquants de la mortalité maternelle recensés à l'hôpital général de Vienne étaient dus aux pratiques des médecins de l'hôpital : ceux-ci examinaient les patientes directement après avoir effectué des autopsies, sans avoir nettoyé correctement leurs mains au préalable. Même sans connaissances sur la théorie des germes, Ignace Semmelweis a été en mesure de réduire sensiblement la mortalité en exigeant des médecins qu'ils se lavent les mains avec une solution chlorée après avoir réalisé des autopsies. Depuis, une hygiène des mains efficace dans les établissements de santé constitue la pierre angulaire des directives et pratiques en matière de prévention et de lutte contre les infections. Aujourd'hui, cette pratique est considérée comme la première mesure à prendre pour prévenir les infections associées aux soins de santé et empêcher la propagation de la résistance aux agents antimicrobiens.

Les agents de santé sont la cible principale des efforts d'amélioration de l'hygiène des mains, étant donné qu'ils s'occupent de nombreux patients et peuvent entrer en contact avec du sang et d'autres liquides biologiques. Toutefois, les visiteurs des établissements de santé peuvent eux aussi transmettre des agents pathogènes présents sur leurs mains. Il importe donc que les établissements fournissent des installations de lavage des mains équipées d'eau et de savon dans les toilettes utilisées par les patients et les autres visiteurs amenés à s'occuper d'eux.

Les interventions en faveur de l'amélioration de l'hygiène des mains en milieu médical mettent l'accent sur la mobilisation des dirigeants et du personnel de première ligne de l'établissement,

l'éducation des agents de santé, l'affichage de rappels et l'amélioration des communications, le suivi des pratiques et les retours d'information. Outre ces cibles, les interventions visent avant tout à garantir que les agents de santé ont facilement accès au savon et à l'eau, ou à une solution hydroalcoolique pour les mains, et savent s'en servir efficacement. Les cinq « moments stratégiques » de l'hygiène des mains dans les établissements de santé sont les suivants : 1) avant de toucher un patient, 2) avant un geste aseptique, 3) après un risque d'exposition à un liquide biologique, 4) après avoir touché un patient, et 5) après avoir touché l'environnement d'un patient⁴⁴. Les établissements de santé doivent disposer d'installations pour l'hygiène des mains en nombre suffisant et en état de marche pour s'assurer que les agents de santé, les personnes en charge et les patients peuvent appliquer les procédures d'hygiène des mains à chacun de ces cinq moments stratégiques. Par ailleurs, l'OMS recommande d'adopter une approche multimodale visant l'amélioration de l'hygiène des mains, qui soit centrée sur l'évaluation et le retour d'information, les rappels sur le lieu de travail et la création d'un environnement de sécurité institutionnelle⁴⁵.

ENCADRÉ 5

Eau et savon, ou solution hydroalcoolique ?

Il est plus rapide et plus simple de se laver les mains avec une solution hydroalcoolique plutôt qu'avec de l'eau et du savon. Le fait d'encourager le recours à la solution hydroalcoolique pour les mains par les agents de santé peut sensiblement améliorer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains, tout en fournissant une solution d'appui en cas de pénurie d'eau. Toutefois, ce système est moins efficace lorsque les mains sont visiblement sales ou souillées par du sang ou d'autres liquides biologiques. Dans de tels cas (tout comme après être allé aux toilettes), le lavage des mains avec de l'eau et du savon est recommandé. Certains agents pathogènes (tels que le *Clostridium difficile*) peuvent ne pas être efficacement retirés ou inactivés par la solution hydroalcoolique pour les mains. Si l'exposition à ces agents pathogènes est fortement soupçonnée ou prouvée, le lavage des mains avec de l'eau et du savon sera le moyen privilégié pour garantir l'hygiène des mains. Des mesures supplémentaires d'hygiène sont nécessaires pour empêcher la transmission des germes, par exemple le recours à un équipement de protection individuelle⁴⁶.

HYGIÈNE

Service de base

Des installations pour l'hygiène des mains (avec de l'eau et du savon ou une solution hydroalcoolique pour les mains) sont disponibles aux points de prestation de soins, et dans un rayon de 5 mètres des toilettes.

Service limité

Des installations pour l'hygiène des mains en état de marche sont disponibles soit aux points de prestation de soins, soit aux toilettes, mais pas aux deux.

Aucun de service

Aucune installation pour l'hygiène des mains en état de marche n'est disponible, ni aux points de prestation de soins ni aux toilettes.

FIGURE 41 Échelle des services de base d'hygiène pour les établissements de santé

⁴⁴ Pour plus de précisions, veuillez consulter : Organisation mondiale de la Santé, *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*, OMS, Genève, 2009. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/fr>.

⁴⁵ Organisation mondiale de la Santé, *Guide de Mise en Œuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains*, OMS, Genève, 2009, disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70478/WHO_IER_PSP_2009.02_fre.pdf?sequence=1>

⁴⁶ Pour plus de précisions, veuillez consulter : Organisation mondiale de la Santé, *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*, OMS, Genève, 2009. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/fr>.



L'hygiène des mains ne peut être respectée sans avoir accès à des installations en la matière, et, à des fins de suivi national et mondial, l'indicateur de **services de base** met l'accent sur la disponibilité en eau et en savon, ou en solution hydroalcoolique pour les mains, là où les patients reçoivent des soins. Le niveau de service de base comprend en outre la mise à disposition d'eau et de savon dans les toilettes. Si un établissement de soins de santé est équipé d'⁴⁷installations pour l'hygiène des mains en état de marche aux points de prestation de soins ou aux toilettes, mais pas aux deux, il sera classé comme ayant des **services limités**. Les établissements dépourvus d'installations pour l'hygiène des mains en état de marche seront considérés comme ne disposant d'**aucun service**.

ENCADRÉ 6

Points de prestation de soins⁴⁴

Les points de prestation de soins se définissent comme un lieu regroupant trois éléments : le patient, l'agent de santé et les soins ou traitements impliquant un contact avec le patient ou son entourage (dans l'environnement immédiat du patient). Ce concept inclut la nécessité de respecter les mesures d'hygiène des mains aux moments recommandés précisément lorsque la prestation de soins est réalisée. Pour ce faire, un produit d'hygiène des mains (par exemple, une solution hydroalcoolique pour les mains, ou de l'eau et du savon) doit être facilement accessible et aussi proche que possible – à portée de main de l'endroit où les soins ou le traitement sont prodigués au patient. Les produits du point de prestation de soins doivent être accessibles sans avoir à quitter l'environnement immédiat du patient.

Les établissements de santé doivent être équipés de produits pour l'hygiène des mains dans tous les endroits où les patients reçoivent des soins. Certains programmes de suivi permettent de savoir si des produits d'hygiène des mains sont disponibles dans plusieurs endroits au sein d'un établissement de soins de santé. D'autres permettent d'effectuer des vérifications au hasard à des points de prestation de soins spécifiques. Afin de réaliser des comparaisons cohérentes, dans le cadre du suivi mondial, la disponibilité des installations pour l'hygiène des mains à tout point de prestation de soins est prise en compte dans le calcul du niveau de service de base. Dans la mesure du possible, le JMP exploite des données relatives à l'hygiène des mains dans le service ambulatoire ou la zone de consultation générale, même si, dans d'autres endroits, les installations pour l'hygiène des mains font défaut.

La Figure 42 montre qu'en Chine la quasi-totalité des établissements de santé sont équipés d'installations de lavage des mains, la plupart recevant de l'eau. Toutefois, seulement le tiers de ces établissements mettent à disposition du savon et de l'eau ou une solution hydroalcoolique aux points de prestation de soins (36 %). Étant donné que les deux tiers des établissements de santé chinois disposent d'eau et de savon dans les toilettes (67 %), la disponibilité des produits pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins constitue le facteur limitant pour les **services de base d'hygiène**. Le fait de prendre la plus petite des deux valeurs comme facteur déterminant du service de base peut conduire à une surestimation des services de base, certains établissements de santé pouvant disposer d'installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins mais pas dans les toilettes.

⁴⁷ Pour être considérée comme en état de marche, une installation pour l'hygiène des mains installée à un point de prestation de soins doit être dotée soit d'une solution hydroalcoolique pour les mains, soit d'eau et de savon. Si une solution hydroalcoolique pour les mains est utilisée, le personnel de santé peut également se déplacer avec un distributeur entre chaque point de prestation de soins. Pour être considérée comme en état de marche, une installation pour l'hygiène des mains située dans les toilettes doit disposer d'eau et de savon dans un rayon de 5 mètres des toilettes. Une solution hydroalcoolique pour les mains est considérée comme inadaptée à l'hygiène des mains aux toilettes, car elle n'élimine pas les matières fécales qui s'y sont déposées.

SERVICES DE BASE D'HYGIÈNE

Illustration de l'élaboration de l'échelle des services d'hygiène : Chine

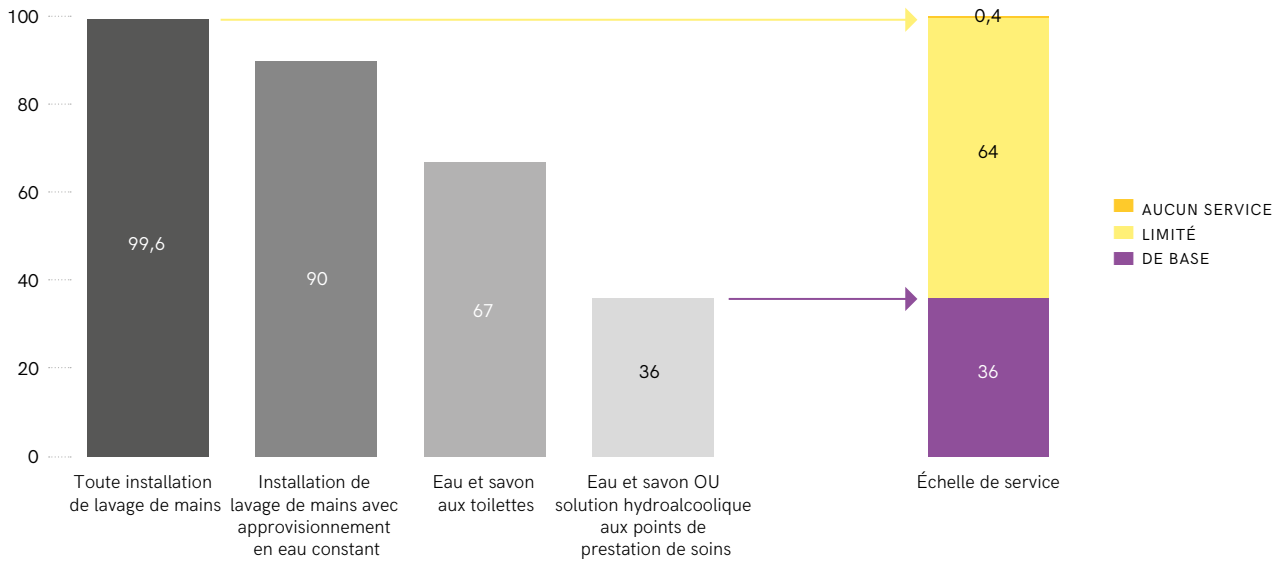


FIGURE 42 Proportion d'établissements de santé pourvus d'installations pour l'hygiène des mains et d'eau et de savon ou de solution hydroalcoolique pour les mains, Chine (enquête auprès des établissements de santé, 2018) (en %)



Dans le monde, 16 % des établissements de santé ne disposaient d'aucun service d'hygiène en 2016

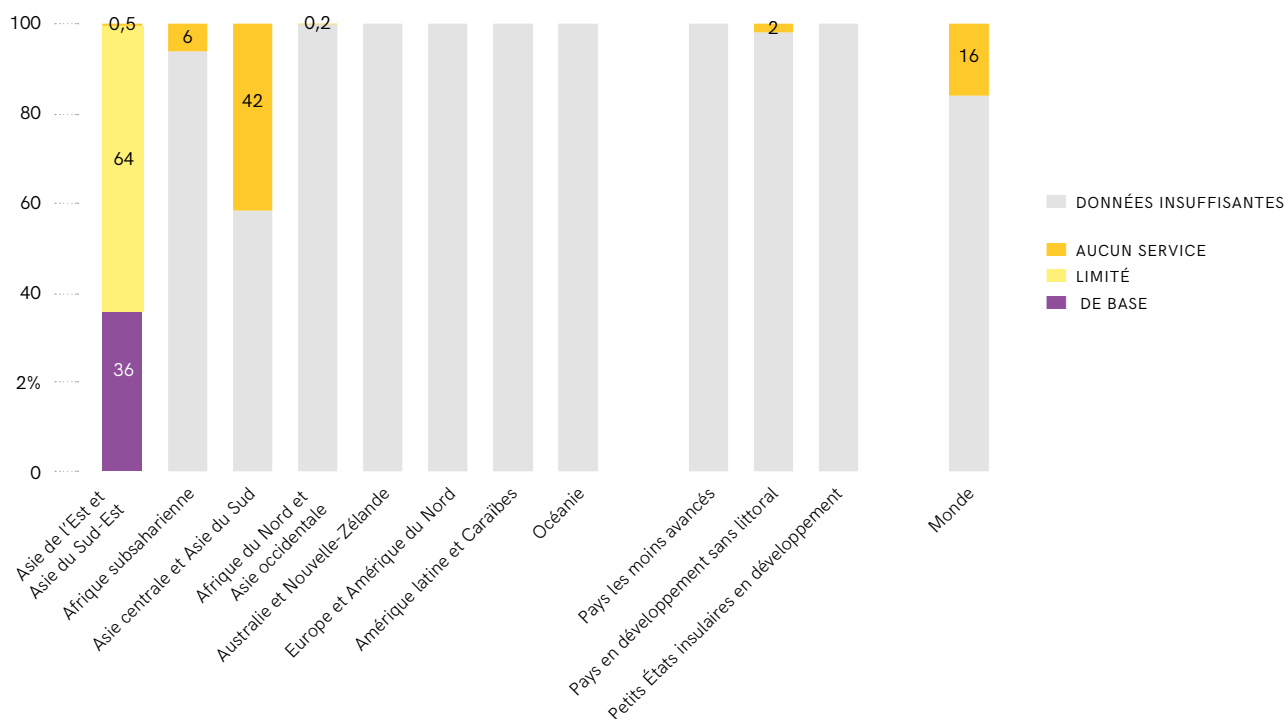
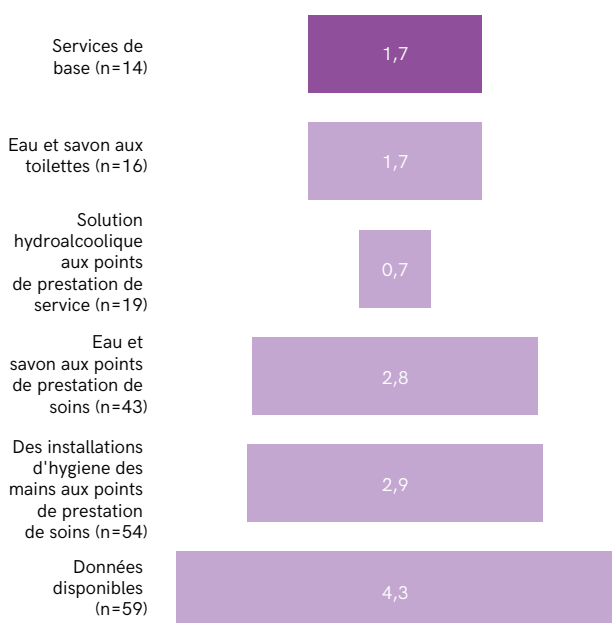


FIGURE 43 Les services d'hygiène dans les établissements de santé aux niveaux régional et mondial, 2016 (en %)

Des estimations concernant les services de base d'hygiène étaient disponibles pour 14 pays, représentant une population combinée de 1,7 milliard de personnes, en 2016



Couverture des données pour les services d'hygiène dans les établissements de santé, par indicateur, par nombre de pays et par population lorsque des données sont disponibles (en milliards), 2016

FIGURE 44

Cependant, étant donné que les données relatives à ces différents indicateurs peuvent provenir d'études ou d'ensembles de données différents, il n'est pas toujours possible de calculer les services de base à l'échelon de chaque établissement de soins de santé, et le JMP établit ce calcul en fonction des valeurs agrégées pour les établissements de santé dans chaque domaine.

Dans le monde, en 2016, un établissement de soins de santé sur six (16 %) n'avait **aucun service d'hygiène**, ce qui signifie que des installations pour l'hygiène des mains n'étaient pas disponibles, que ce soit aux points de prestation de soins ou aux toilettes (Figure 43). L'Asie de l'Est et du Sud-Est est la seule région ODD qui avait des données suffisantes pour générer des estimations relatives aux **services de base d'hygiène**, alors que quatre régions disposaient de données suffisantes pour calculer le pourcentage d'établissements de santé **dépourvus de services d'hygiène**. Les données disponibles étaient insuffisantes pour établir des estimations pour les quatre autres régions ODD, et très peu de pays à revenu élevé disposaient de données en 2016.

Si les établissements de santé des pays à revenu élevé sont plus susceptibles d'avoir accès au savon et à l'eau courante (ainsi qu'à l'assainissement amélioré), ils peuvent encore faire face à des difficultés liées à la logistique et à la chaîne d'approvisionnement s'agissant de la solution hydroalcoolique pour les mains. Parfois, les pays revendiquent une couverture intégrale des services de base (en faisant état qu'il s'agit d'une obligation légale ou de règles relatives à la construction), mais,

Des estimations concernant les services de base d'hygiène étaient disponibles pour 14 pays en 2016

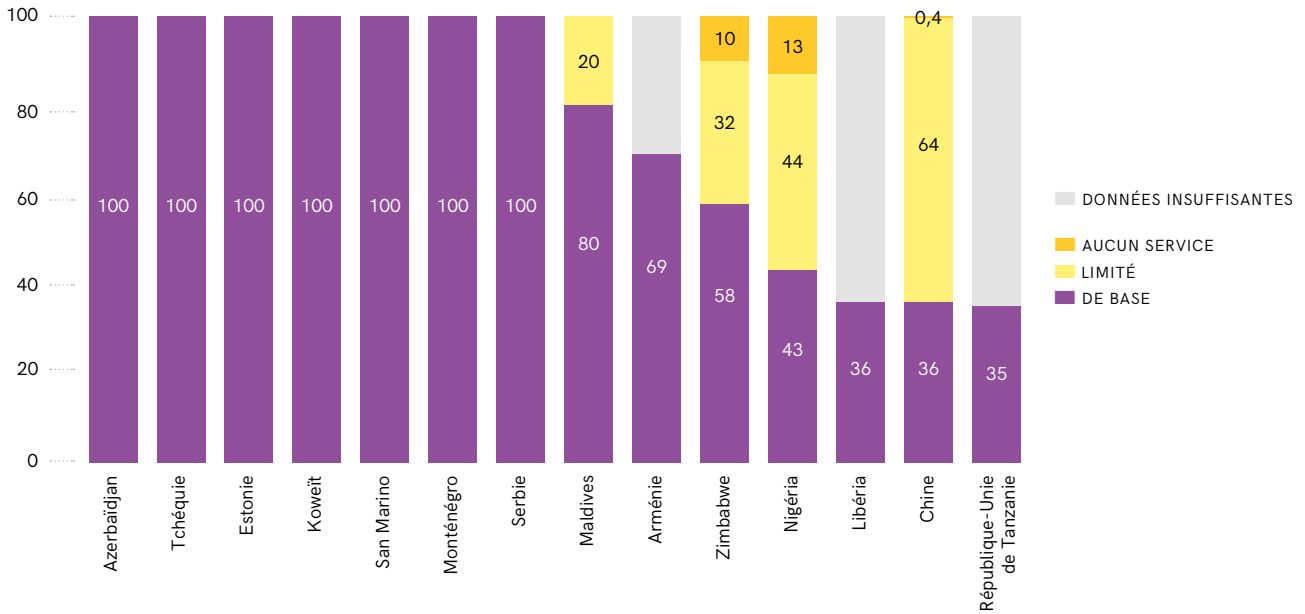


FIGURE 45 Les services d'hygiène dans les établissements de santé, 2016 (en %)

en l'absence de données vérifiées sur la conformité, le JMP n'utilise pas ces informations pour produire des estimations nationales.

Des estimations concernant les **services de base d'hygiène** étaient disponibles pour 14 pays en 2016, abritant une population totale de 1,7 milliard de personnes (Figure 44). Il ne s'agit que de 19 % de la population mondiale, ce qui n'est pas suffisant pour établir une estimation mondiale. Dans trois de ces pays, les données n'étaient pas assez nombreuses pour pouvoir faire une distinction entre les établissements de santé disposant de **services limités** et ceux **dépourvus de services d'hygiène** (Figure 45). Seuls 16 des 59 pays possédant des données sur l'hygiène des mains avaient des informations relatives à la présence d'eau et de savon dans les toilettes. Un plus grand nombre de pays (55, abritant un total de 2,9 milliards de personnes, soit 35 % de la population mondiale) recueillent des informations sur la disponibilité des installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins, bien qu'il soit plus courant de recueillir des données sur l'eau et le savon que sur la solution hydroalcoolique pour les mains. Dans le monde, 57 % des établissements de santé étaient équipés d'installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins.

Parmi les 19 pays disposant de données sur l'eau et le savon et la solution hydroalcoolique pour les mains aux points de prestation de soins, certains, comme la République-Unie de Tanzanie, indiquaient que les installations de lavage des mains munies d'eau et de savon étaient relativement plus disponibles. Dans d'autres pays, comme le Myanmar, la solution hydroalcoolique était l'équipement le plus accessible (Figure 46).

Dans certains pays, l'eau et le savon sont plus généralement disponibles aux points de prestation de soins ; dans d'autres, la solution hydroalcoolique pour les mains est plus courante

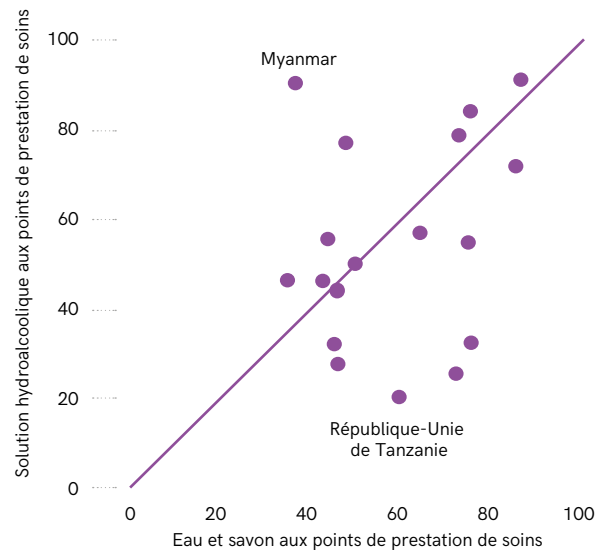


FIGURE 46 Proportion des établissements de santé disposant de solution hydroalcoolique pour les mains et d'eau et de savon aux points de prestation de soins, parmi 19 pays pour lesquels des données étaient disponibles, 2016 (en %)

La disponibilité des produits pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins varie sensiblement entre les pays et les régions : la majorité des régions comptent au moins un pays affichant une

couverture inférieure à 50 % et au moins un pays qui enregistre une couverture supérieure à 90 % (Figure 47).

Des estimations concernant les installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins étaient disponibles pour 55 pays en 2016

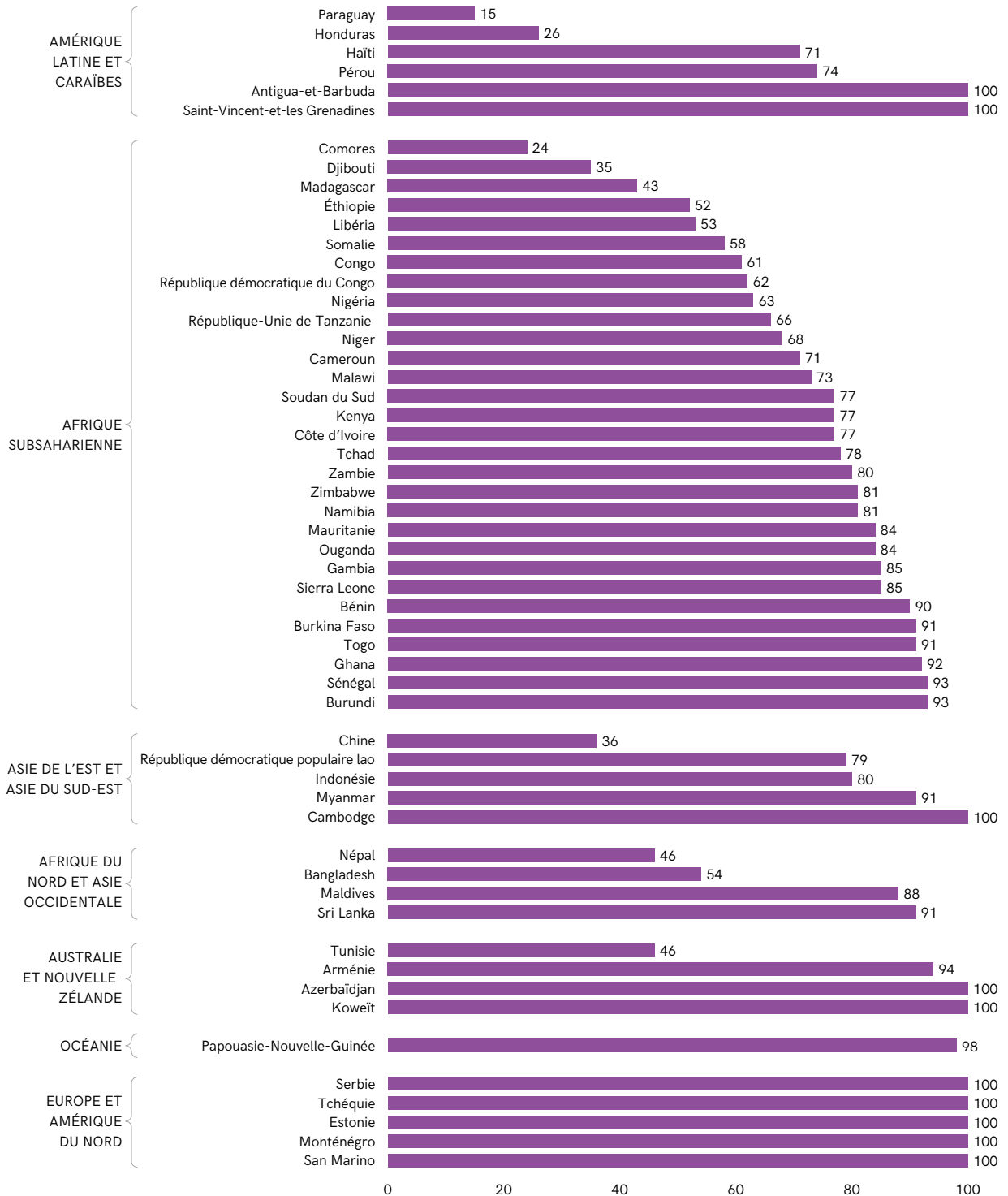


FIGURE 47 Proportion d'établissements de santé disposant de produits pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins, par pays et par région ODD, en 2016 (en %)

INDICATEURS SUPPLÉMENTAIRES POUR LE SUIVI DE L'HYGIÈNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les gouvernements doivent établir leurs propres normes en matière d'hygiène dans les établissements de santé et mettre en place des programmes pour améliorer les services lorsque cela est nécessaire. Si l'indicateur mondial relatif aux services de base d'hygiène constitue un point de départ utile, il omet cependant d'importants aspects de l'hygiène comme les techniques en matière d'hygiène des mains et la conformité aux pratiques d'hygiène aux moments stratégiques, l'accessibilité des stations de lavage des mains à tous les points de prestation de soins, ou la présence de zones de bains et leur état. Dans de nombreux établissements de santé, le niveau de service de base est déjà atteint mais les services d'hygiène doivent encore être améliorés. Les pays au sein desquels les services de base constituent déjà la norme doivent envisager l'élaboration et le suivi d'indicateurs supplémentaires correspondant à des niveaux de service plus avancés. Quelques exemples indicatifs de suivi national au-delà du niveau de service de base sont décrits ci-après, mais davantage d'efforts seront nécessaires pour normaliser ces mesures.

Disponibilité des fournitures pour l'hygiène des mains par secteur hospitalier

Le niveau de service de base d'hygiène inclut la présence d'eau et de savon ou d'une solution hydroalcoolique pour les mains aux points de prestation de soins. Les données provenant de la zone d'examen général des patients externes sont habituellement utilisées, mais leur disponibilité peut varier selon le type de salle d'examen. Au Malawi, les installations pour l'hygiène des mains (eau courante et savon ou solution hydroalcoolique) étaient disponibles dans 75 % des salles d'accouchement et dans 65 % des services ambulatoires, mais dans seulement 36 % des zones de vaccination des enfants (Figure 48). Moins du tiers (31 %) des établissements de santé disposaient de produits pour l'hygiène des mains dans tous les points de prestation de soins. Le service ambulatoire est le point de prestation de soins qui sert de référence à des fins de suivi mondial, mais cette mesure mondiale reflète une surestimation potentielle de la disponibilité des produits pour l'hygiène des mains dans l'ensemble de l'établissement de soins de santé.

Pratiques d'hygiène des mains

La présence de produits pour l'hygiène des mains est nécessaire mais ne garantit pas le respect de cette pratique aux moments



Au Malawi, il est plus rare de trouver des installations pour l'hygiène des mains dans les salles de vaccination des enfants

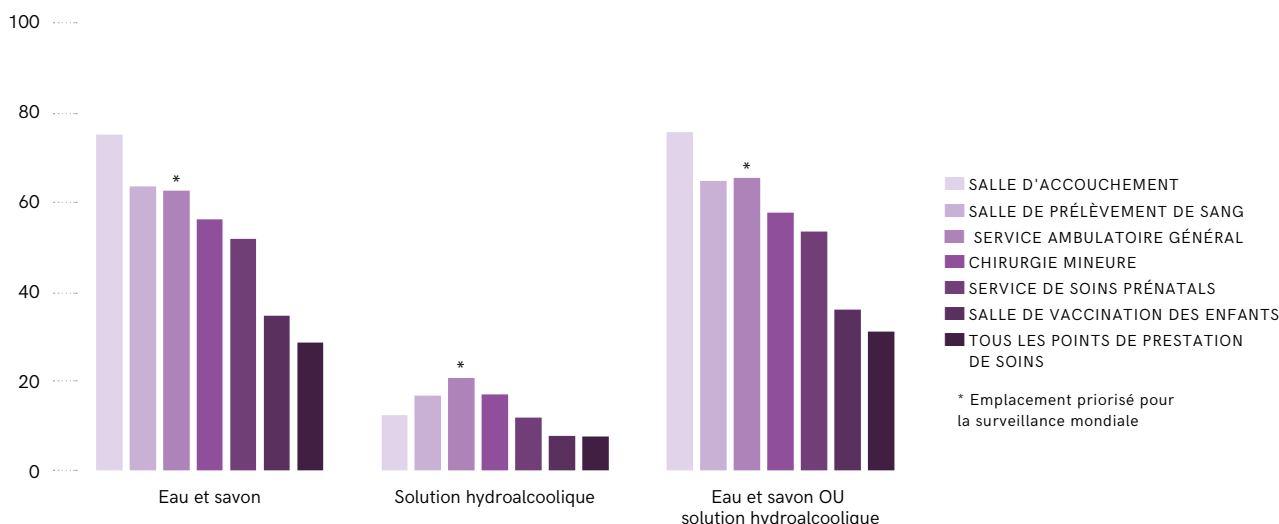


FIGURE 48 Proportion de salles d'examen, par type, disposant d'eau et de savon et de solution hydroalcoolique pour les mains, observées au moment de la visite au sein des établissements de santé au Malawi (évaluation des prestations de services, 2013, n = 540-977) (en %)

stratégiques. Par exemple, en 2014, une étude impliquant cinq heures d'observation structurée de près de 5 000 occasions de pratiquer l'hygiène des mains dans les établissements de santé au Bangladesh a mis en évidence les faits suivants : si 69 % des hôpitaux disposaient d'installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins, seuls 17 % des agents de santé se lavaient les mains avec du savon après avoir touché des patients ou

des blessures, et seuls 2 % d'entre eux se lavaient les mains avec du savon avant d'entrer en contact avec un patient ou d'effectuer des tâches aseptiques (Figure 49). De même, en 2010, alors que la moitié des établissements de santé au Cambodge étaient équipés d'installations de lavage des mains, sur 30 consultations effectuées, les agents de santé se lavaient les mains avec du savon moins d'une fois.

Le personnel hospitalier ne met pas toujours en pratique les mesures d'hygiène des mains aux cinq moments stratégiques

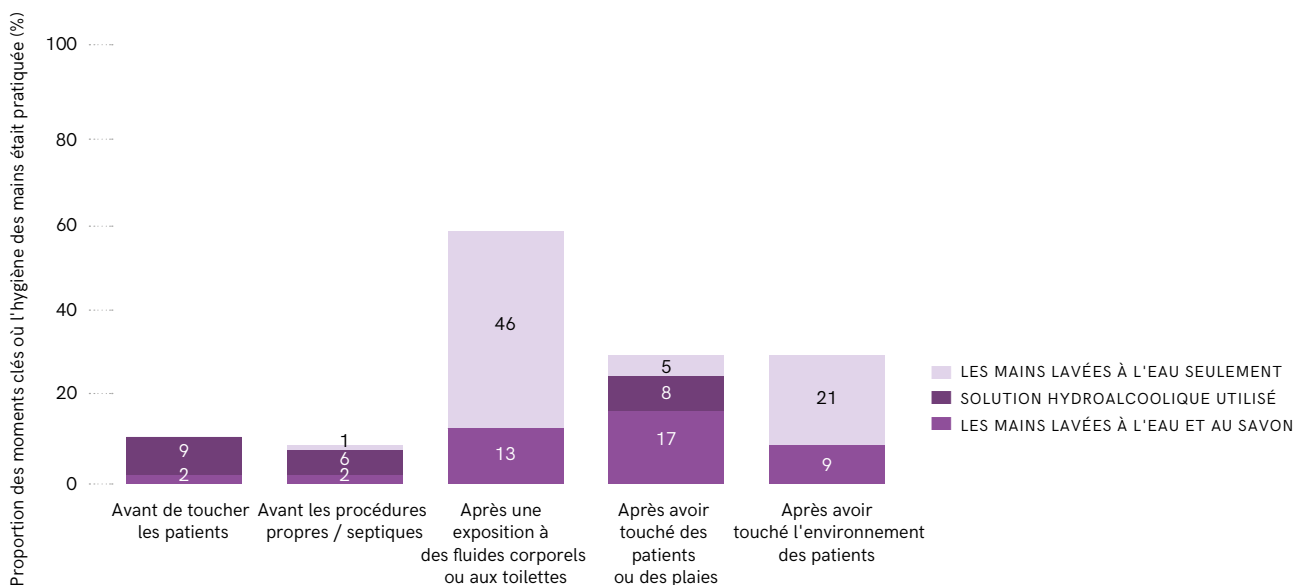


FIGURE 49 Conformité aux pratiques d'hygiène des mains dans les hôpitaux au Bangladesh (enquête nationale de référence sur l'hygiène, 2014) (en %)

Le lavage des mains est souvent encouragé dans les établissements de santé ne disposant pas d'installations de lavage des mains

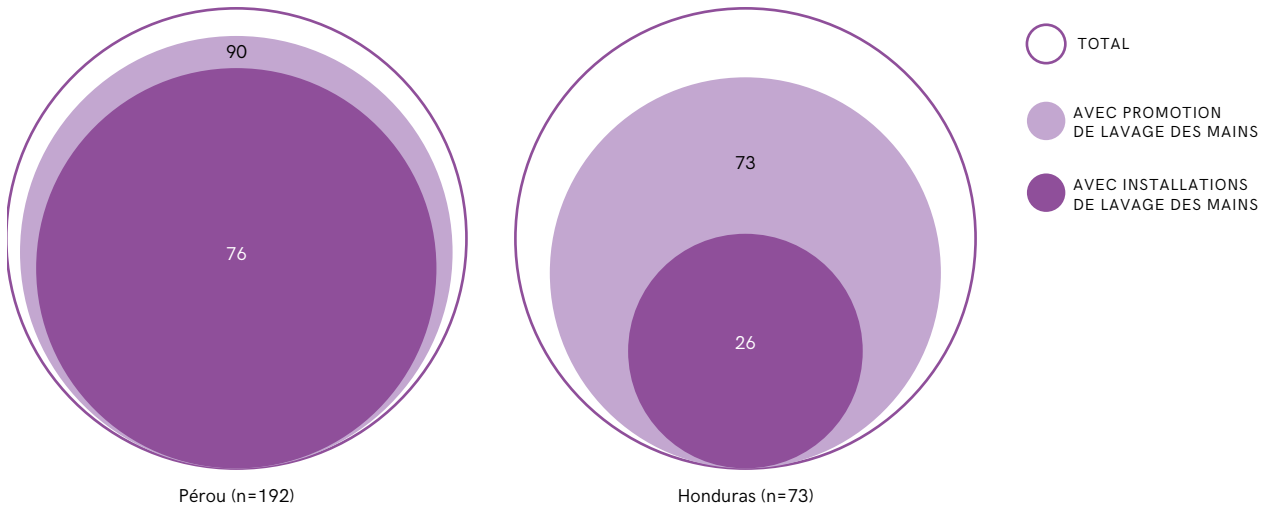


FIGURE 50 Proportion d'établissements de santé pourvus d'installations de lavage des mains et promouvant le lavage des mains, au Pérou et au Honduras (OMS, 2017) (en %)

Plus de 95 % des agents de santé en Sierra Leone ont signalé avoir amélioré leurs pratiques d'hygiène des mains après avoir été informés sur la maladie à virus Ebola

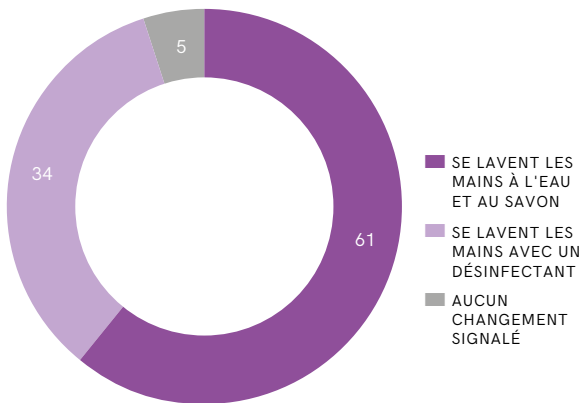


FIGURE 51 Proportion d'agents de santé en Sierra Leone ayant signalé avoir changé leur comportement en matière d'hygiène des mains après avoir été informés sur la maladie à virus Ebola (enquête auprès des établissements de santé, 2014) (en %)

Promotion de l'hygiène des mains

Il est possible d'améliorer l'hygiène des mains de façon efficace et durable en mettant en œuvre de nombreuses mesures pour lutter contre différents obstacles et difficultés en lien avec le comportement. Les stratégies et supports de promotion ne peuvent améliorer l'hygiène des mains que si des installations sont disponibles à cette fin. Au Pérou, la proportion

d'établissements de santé disposant de stratégies de formation et d'incitations en faveur du lavage des mains était supérieure de 14 points de pourcentage à la proportion d'établissements possédant des stations de lavage des mains munies d'eau et de savon en 2017 (Figure 50). Au Honduras, près de la moitié des établissements de santé faisaient la promotion du lavage des mains mais n'avaient pas les fournitures nécessaires pour assurer de bonnes pratiques en la matière.

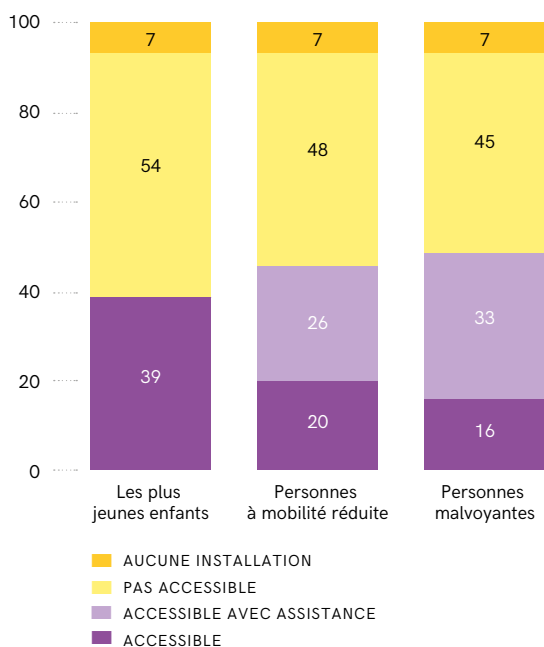
La Sierra Leone constitue un exemple positif de changement d'attitudes en faveur du lavage des mains en réponse à l'épidémie d'Ebola. Dans le cadre d'un recensement national des établissements de santé primaires mené en 2014, plus de 95 % des agents de santé avaient signalé avoir modifié leur comportement en matière de lavage des mains depuis qu'ils avaient été informés sur la maladie à virus Ebola (Figure 51). Cependant, les pratiques d'hygiène des mains autodéclarées sont souvent plus nombreuses que leur application réelle du fait des biais des répondants.

Accessibilité des stations de lavage des mains pour tous

Autant les agents de santé que les patients et les visiteurs doivent être en mesure de se laver les mains. Parmi les patients et les visiteurs peuvent se trouver de jeunes enfants et des personnes malvoyantes ou à mobilité réduite. Alors qu'un faible nombre de pays surveillent l'accessibilité des stations de lavage des mains dans les établissements de santé, une étude menée au Liban a montré qu'environ 40 % des établissements disposaient de stations de lavage des mains accessibles aux jeunes enfants et que moins de 20 % d'entre eux avaient des installations accessibles aux personnes malvoyantes ou à mobilité réduite (Figure 52).



Moins d'un établissement de soins de santé sur cinq au Liban était équipé de stations de lavage des mains accessibles aux personnes malvoyantes ou à mobilité réduite en 2016



Proportion d'établissements de santé au Liban équipés de stations de lavage des mains accessibles aux jeunes enfants et aux personnes malvoyantes ou à mobilité réduite (2016, n = 166) (en %)⁴⁸

FIGURE 52

Zones de bain

Les bains peuvent réduire les infections associées aux soins de santé et améliorer le sentiment de bien-être des patients. Ces derniers doivent avoir la possibilité de prendre un bain dans des installations propres, accessibles et en état de marche qui respectent leur intimité et leur dignité. Toutefois, même lorsque des installations de bain sont présentes, celles-ci ne répondent pas toujours aux besoins des patients. Une évaluation infranationale effectuée en 2004 au Royaume-Uni a montré que 10 % des douches n'étaient pas en état de marche et que 28 % des hôpitaux ne disposaient pas de douches accessibles aux personnes en fauteuil roulant⁴⁹. En comparant cette évaluation avec d'autres études semblables réalisées 20 ans auparavant, le rythme d'amélioration semble très lent.

⁴⁸ Sustainable Alternatives, *WASH in Public Health Centres in Lebanon*, rapport final d'évaluation soumis à l'UNICEF en février 2018.

⁴⁹ Monro, A et Mulley, GP, « Hospital Bathrooms and Showers: A continuing saga of inadequacy », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2004, vol. 97, n° 5, p. 235-237. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/014107680409700507>>.

LES SERVICES DE GESTION DES DÉCHETS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La majorité des déchets produits dans les établissements de santé - environ 85 % - ne sont pas dangereux et peuvent être éliminés avec les déchets solides ordinaires. Les 15 % de déchets restants sont infectieux, chimiquement dangereux ou radioactifs, et doivent être traités de façon appropriée pour prévenir toute exposition à risque des agents de santé, des patients, des visiteurs, du public et des personnes chargées du traitement des déchets⁵⁰. Les aiguilles usagées et autres matériaux pointus et tranchants sont généralement considérés comme appartenant à la catégorie de déchets biomédicaux la plus dangereuse, car ils peuvent aisément causer des blessures par piqûre et provoquer ainsi une infection⁵¹.

GESTION DES DÉCHETS

Service de base

Les déchets sont triés et jetés en toute sécurité dans au moins trois bacs différents, et les déchets infectieux ainsi que les déchets pointus et tranchants sont traités et éliminés de manière sûre.

Service limité

Les déchets pointus et tranchants et les déchets infectieux sont triés ou traités et éliminés dans une certaine mesure, mais tous les critères du service de base ne sont pas satisfaits.

Aucun de service

Il n'y a pas de poubelles séparées pour les déchets pointus et tranchants et infectieux, et ces derniers ne sont pas traités et éliminés de manière sûre.

FIGURE 53 Échelle des services de base de gestion des déchets biomédicaux

⁵⁰ Organisation mondiale de la Santé, *Safe Management of Wastes from Health-care Activities*, OMS, Genève, 2014. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.who.int/water_sanitation_health/publications/wastemanag/en>.

⁵¹ Organisation mondiale de la Santé, *Gestion des déchets produits par les injections au niveau des districts*, OMS, Genève, 2006. Disponible à l'adresse suivante : <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43566>>.



Illustration de l'élaboration de l'échelle des services de gestion des déchets biomédicaux : Inde

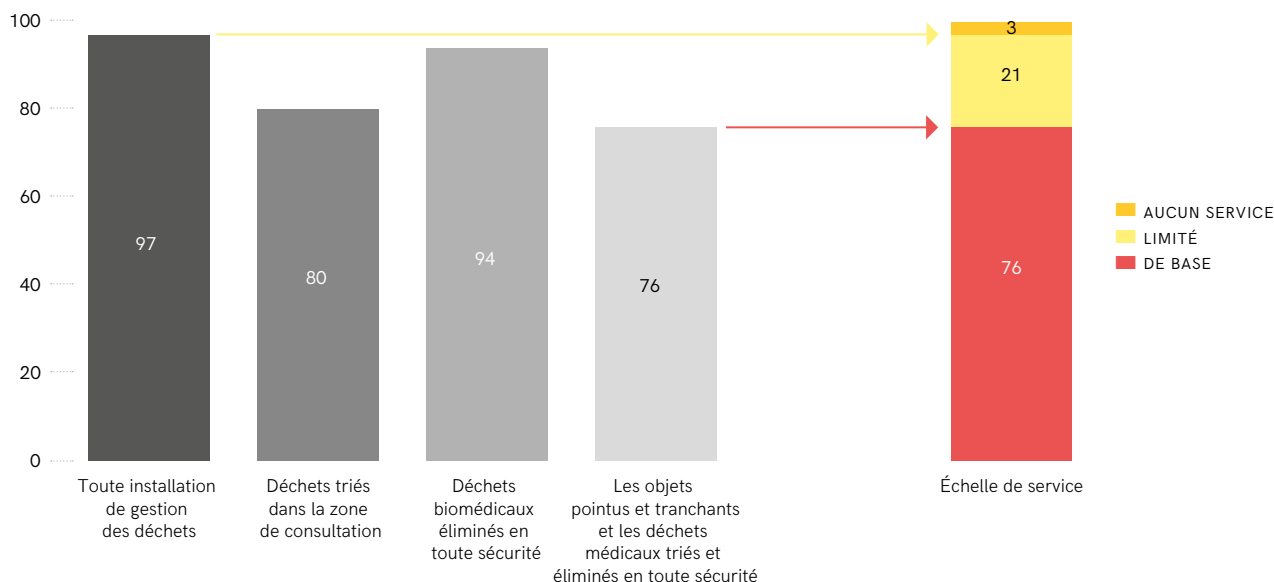


FIGURE 54 Services de gestion des déchets dans les hôpitaux publics de district en Inde (Kayakalp, 2018) (en %)

Dans le cadre du traitement des déchets biomédicaux, la première mesure à prendre est de trier ces résidus dans des sacs ou des conteneurs appropriés là où ils sont produits, en distinguant au moins trois catégories : déchets ordinaires non dangereux, déchets infectieux, et déchets pointus et tranchants. Une fois le tri effectué, les déchets infectieux et les déchets pointus et tranchants doivent être stockés en toute sécurité, puis transférés aux installations de traitement et d'élimination (situées au sein de l'établissement ou dans un endroit désigné extérieur).

À des fins de suivi mondial, l'indicateur relatif aux **services de base** inclut le tri des déchets dans au moins trois bacs, ainsi que le traitement et l'élimination sécurisés des déchets infectieux et des déchets pointus et tranchants. Si un établissement de soins de santé dispose de systèmes partiels pour le tri ou le traitement des déchets, tels que la combustion des déchets à ciel ouvert plutôt que le recours à un incinérateur en deux étapes, il sera classé comme ayant des **services limités**, alors que les établissements sans systèmes de tri ou de traitement et d'élimination des déchets seront considérés comme **dépourvus de service**.

Le Ministère indien de la santé et du bien-être familial a lancé le programme Kayakalp en 2015 pour venir compléter l'action élargie de l'initiative Swachh Bharat (Clean India). Le programme Kayakalp s'appuie sur le suivi d'un éventail d'indicateurs relatifs à la propreté et à la lutte contre les infections dans les établissements de santé⁵². Les établissements sont évalués par des organismes de pairs puis vérifiés par des équipes d'inspection tierces. Les données relatives à la gestion des déchets

biomédicaux issues de l'évaluation de 2018 ont été analysées par le Centre national indien de ressources sur les systèmes de santé pour 701 hôpitaux publics de district, et les données concernant les centres de santé primaire seront disponibles ultérieurement au cours de l'année 2019. Les données hospitalières présentées à la Figure 54 montrent que la quasi-totalité (97 %) des hôpitaux de district ont mis en place une certaine forme de gestion des déchets – seulement 3 % d'entre eux sont classés comme n'ayant **aucun service**. L'élimination des déchets biomédicaux (y compris des déchets infectieux et des déchets pointus et tranchants) était également élevée (94 %). Le tri des déchets, y compris le stockage des déchets pointus et tranchants dans des conteneurs résistants aux perforations et le tri des autres déchets biomédicaux conformément à une directive nationale de 2016, était inférieur à 80 %. Au total, 76 % des hôpitaux indiens pratiquaient à la fois le tri et l'élimination des déchets, et étaient classés comme disposant de **services de base**.

En 2016, des données étaient disponibles pour seulement trois des huit régions ODD, ce qui n'était pas suffisant pour établir des estimations mondiales relatives aux services de gestion des déchets dans les établissements de santé (Figure 55). Les données les plus complètes étaient disponibles pour l'Afrique subsaharienne, où il était possible de calculer les indicateurs relatifs aux **services de base**, aux **services limités** et à l'**absence de services**. Par ailleurs, les **services de base** pouvaient être calculés dans la région de l'Océanie, alors qu'en Afrique du Nord et Asie occidentale, les données étaient disponibles pour l'indicateur relatif à l'**absence de services**.

⁵² Ministère de la santé et du bien-être familial, *Guidelines for Implementation of "Kayakalp" Initiative*, Gouvernement de l'Inde, New Delhi, sans date. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.nhm.gov.in/images/pdf/in-focus/Implementation_Guidebook_for_Kayakalp.pdf>.

SERVICES DE BASE DE GESTION DES DÉCHETS

Dans les pays les moins avancés, 27 % des établissements de santé disposaient de services de base de gestion des déchets biomédicaux en 2016

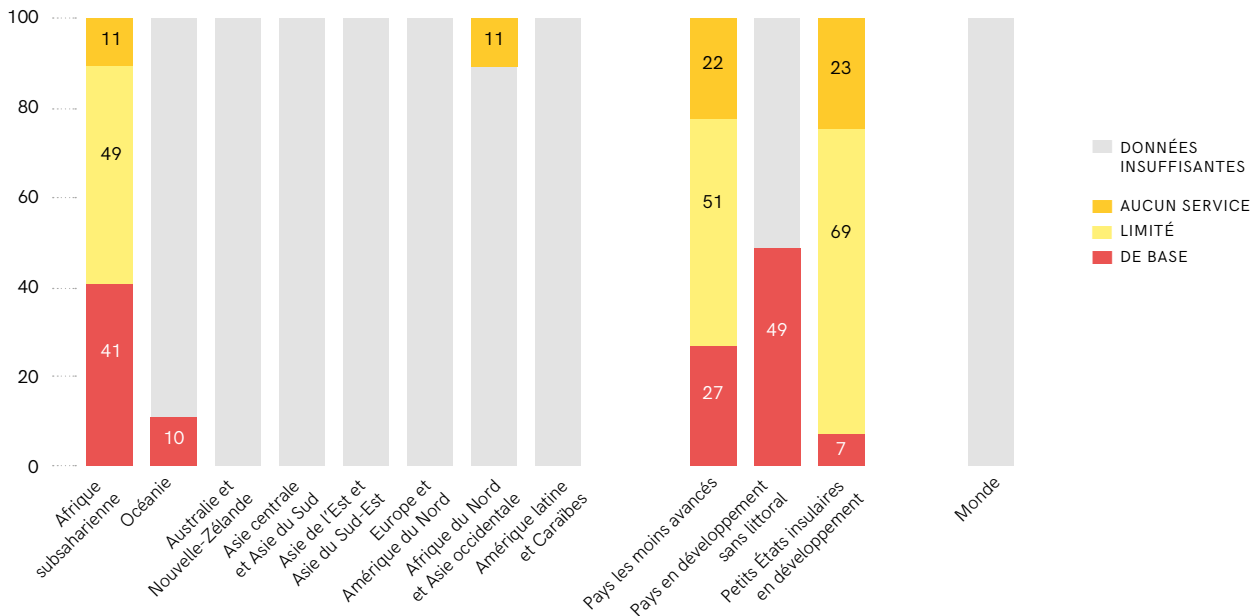
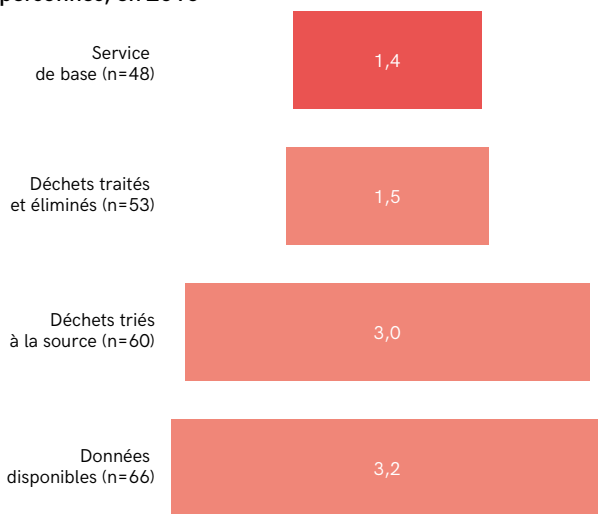


FIGURE 55 Les services de gestion des déchets dans les établissements de santé aux niveaux régional et mondial, 2016 (en %)

Des données relatives aux services de base de gestion des déchets biomédicaux étaient disponibles pour 48 pays, représentant une population combinée de 1,4 milliard de personnes, en 2016



Couverture des données pour les services de gestion des déchets biomédicaux dans les établissements de santé, par indicateur, par nombre de pays et par population lorsque des données étaient disponibles (en milliards), 2016

FIGURE 56 Couverture des données pour les services de gestion des déchets biomédicaux dans les établissements de santé, par indicateur, par nombre de pays et par population lorsque des données étaient disponibles (en milliards), 2016

Des données relatives aux **services de base de gestion des déchets** dans les établissements de santé (y compris les hôpitaux et les autres établissements de santé) étaient disponibles auprès de 48 pays (Figure 56), abritant au total 1,4 milliard de personnes, soit 19 % de la population mondiale, ce qui n'est pas assez pour établir une estimation mondiale. Cependant, suffisamment de données étaient disponibles sur les services **de base de gestion des déchets** dans les hôpitaux (46 pays, représentant 35 % de la population mondiale) pour souligner que, dans le monde, les deux tiers (65 %) des hôpitaux disposaient de **services de base** (Figure 57), bien que cette estimation soit fortement influencée par les données du programme indien Kayakalp (Figure 54), qui a fait état d'un niveau de services relativement élevé. Dans le monde, le traitement et l'élimination des déchets infectieux et des déchets pointus et tranchants dans les hôpitaux étaient similaires, s'établissant à environ 80 %, bien que, dans le cas de l'Inde, les deux sont déclarés ensemble en tant que traitement des déchets biomédicaux. Le tri des déchets était légèrement inférieur, seulement les trois quarts des hôpitaux (75 %) utilisant au moins trois bacs à cette fin.

Les **services de base de gestion des déchets** oscillaient entre 100 % dans plusieurs pays à revenu élevé à des pourcentages à un seul chiffre dans certains pays à faible revenu (Figure 58). Seuls 28 pays sur les 48 disposant d'estimations **de base** pouvaient également ventiler les données entre **services limités** et **absence de service**.

Dans le monde, un hôpital sur trois était dépourvu de services de base de gestion des déchets

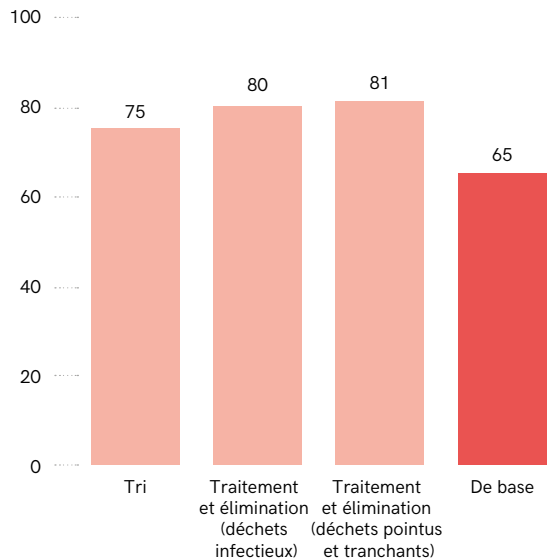


FIGURE 57 Les services de gestion des déchets dans les hôpitaux (n = 46 pays), 2016 (en %)

Les déchets sont parfois traités sans être triés, et, souvent, les déchets triés ne sont pas traités

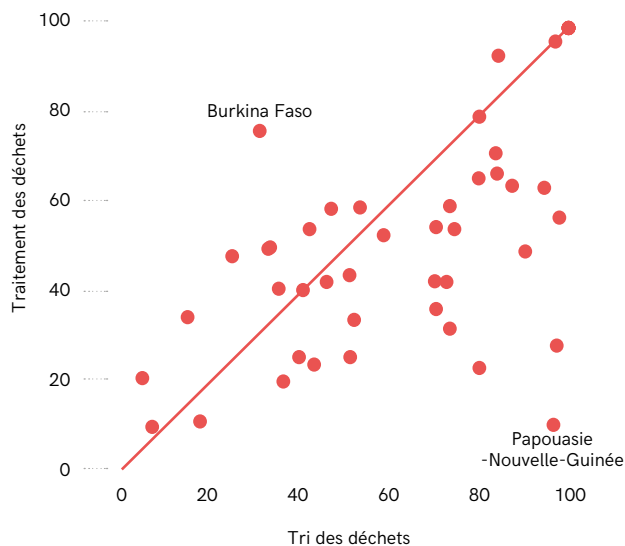


FIGURE 59 Le tri et le traitement des déchets dans les établissements de santé, en 2016 (en %)

Dans dix de ces pays, au moins 10 % des établissements de santé étaient **dépourvus de services**.

Sur les 48 pays disposant de données sur le tri et le traitement des déchets, le tri des déchets enregistrait des niveaux supérieurs à ceux du traitement dans 26 pays, alors que l'inverse était observé dans 13 pays (Figure 59). Dans les neuf pays restants, le tri et le

traitement des déchets étaient au même niveau, généralement à 100 %. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, le tri des déchets était presque universel, mais la majorité des déchets étaient brûlés à l'air libre, une pratique qui n'est pas comptabilisée dans le calcul du niveau de service de base. À l'inverse, au Burkina Faso, le traitement des déchets infectieux et des déchets pointus et tranchants était élevé, mais le tri des déchets infectieux relativement faible.

Des estimations concernant les services de base de gestion des déchets biomédicaux étaient disponibles pour 48 pays en 2016

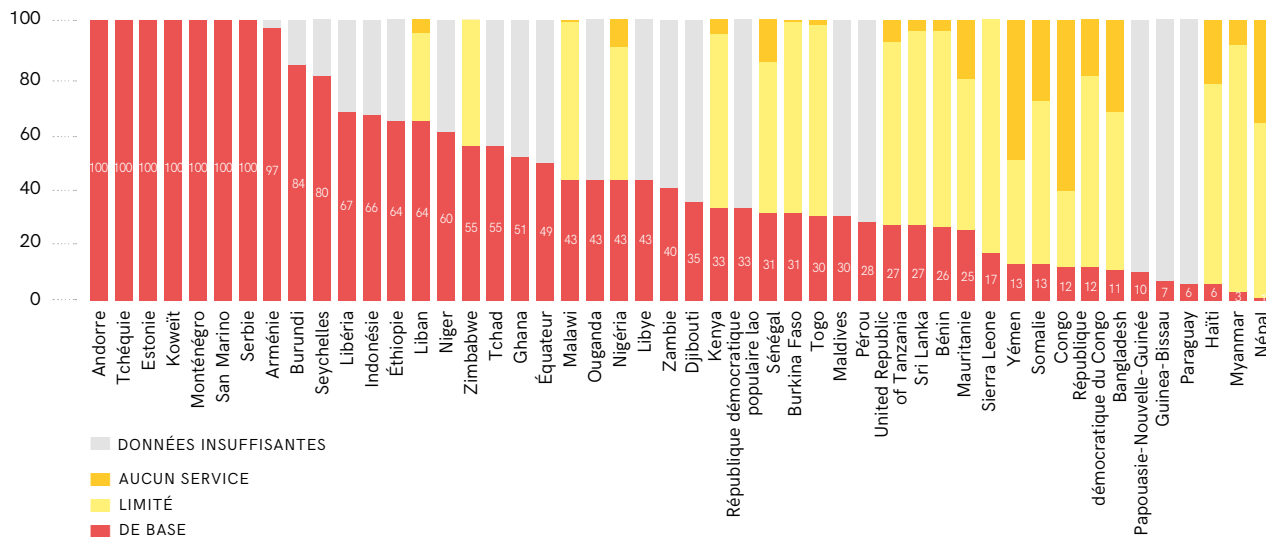


FIGURE 58 Les services de gestion des déchets dans les établissements de santé, 2016 (en %)

Des estimations concernant le tri sécurisé des déchets biomédicaux étaient disponibles pour 60 pays en 2016

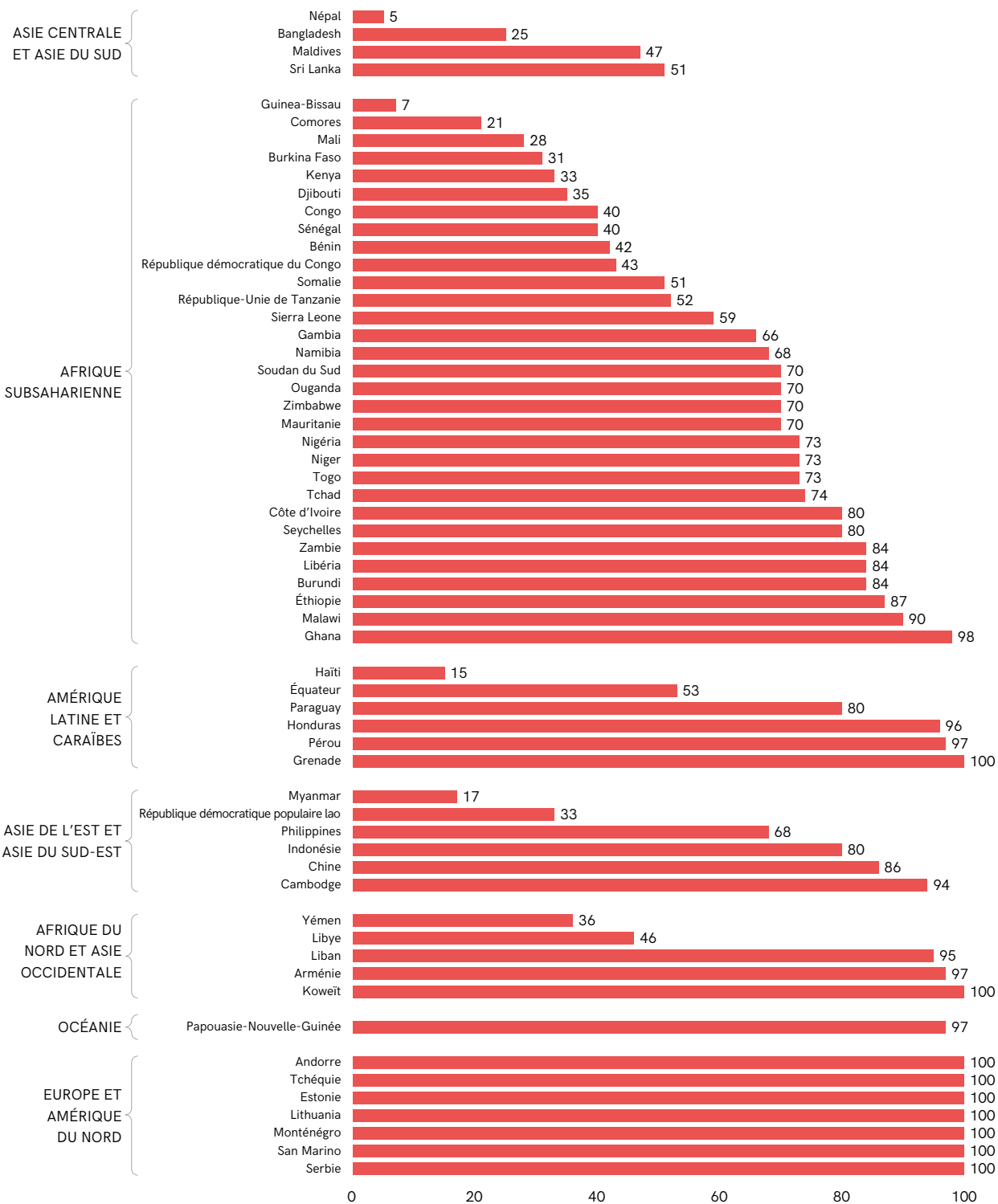


FIGURE 60 Proportion d'établissements de santé disposant de services de tri des déchets, par pays et par région ODD, 2016 (en %)

Des estimations concernant le traitement et l'élimination sécurisés des déchets biomédicaux étaient disponibles pour 53 pays en 2016

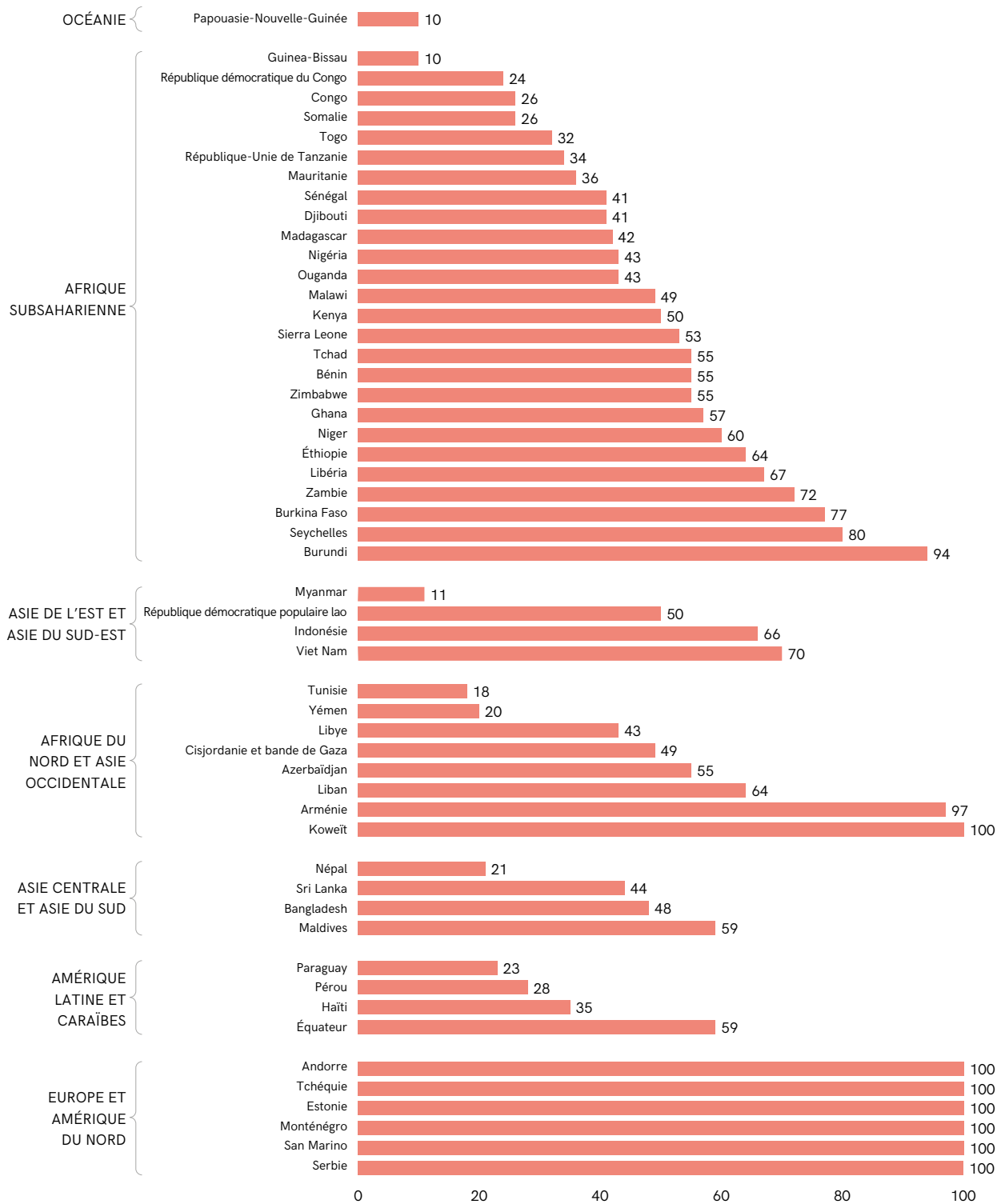


FIGURE 61 Proportion d'établissements de santé disposant de services de traitement des déchets, par pays et par région ODD, 2016 (en %)



De nombreux pays recueillent des informations sur le tri des déchets biomédicaux, et des estimations nationales étaient disponibles pour 60 pays en 2016 (Figure 60), représentant 40 % de la population mondiale. En moyenne, 60 % des établissements de santé possédaient au moins un système de tri. Cependant, la façon dont le tri est évalué varie considérablement d'une étude à l'autre. Alors que certaines études notent simplement s'il existe une boîte de collecte des déchets pointus et tranchants, d'autres vérifient si ces boîtes sont disponibles dans toutes les zones de production de déchets, si elles sont correctement utilisées (par exemple, si elles ne débordent pas) et dûment étiquetées. De nombreuses études ne recueillent aucune information sur le tri des autres déchets ou sur l'utilisation recommandée d'un système de tri à trois bacs. Les enquêtes SARA (Service Availability and Readiness Assessment) d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services recueillent des informations sur la disponibilité des conteneurs de déchets pointus et tranchants (bacs de sécurité) et des réceptacles à déchets (poubelles à pédales) disposant d'un couvercle et d'un sac en plastique pour le stockage des déchets infectieux. Dans la

plupart des cas, ces enquêtes soulignent que le tri et le stockage appropriés sont sensiblement plus adaptés aux déchets pointus et tranchants qu'aux déchets infectieux (Figure 62). Les études qui ne recueillent que des informations concernant les conteneurs de déchets pointus et tranchants peuvent par conséquent surestimer les pratiques de tri dans les établissements de santé.

On comptait légèrement moins de pays disposant d'estimations nationales sur le traitement et l'élimination des déchets que sur le tri des déchets. Des estimations nationales sur le traitement des déchets biomédicaux étaient disponibles pour 53 pays, représentant 21 % de la population mondiale. Dans six des sept régions ODD pour lesquelles des données nationales étaient disponibles, dans au minimum un pays, moins de 25 % des établissements de santé pratiquaient un traitement et une élimination sans risque des déchets biomédicaux (Figure 61). En Papouasie-Nouvelle-Guinée, en Guinée-Bissau et au Myanmar, environ un établissement de soins de santé sur dix employait des méthodes de traitement sécurisées pour les déchets infectieux et les déchets pointus et tranchants.

Le tri et le stockage des déchets sont généralement plus élevés pour les déchets pointus et tranchants que pour les déchets infectieux

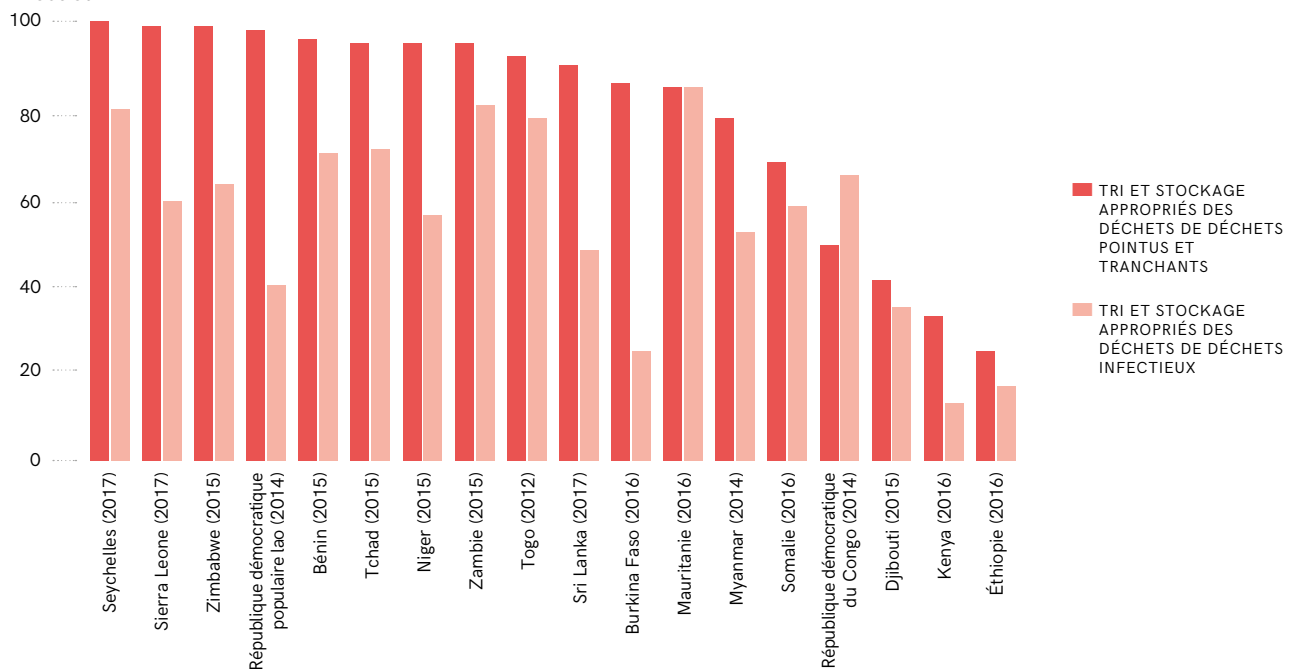


FIGURE 62 Tri et stockage appropriés des déchets infectieux et des déchets pointus et tranchants d'après une sélection d'enquêtes SARA d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services, pour la période 2012-2017 (en %)

La plupart des pays rapportent des niveaux semblables de traitement des déchets infectieux et des déchets pointus et tranchants (Figure 63), et, selon de nombreuses sources de données, le traitement n'est pas déclaré séparément pour ces deux types de déchets. Lorsque des différences apparaissent, les déchets pointus et tranchants tendent à faire l'objet d'une meilleure gestion que les déchets infectieux. Par exemple, une enquête concernant l'évaluation des prestations de services (SPA, Service Provision Assessment) réalisée en 2017 au Sénégal a révélé que près de 80 % des déchets pointus et tranchants des établissements étaient transférés dans un autre endroit dans des conteneurs protégés, une pratique appliquée à seulement 11 % des déchets infectieux. La majorité des déchets infectieux étaient, en effet, traités sur place, soit dans un incinérateur — ce qui est comptabilisé dans le calcul de l'indicateur mondial relatif aux services de base —, ou par la pratique du brûlage à l'air libre — qui n'est pas, quant à elle, prise en compte — (Figure 64). L'enquête indique toutefois qu'en Azerbaïdjan, tous les déchets infectieux, mais seulement 55 % des déchets pointus et tranchants, sont traités de façon appropriée.

Un vaste éventail de technologies est utilisé pour traiter les déchets biomédicaux ; la technologie la plus appropriée dépendra des circonstances locales, tout en veillant à protéger aussi bien la santé publique que l'environnement. En vertu

Les déchets infectieux et les déchets pointus et tranchants présentent souvent des niveaux similaires de traitement

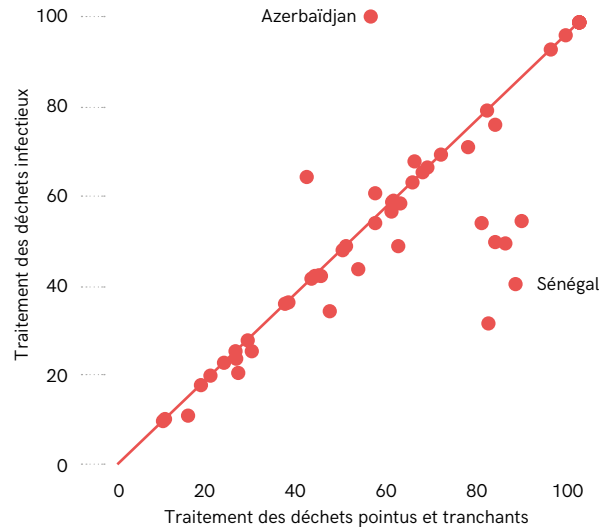


FIGURE 63 Traitement des déchets infectieux et des déchets pointus et tranchants dans les établissements de santé, en 2016 (en %)



Le brûlage à l'air libre des déchets pointus et tranchants est largement répandu

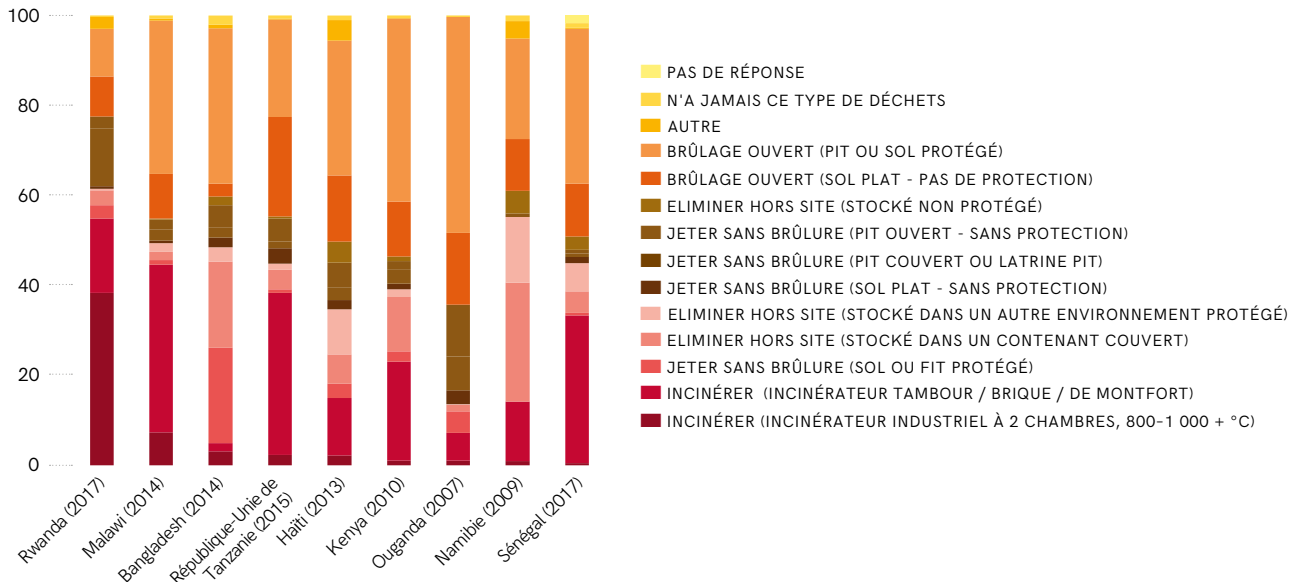


FIGURE 64 Méthode utilisée pour le traitement et l'élimination des déchets pointus et tranchants d'après une sélection d'enquêtes SPA d'évaluation des prestations de services, pour la période 2012-2017 (en %)

de la Convention de Bâle⁵³, il est recommandé de privilégier les techniques de traitement des déchets qui minimisent la formation et le rejet de substances chimiques ou les émissions dangereuses. L'incinération ou le brûlage sont largement pratiqués, toutefois, ils peuvent entraîner une grave pollution de l'environnement, notamment la formation de composés de dioxines et de furannes hautement toxiques.

La Convention de Stockholm⁵⁴ fixe des objectifs pour prévenir la formation de dioxines et de furannes, soit en évitant les technologies reposant sur la combustion ou en veillant à ce que la combustion soit réalisée à une température élevée : une première chambre doit atteindre au moins 850 °C, tandis que les températures au sein d'une seconde chambre doivent atteindre au moins 1 100 °C pour minimiser la formation de composés toxiques⁵⁵. Or, dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, les établissements de santé emploient plus couramment des incinérateurs à chambre unique plus simples ou pratiquent la combustion à ciel ouvert (Figure 64), des procédés qui n'atteignent pas des températures suffisamment élevées pour prévenir la formation de substances chimiques toxiques. Il peut s'agir de la meilleure option disponible comme mesure de transition si la seule alternative est la décharge incontrôlée de déchets. Lorsque la combustion à basse température est

pratiquée, les établissements de santé doivent éviter de brûler les plastiques en PVC et d'autres déchets chlorés, qui peuvent entraîner la formation de dioxines et de furannes.

À des fins de suivi mondial, le JMP prend en compte l'incinération, notamment à étape unique, dans le calcul du niveau de service de base, mais ne comptabilise pas la combustion à ciel ouvert. L'enfouissement dans une décharge couverte protégée ou le transfert vers un site extérieur de traitement sont également pris en compte dans l'établissement du niveau de service de base. En principe, les technologies reposant sur la vapeur, telles que l'autoclavage, ou les technologies innovantes comme le rayonnement micro-ondes et le traitement thermique par frottement peuvent également décontaminer efficacement les déchets et seraient comptabilisés dans le niveau de service de base. Cependant, elles sont rarement disponibles dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ou peu rapportées dans la majorité des évaluations d'établissements. Certaines études (dont SARA – évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services et SPA – évaluation des prestations de services) recueillent des informations sur une variété de technologies de traitement (Figure 64), mais de nombreuses évaluations ne signalent que les cas où les déchets sont brûlés.

⁵³ Le traité mondial sur l'environnement le plus complet concernant les déchets dangereux et autres types de déchets est le suivant : Programme des Nations Unies pour l'environnement, *Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination*, ONU, Genève, 1989. Voir : <www.basel.int/TheConvention/Overview>.

⁵⁴ Programme des Nations Unies pour l'environnement, *Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants*, ONU, Genève, 1989. Voir : <www.pops.int>. Il s'agit d'un traité mondial visant à protéger la santé humaine et l'environnement contre les substances chimiques durables et hautement dangereuses, en limitant et, à terme, en éliminant leur production, leur utilisation, leur échange, leur dissémination et leur stockage.

⁵⁵ Organisation mondiale de la Santé, *Safe Management of Wastes from Health-care Activities*, OMS, Genève, 2014. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.who.int/water_sanitation_health/publications/wastemanag/en>.

INDICATEURS SUPPLÉMENTAIRES POUR LE SUIVI DE LA GESTION DES DÉCHETS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les gouvernements doivent définir leurs propres normes en matière de gestion des déchets biomédicaux et mettre en place des programmes pour améliorer leurs services en concordance avec le renforcement du système de santé. Si l'indicateur mondial relatif aux services de base constitue un bon point de départ, il omet cependant d'importants aspects de la gestion des déchets, comme la fiabilité du fonctionnement des incinérateurs, la minimisation de la production de déchets, ainsi que l'élimination des placentas dans les structures d'accouchements. Même dans les établissements de santé disposant d'un service de base, il se peut que les services de gestion des déchets doivent encore être améliorés. Lorsque les ressources le permettent, des indicateurs supplémentaires doivent faire l'objet d'un suivi en fonction des priorités nationales.

État de marche des incinérateurs

L'incinération à haute température avec un incinérateur à deux chambres est considérée comme une méthode de traitement sans danger des déchets biomédicaux, en ce qu'elle minimise la formation de composés toxiques. Cependant, dans certains pays,

les incinérateurs présents dans les établissements de santé ne sont pas en état de marche ou bien le combustible nécessaire à leur fonctionnement n'est pas disponible (Figure 65). Par exemple, au Malawi, plus de la moitié des établissements de santé disposaient d'un incinérateur, mais, au moment de l'étude, celui-ci était fonctionnel pour 88 % de ces établissements et le combustible n'était disponible que pour 45 % d'entre eux. En Somalie, 15 % des établissements de santé étaient pourvus d'un incinérateur, mais 60 % d'entre eux disposaient d'un système en état de marche et 66 % de combustible.

Minimisation des déchets

Les déchets biomédicaux qui ne sont pas traités de façon sécurisée peuvent avoir des effets néfastes sur la santé humaine et environnementale. Dans certains pays, une grande quantité des déchets infectieux et des déchets pointus et tranchants produits dans les établissements de santé sont rejetés dans l'environnement sans avoir fait l'objet d'un traitement sécurisé au préalable. Au Yémen, par exemple, une évaluation menée en 2017 sur 72 hôpitaux a révélé que chacun d'entre eux générait en moyenne environ 8,2 kg de déchets pointus et tranchants par jour, dont 5 kg n'étaient pas triés de façon sécurisée et dont seulement 1,3 kg était trié et traité en toute sécurité (Figure 66). De même, 11,8 kg de déchets infectieux étaient produits par jour en moyenne, mais seulement 1,5 kg était trié et traité en toute sécurité.

Bien qu'il soit essentiel de s'assurer que les déchets biomédicaux dangereux sont traités et éliminés de façon sécurisée, il est également important d'exclure les déchets non dangereux des flux de déchets qui requièrent des processus de traitement

Les incinérateurs de déchets ne sont pas toujours en état de marche et ne disposent pas toujours du combustible nécessaire à leur fonctionnement

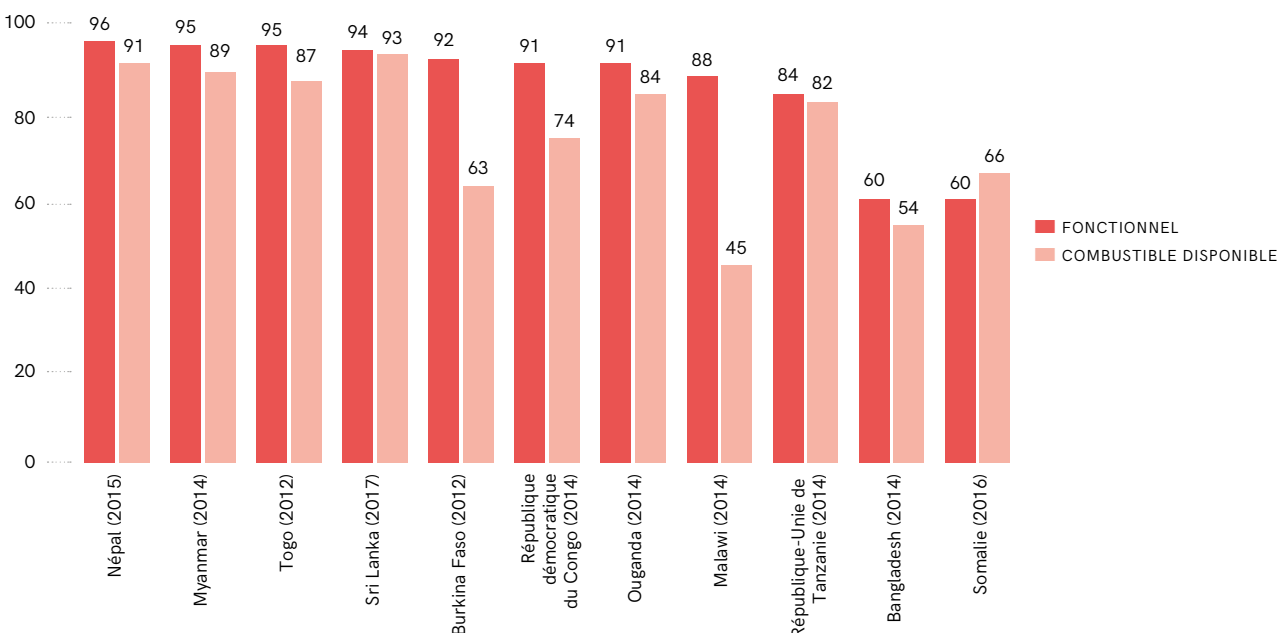


FIGURE 65

Proportion d'établissements de santé pourvus d'incinérateurs de déchets qui étaient en état de marche et qui disposaient de combustible au moment de l'enquête, par pays (en %)



coûteux, tels que la stérilisation ou l'incinération à haute température. En 2014, une évaluation du contenu des flux de déchets infectieux dans les établissements de santé irlandais a établi que sur l'ensemble des flux de déchets, 66 % étaient des déchets contaminés, 19 % des matériaux d'emballage non dangereux, et 15 % des déchets non contaminés et potentiellement sans risque (Figure 67). Le coût d'un mauvais tri des déchets non dangereux dans le flux de déchets biomédicaux dangereux était estimé à 700 euros par tonne. Compte tenu de la quantité de déchets produits (1,9 kg et 0,2 kg par patient hospitalisé au sein des hôpitaux et des centres de santé, respectivement), le gouvernement a estimé que les hôpitaux et les centres de santé pouvaient économiser respectivement jusqu'à 27 000 euros et 6 000 euros par an en veillant à ce que les déchets non dangereux soient exclus des flux de déchets dangereux⁵⁶.

Outre les implications financières d'un tri efficace des déchets, d'autres limitations de ressources sont à prendre en considération, notamment l'espace et la gestion de la décharge. En Afrique du Sud, les établissements de santé ont produit environ 45 000 tonnes de déchets biomédicaux en 2013. Les décharges autorisées n'ont pas été en mesure de gérer l'arrivée de grandes quantités de déchets biomédicaux, et des dépôts sauvages ont été signalés⁵⁷. Le tri des déchets non dangereux et leur exclusion du flux de déchets dangereux permettent de réduire le volume de déchets à traiter ; lorsque les décharges sont surchargées, ce système peut ainsi contribuer à diminuer les risques associés aux dépôts sauvages de déchets médicaux. Les bonnes pratiques en matière de gestion des déchets viseront à éviter d'accumuler du matériel autant que possible ou à le récupérer et à le recycler, afin de réduire le besoin de traiter et d'éliminer les déchets.

⁵⁶ Irish Environmental Protection Agency (Agence irlandaise pour la protection de l'environnement), *Reducing Waste in Irish Healthcare Facilities: Results, guidance and tips from a 3-year programme*, CIT Press, Cork, 2014. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.epa.ie/pubs/advice/green%20business/Reducing-food-waste-in-Irish-healthcare-Facilities-foodwaste-guidance-booklet-reduced-size.pdf>.

⁵⁷ Olanyij, FC, Ogola, JS, et Tshitangano, TG, « A review of medical waste management in South Africa », *Open Environmental Sciences*, 2018, vol. 10, p. 34-45. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <benthamopen.com/FULLTEXT/TOENVIRJ-10-34>.

La majorité des déchets produits dans les hôpitaux du Yémen n'étaient pas triés ni traités

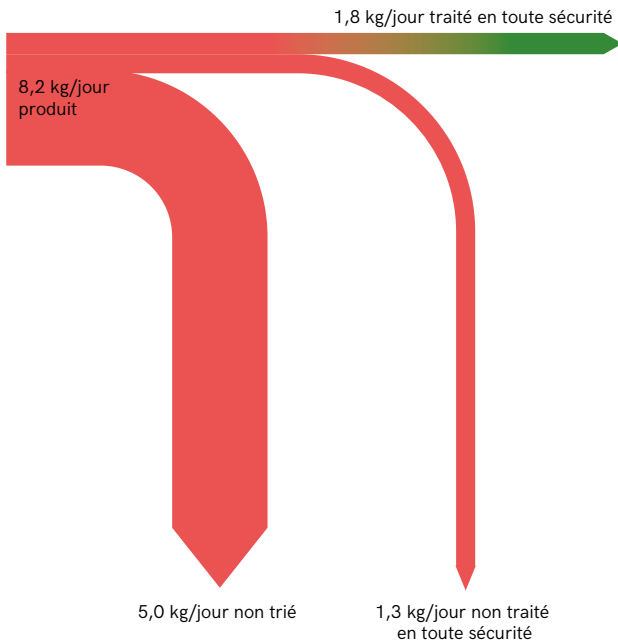


FIGURE 66

Production, tri et traitement des déchets pointus et tranchants dans les hôpitaux du Yémen (projet d'urgence à l'appui de services sanitaires et nutritionnels de l'OMS, 2017) (en %)

Élimination des placentas

La gestion des déchets pathologiques doit comprendre l'élimination sécurisée des placentas dans les structures d'accouchement. Les placentas, et les déchets pathologiques en général, ne doivent pas être traités avec des désinfectants chimiques, lesquels détruisent les microorganismes facilitant le processus de décomposition. L'enfouissement sécurisé des déchets pathologiques dans des cimetières ou leur combustion en toute sécurité dans des crématoriums sont des options d'élimination recommandées. Les établissements disposant de faibles ressources recourent généralement à la création d'une fosse pour les placentas, qui permet la biodégradation des solides et l'infiltration des liquides dans le sol. Dans certaines cultures, les mères et leur famille peuvent préférer emporter le placenta chez elles ou l'enterrer elles-mêmes. Bien que peu de pays disposent de données sur l'élimination des placentas, le Cambodge fournit un exemple intéressant datant de 2016. Dans 69 % des hôpitaux et des centres de santé, les placentas étaient généralement traités sur place dans des fosses réservées protégées. Dans 20 % des établissements, les mères emportaient habituellement le placenta chez elles, et dans 6 % d'entre eux les placentas étaient enterrés au sein de la structure. Les 5 % d'hôpitaux et de centres restants ne disposaient pas de services d'accouchement (Figure 68). Lorsque les agents de santé ont été invités à se prononcer sur les contraintes majeures en matière d'WASH au sein de leur établissement, 7 % des répondants ont mentionné expressément l'absence de fosse pour les placentas.

Un meilleur tri pourrait réduire la quantité des déchets biomédicaux transférés en vue de leur traitement

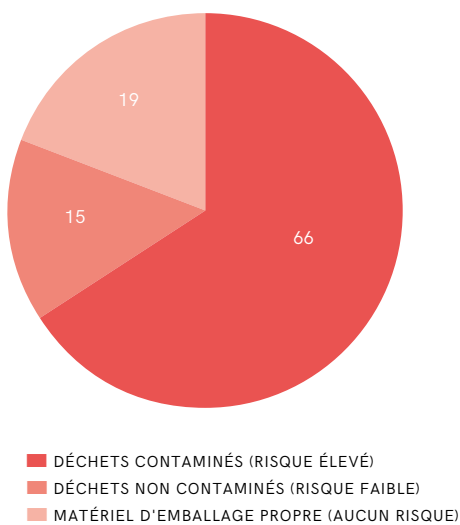


FIGURE 67

Proportion de déchets dans le flux de déchets biomédicaux irlandais par niveau de contamination (Agence irlandaise pour la protection de l'environnement [EPA], 2014) (en %)

Les placentas sont souvent placés dans une fosse réservée ou emportés par la mère

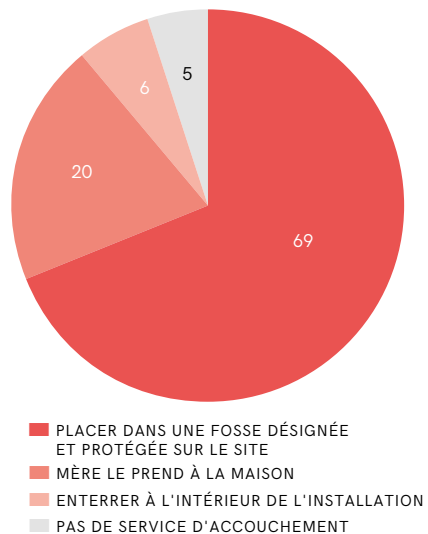


FIGURE 68

Méthodes d'élimination des placentas dans les hôpitaux et centres de santé du Cambodge (Institut national de la santé publique, 2016, n = 117) (en %)

LES SERVICES DE NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La contamination de l'environnement influe sensiblement sur la transmission des infections associées aux soins de santé. Certains des agents pathogènes fréquemment liés à ces infections peuvent survivre pendant des mois sur des surfaces telles que les barrières des lits, les tables et les sols⁵⁸. Le nettoyage efficace de l'environnement est une intervention fondamentale pour la prévention et la lutte contre les infections. En outre, il a été observé que cela permettait une réduction significative de la transmission des infections associées aux soins de santé. Le nettoyage de l'environnement désigne le nettoyage et la désinfection (lorsque cela est nécessaire) des surfaces environnementales (par exemple, les barrières de lit, les boutons d'appel, les chaises) et des surfaces du matériel nécessaire aux soins non intensifs pour les patients (par exemple, les potences pour intraveineuse, les stéthoscopes)⁵⁹. Le nettoyage de l'environnement comprend également le nettoyage et la désinfection des sols et des salles de bains, ainsi que la gestion des déversements de sang et de liquides biologiques.

Cette intervention requiert du matériel, tel que des outils de nettoyage (par exemple, des chiffons et lingettes de nettoyage, des serpillières, des seaux) et des produits de nettoyage (par exemple, des détergents, des désinfectants) ainsi qu'un équipement de protection individuelle pour le personnel de nettoyage. En outre, fondamentalement, le nettoyage de l'environnement requiert un accès à des quantités suffisantes d'eau salubre. Du matériel et des produits distincts doivent être utilisés selon les différents types de nettoyage, y compris le nettoyage ordinaire effectué de façon régulière, le nettoyage réalisé au départ du patient, et le nettoyage effectué en réponse à d'événements spécifiques, tels que des déversements de sang ou de liquides biologiques.

⁵⁸ Organisation mondiale de la Santé, *Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level*, OMS, Genève, 2016. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.who.int/gpsc/ipc-components/en>.

⁵⁹ Centers for Disease Control and Prevention (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies) et Infection Control Africa Network (Réseau africain de lutte contre les infections), *Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities* (version en cours d'élaboration), CDC et ICAN, Atlanta, 2019.

NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT

Service de base

Des protocoles de nettoyage élémentaires sont disponibles et les membres du personnel devant accomplir des tâches de nettoyage ont tous suivi une formation.

Service limité

Des protocoles de nettoyage sont en place, et/ou au moins quelques membres du personnel ont suivi une formation sur le nettoyage.

Aucun de service

Aucun protocole de nettoyage n'est disponible et aucun membre du personnel n'a suivi de formation sur le nettoyage.

FIGURE 69 Échelle des services de base de nettoyage de l'environnement pour les établissements de santé

Tous les établissements de santé doivent élaborer des politiques de nettoyage de l'environnement qui décrivent le type et la fréquence de nettoyage nécessaires selon les finalités, la personne responsable du nettoyage, et la façon dont le nettoyage doit être effectué et la tâche consignée. Les établissements doivent mettre au point des procédures opérationnelles permanentes ou des protocoles écrits précisant le matériel et les outils qui doivent être utilisés pour chaque type de nettoyage et fournir des instructions par étapes concernant le processus. Les procédures opérationnelles permanentes doivent également décrire les étapes préparatoires, notamment le recours à un équipement de protection individuelle, et les étapes finales, comme la gestion des produits de nettoyage souillés.



SERVICES DE BASE DE NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT

Les politiques et les procédures opérationnelles permanentes ne sont efficaces que lorsque les agents de santé les connaissent et sont formés à leur application. Les politiques en matière de nettoyage de l'environnement doivent clairement désigner la personne responsable pour chaque type de nettoyage, et fixer des exigences quant aux formations de base et de perfectionnement destinées à tous les membres du personnel devant accomplir des tâches de nettoyage.

Le présent rapport introduit une échelle des services de nettoyage de l'environnement qui définit un niveau minimal de services de base pour l'ensemble des établissements de santé et qui utilise les données actuellement disponibles auprès de sources nationales afin de classer les établissements selon qu'ils disposent de **services de base**, de **services limités**, ou qu'ils ne disposent d'**aucun service** (Figure 69). Le niveau de **service de base** s'applique aux établissements qui disposent de protocoles écrits et qui veillent à fournir une formation aux membres du personnel devant accomplir des tâches de nettoyage. Les établissements n'ayant pas de protocole en place ou n'ayant fourni une formation sur le nettoyage de l'environnement qu'à seulement certains membres du personnel sont classés comme disposant de **services limités**. Les établissements dépourvus de protocoles et de formations sont, quant à eux, considérés comme n'ayant **aucun service**.

Dans le monde, seuls quatre pays disposaient d'estimations nationales concernant le nettoyage de l'environnement dans les de base établissements de santé (Figure 70). Trois autres pays disposaient de données sur la disponibilité des protocoles de nettoyage ou sur la formation des agents de santé (Figure 71).

Parmi les pays possédant les deux ensembles d'informations, les protocoles étaient plus couramment disponibles que la formation aux Maldives et en Tunisie, alors que la formation était légèrement plus prévalente que la mise à disposition de protocoles au Monténégro.

Des estimations concernant les services de base de nettoyage de l'environnement étaient disponibles pour quatre pays en 2016

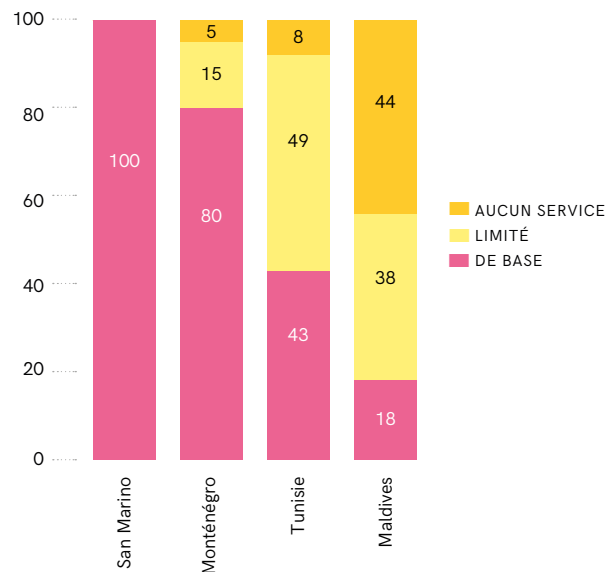


FIGURE 70 Les services de base de nettoyage de l'environnement dans les établissements de santé, 2016 (en %)

Tous les établissements de santé ne disposaient pas de protocoles de nettoyage de l'environnement et tous les membres du personnel n'avaient pas reçu une formation dans les pays pour lesquelles des données étaient disponibles, en 2016

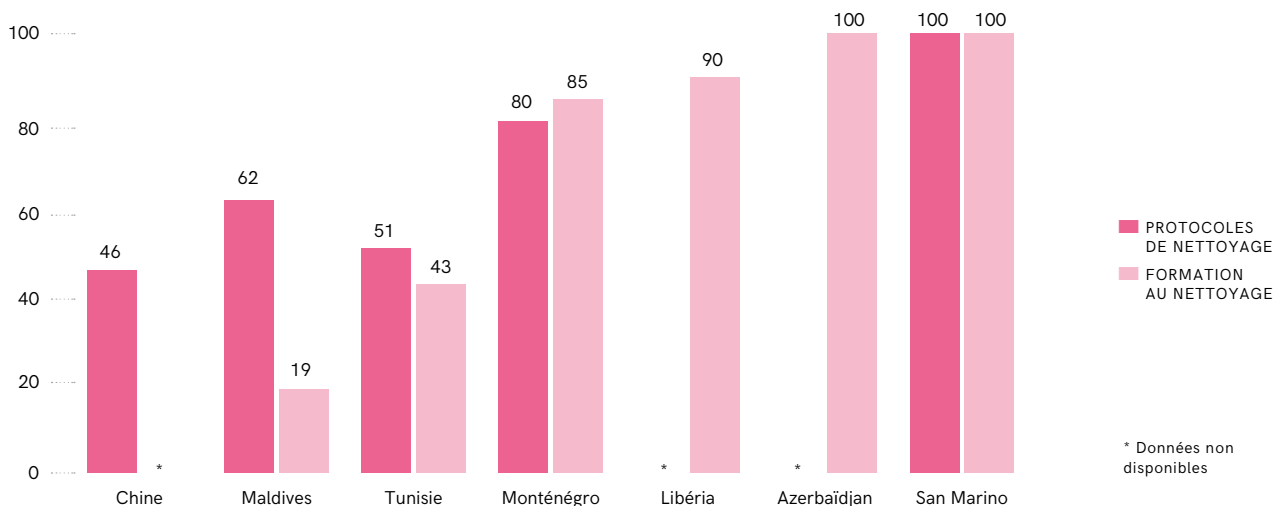


FIGURE 71 Protocoles et formation sur les services de nettoyage de l'environnement dans les établissements de santé, 2016 (en %)

INDICATEURS SUPPLÉMENTAIRES POUR LE SUIVI DU NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les gouvernements doivent définir leurs propres normes en matière de nettoyage de l'environnement dans les établissements de santé et mettre en place des programmes pour améliorer leurs services en concordance avec le renforcement du système de santé. Si l'indicateur mondial relatif aux services de base

de nettoyage de l'environnement constitue un bon point de départ, il omet cependant d'importants aspects comme la propreté observée, la fréquence de nettoyage, la disponibilité des fournitures de nettoyage et l'utilisation d'un équipement de protection individuelle. Dans certains établissements de santé, il se peut que le niveau de service de base ait déjà été atteint mais les services de nettoyage de l'environnement doivent encore être améliorés. Les pays peuvent tenir compte d'indicateurs supplémentaires correspondant à des niveaux de service plus avancés en fonction de leurs priorités et des ressources disponibles. Les exemples suivants, qui ne prétendent pas être exhaustifs, illustrent le suivi national au-delà du niveau de service de base pour le nettoyage de l'environnement dans les établissements de santé.



Propreté observée

Si le suivi des éléments propres aux services de base de nettoyage de l'environnement (disponibilité des protocoles et étendue de la formation) est, en règle générale, plus objectivement comparable et moins gourmand en ressources que l'observation directe de la propreté des établissements, les données portant sur la propreté observée des établissements de santé peuvent fournir des informations supplémentaires utiles. Des études menées au Malawi, au Sénégal et au Bangladesh fournissent des exemples de systèmes de suivi dans le cadre desquels les équipes en charge de l'étude conduisent des vérifications ponctuelles au sein des établissements et relèvent si les tables, les chaises et les comptoirs semblent avoir été nettoyés et si les sols ont été balayés (Figure 72). En Tunisie, le score global de propreté générale des établissements de santé s'élevait à 54 %, d'après les cinq critères d'observation suivants⁶⁰ :

- affichage des programmes de nettoyage ;
- respect des programmes de nettoyage ;
- propreté des sols, des murs et des plafonds ;
- absence d'odeurs désagréables ou de tabac ;
- absence de poussières et de saletés sur les meubles.

Les établissements de santé ne sont pas toujours propres

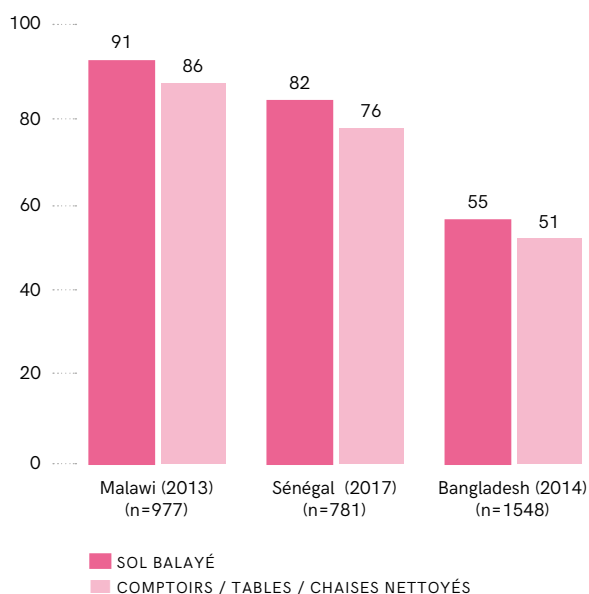


FIGURE 72 Propreté observée dans les établissements de santé au Malawi, au Sénégal et au Bangladesh (en %)

Fréquence de nettoyage

Les directives mondiales recommandent de nettoyer l'ensemble des surfaces horizontales dans les établissements de santé au moins une fois par jour et dès qu'elles sont sales⁶¹. Le nettoyage à la serpillière avec de l'eau chaude et du détergent est conseillé. Alors qu'un faible nombre de pays disposent de données sur la fréquence et les méthodes de nettoyage au sein des établissements de santé, un nettoyage ordinaire peut se révéler bien moins fréquent qu'une fois par jour dans certains d'entre eux. Il est également possible que certaines structures ne soient pas nettoyées au quotidien avec de l'eau chaude et du détergent. Par exemple, au Bhoutan, seulement 68 % des hôpitaux étaient nettoyés à la serpillière avec du chlore et du détergent⁶², tandis qu'au Cambodge, 79 % des établissements étaient nettoyés au moins une fois par jour et 53 % d'entre eux utilisaient du détergent au quotidien en 2016 (Figure 73).

Disponibilité des fournitures de nettoyage

Un approvisionnement constant en produits de nettoyage, y compris en détergents et désinfectants, est nécessaire pour effectuer un nettoyage ordinaire, mais les désinfectants sont rarement disponibles.

La moitié des établissements de santé au Cambodge étaient nettoyés tous les jours avec du détergent en 2016

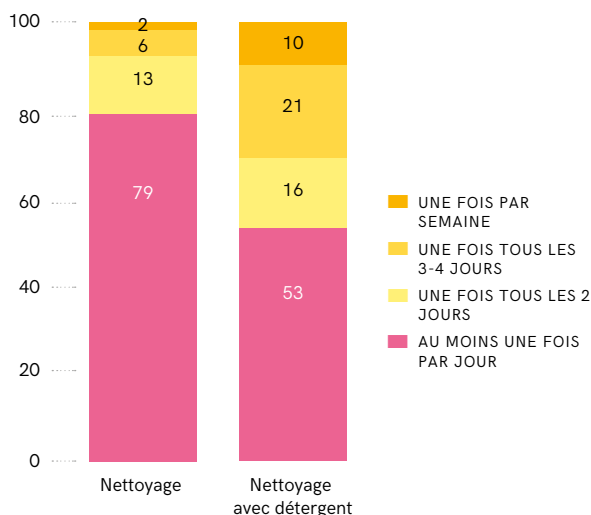


FIGURE 73 Fréquence de nettoyage et utilisation de détergent dans les établissements de santé au Cambodge (Institut national de la santé publique, 2016, n = 116) (en %)

⁶⁰ Ministère de la santé, *Évaluation de l'état de l'hygiène des centres de santé de base et des unités de soins hospitaliers*, République de Tunisie, Tunis, 2017. Disponible à l'adresse suivante : <winhcf.org>.

⁶¹ Organisation mondiale de la Santé, *Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins*, OMS, Genève, 2008. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/fr/>.

⁶² Ministère de la santé du Bhoutan, *Understanding Water, Sanitation & Hygiene in Health Care Facilities: Status in hospitals of Bhutan*, Public Health Engineering Division, Thimphu, Bhoutan, 2016. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <https://www.washinshcf.org/resource/status-of-hospitals-in-bhutan-understanding-water-sanitation-and-hygiene-in-health-care-facilities/>.

Dans sept des 21 pays pour lesquels des données étaient disponibles, moins des trois quarts des établissements de santé étaient munis de désinfectants dans la salle d'examen ambulatoire au moment de l'étude (Figure 74). En Somalie, moins de 40 % des établissements mettaient à disposition du désinfectant dans la salle d'examen ambulatoire en 2016.

87 % des salles d'accouchement disposaient de désinfectant en 2013, alors que ce dernier n'était présent que dans 47 % des salles de vaccination des enfants (Figure 75). Une tendance similaire a été observée dans les établissements de santé tanzaniens en 2014. À l'inverse, les structures au Sénégal présentaient une disponibilité égale entre différents points de prestation de soins en 2017.

Les fournitures de nettoyage à différents points de prestation de soins

Un équipement de nettoyage distinct doit être disponible dans chaque point de prestation de soins. Or, dans certains établissements de santé, d'importants écarts peuvent être observés entre différents services. Au Malawi, par exemple,

Pour sept des 21 pays pour lesquels des données étaient disponibles, moins des trois quarts des établissements de santé étaient munis de désinfectants dans la salle d'examen ambulatoire

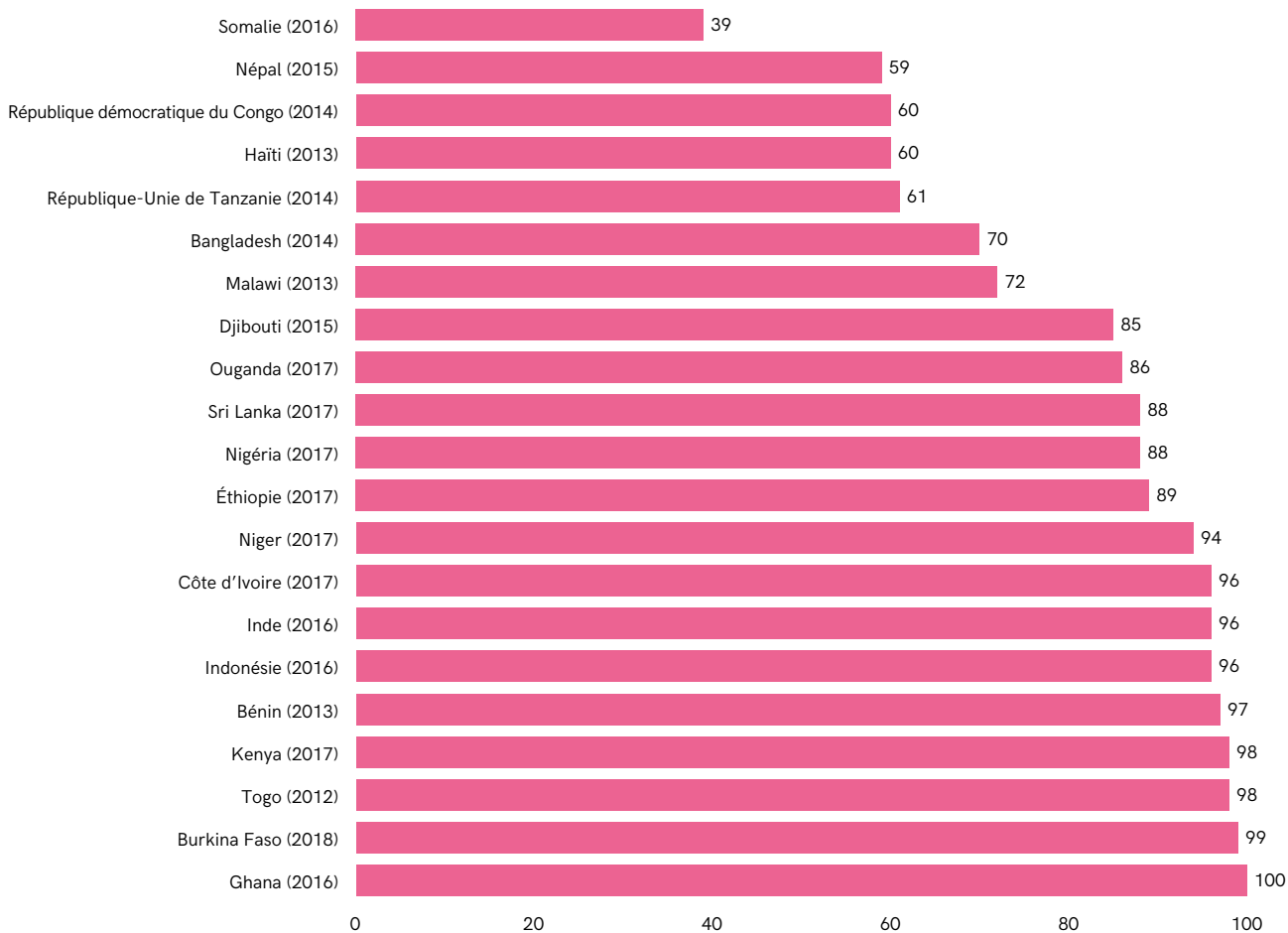


FIGURE 74 Proportion d'établissements de santé disposant de désinfectant environnemental dans la salle d'examen ambulatoire pour 21 pays, 2012-2017 (en %)



La disponibilité en désinfectant peut varier d'un point de prestation de soins à un autre

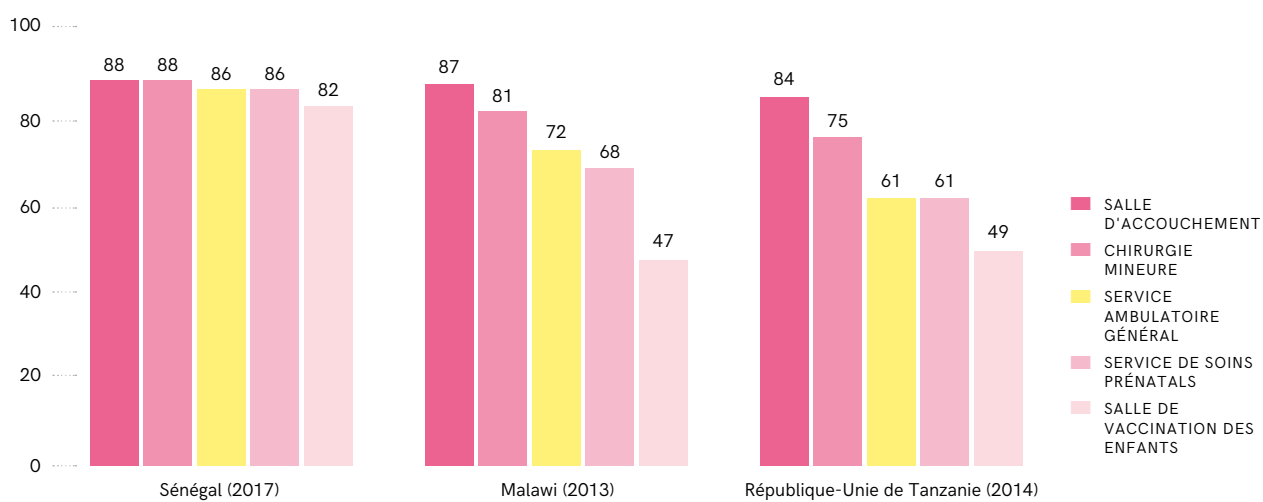


FIGURE 75 Proportion d'établissements de santé disposant de désinfectant environnemental à différents points de prestation de soins au Sénégal, au Malawi et en République-Unie de Tanzanie (en %)

INÉGALITÉS

Les inégalités d'accès aux soins de santé sont généralisées entre les pays et au sein de ceux-ci. Ces soins sont souvent inaccessibles aux personnes pauvres et marginalisées qui comptent parmi les groupes de population les plus vulnérables face aux maladies et aux décès évitables. Des disparités considérables persistent entre les populations riches et pauvres s'agissant de l'accès aux services de soins de santé, en particulier les soins nécessaires à la diminution de la mortalité et de la morbidité des mères et des enfants. Si les inégalités d'accès à la santé sont marquées dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, elles sont tout aussi prévalentes dans les pays à revenu élevé⁶³.

Cependant, le droit à la santé est un droit fondamental universel, affirmé par de nombreuses conventions relatives aux droits de

l'homme ainsi que dans la Constitution de l'OMS de 1946⁶⁴. En 2008, la Commission des déterminants sociaux de la santé a appelé au renforcement du suivi de l'équité et à la réduction des inégalités⁶⁵. Depuis, une attention croissante est accordée à l'évaluation quantitative des inégalités en matière de santé⁶⁶, et l'un des facteurs déterminants de l'inégalité dans les résultats de santé est l'inégalité d'accès aux soins de santé primaires, secondaires et tertiaires au sein des communautés. Parmi les obstacles à l'accès équitable aux soins, on peut citer les frais payés individuellement et la distance des établissements de santé, ainsi que la disponibilité et la qualité des services dans différents types d'établissements.

Les chapitres antérieurs du présent rapport se sont intéressés aux services WASH aux échelons national, régional et mondial.

⁶³ Organisation mondiale de la Santé, Organisation de coopération et de développement économiques, et Banque mondiale, *La qualité des services de santé. Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle*, OMS, OCDE et Banque mondiale, Genève, 2018. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/service-delivery/safety/quality-report/publication/en>.

⁶⁴ Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, OMS, Genève, 1946. Disponible à l'adresse suivante : <<https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>>.

⁶⁵ Commission des déterminants sociaux de la santé, *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*, rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, OMS, Genève, 2008. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/>.

⁶⁶ Voir par exemple : Organisation mondiale de la Santé, *Monitoring Health Inequality: An essential step for achieving health equity*, OMS, Genève, 2015. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/133849/WHO_FWC_GER_2014.1_eng.pdf>.



Si les statistiques agrégées de ce type sont utiles pour effectuer un suivi mondial et une comparaison entre pays, elles masquent toutefois les inégalités d'accès au sein des pays. Celles-ci peuvent être examinées en ventilant les services WASH selon différentes dimensions de l'inégalité (ou « facteurs de stratification ») et en soulignant les lacunes dans les services. Une évaluation individuelle d'un établissement peut permettre de recueillir une variété d'informations qui pourraient servir à ventiler les indicateurs relatifs à différents services. Toutefois, ces facteurs de stratification ne concordent pas toujours d'une étude à l'autre, même au sein d'un seul pays. Le présent rapport met l'accent sur trois facteurs de stratification de haut niveau qui figurent dans de nombreuses évaluations :

- Type d'établissements de santé.** Il existe une grande diversité d'établissements de santé, allant des hôpitaux de formation avancés disposant de milliers d'employés qui exécutent des procédures complexes aux cliniques ambulatoires rurales comptant un ou deux employés à la formation et aux ressources minimales. Selon le type d'établissements, l'offre de services de santé varie, et la couverture des services WASH et d'autres services de base peut sensiblement différer par type d'établissement. Les évaluations et systèmes de suivi nationaux n'ont pas recours à une classification uniforme des types d'établissements, mais nombre d'entre eux enregistrent si les établissements évalués sont des hôpitaux ou non. En conséquence, le JMP a produit des estimations distinctes pour les hôpitaux et les autres types d'établissements, classés comme des établissements non hospitaliers.
- Autorité de gestion.** Dans la majorité des pays, les services de santé sont fournis par un mélange d'établissements

de santé publics (par exemple, les hôpitaux, les cliniques et les centres de santé publics) et privés. Ces derniers peuvent comprendre les établissements gérés par des entreprises privées à but lucratif, des fournisseurs à but non lucratif (notamment des organisations confessionnelles) et des prestataires de soins de santé individuels. Certaines évaluations ne recueillent que des informations sur les établissements publics, alors que d'autres ciblent différents types d'établissements privés. Un nombre relativement faible de pays disposent d'une base de données unique couvrant l'ensemble des autorités de gestion des établissements de santé.

- Géographie.** La répartition des établissements de santé n'est pas égale au sein des pays, et les établissements présents dans les régions reculées sont plus susceptibles de manquer de services de base. La plupart des évaluations enregistrent l'emplacement des établissements de santé par région infranationale, par district ou par toute autre unité administrative. Bien que les données relatives aux régions infranationales soient importantes à des fins de planification nationale, elles ne peuvent pas être facilement agrégées aux échelles régionale et mondiale. Certaines évaluations notent si les établissements de santé sont situés dans des régions urbaines ou rurales, ce qui constitue une distinction plus pertinente pour des analyses régionales et mondiales.

En règle générale, moins de pays disposent de données ventilées pour les services WASH que de données nationales pour l'ensemble des différents domaines de services (Figure 76). Par exemple, alors que 38 pays possèdent des données sur les services de base d'approvisionnement en eau à l'échelle nationale, la moitié (19) disposent de données pour les régions urbaines et rurales.

De nombreux pays ne disposaient pas de données ventilées pour les services WASH de base

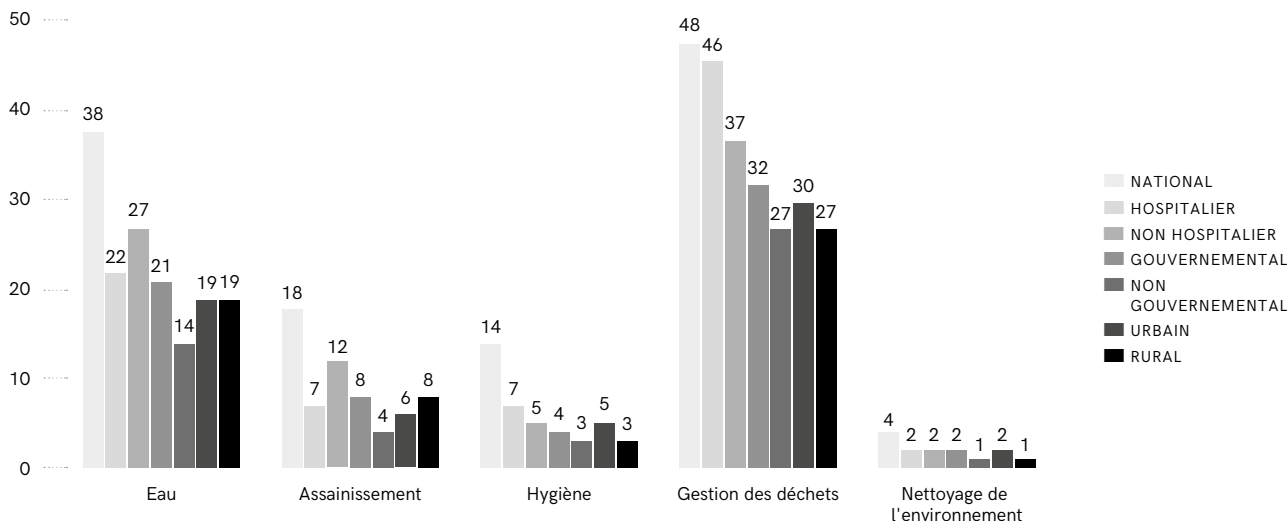


FIGURE 76 Nombre de pays disposant de données nationales ventilées sur les services WASH de base, 2016

Les pays sont plus susceptibles d'avoir des données ventilées sur des éléments individuels des indicateurs de services de base que sur ces indicateurs eux-mêmes, mais seuls quelques éléments individuels disposent de données ventilées suffisantes pour pouvoir établir des estimations mondiales (Tableau 7). Par ailleurs, la distribution inégale des données complique l'analyse des inégalités aux échelles régionale et mondiale, car les pays contribuant aux estimations mondiales peuvent différer d'une statistique à l'autre. Le Tableau 7 montre que, dans le monde, 90 % des hôpitaux et 54 % des établissements non hospitaliers sont pourvus d'installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins. Ces deux statistiques s'appuient sur des données provenant de 35 à 38 % de la population mondiale. Cependant, les données hospitalières sont fortement influencées par l'Inde, qui ne disposait pas de données comparables sur les établissements non hospitaliers, alors que l'estimation ayant trait à ces derniers reflète l'influence des données de la Chine, qui manquait de données comparables pour les hôpitaux. Il convient donc de faire preuve de prudence lors de la comparaison de statistiques agrégées.

Une analyse plus solide peut être réalisée en comparant des estimations associées pour les pays disposant de données relatives aux deux types d'établissements. La Figure 77 illustre le fait que, dans la plupart des pays possédant des données, les établissements de santé dépourvus de services d'approvisionnement en eau et d'assainissement se

INDICATEUR MONDIAL	MEILLEURE SITUATION	PIRE SITUATION
Pas de services d'approvisionnement en eau	Milieu hospitalier : 4 %	Milieu non hospitalier : 11 %
Pas de services d'approvisionnement en eau	Secteur privé : 6 %*	Secteur public : 12 %
Pas de services d'approvisionnement en eau	Milieu urbain : 5 %	Milieu rural : 15 %
Pas de services d'assainissement	Milieu hospitalier : 9 %	Milieu non hospitalier : 20 %
Pas de services d'assainissement	Secteur public : 16 %	Secteur privé : 36 %
Hygiène des mains aux points de prestation de soins	Milieu hospitalier : 90 %	Milieu non hospitalier : 54 %
Tri des déchets	Milieu hospitalier : 75 %	Milieu non hospitalier : 60 %

* Données de 2015 : données insuffisantes pour effectuer une estimation mondiale pour l'année 2016.

TABLEAU 7 Estimations mondiales ventilées des éléments de services WASH en 2016

Les services d'eau et d'assainissement sont plus susceptibles de faire défaut dans les zones rurales, dans les établissements non hospitaliers et dans les établissements de santé publics

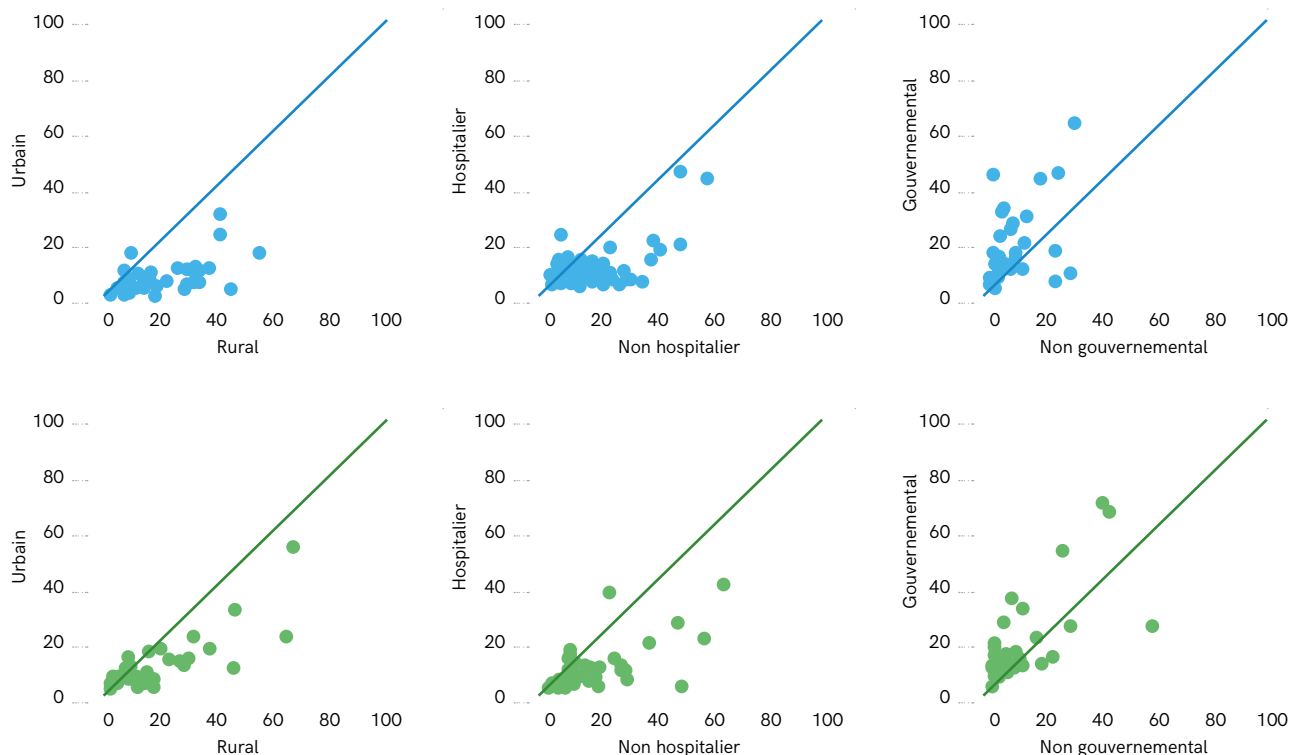


FIGURE 77 Proportion d'établissements de santé dépourvus de services d'approvisionnement en eau ou d'assainissement en 2016, par facteur de stratification de l'inégalité (en %)



trouveront plus fréquemment dans les régions rurales, et que, contrairement aux établissements non hospitaliers, les hôpitaux sont moins susceptibles de ne disposer d'aucun service. Les établissements publics auront légèrement plus tendance à ne posséder aucun service d'approvisionnement en eau ou d'assainissement que les établissements privés, mais ce facteur de stratification varie sensiblement d'un pays à l'autre. Cela peut s'expliquer, en partie, par les différences au sein des établissements privés, lesquels pourraient inclure aussi bien des petites cliniques communautaires que de grands hôpitaux privés.

Les données relatives au type de source d'eau et à son emplacement, ainsi qu'à l'accessibilité de l'eau à partir de celle-ci, ont généralement diverses origines, mais le JMP utilise l'ensemble des données nationales disponibles pour

établir des estimations (voir l'annexe 1 : Méthodologie du JMP). Dans certains cas, toutes les informations nécessaires au calcul de la couverture des services de base sont accessibles auprès d'une seule source de données (Figure 78). L'ECSS de 2017 a révélé que si la quasi-totalité des établissements de santé au Sénégal (> 98 %) disposaient d'une certaine forme d'installations d'approvisionnement en eau et que l'utilisation de sources d'eau améliorées était élevée (> 85 %) dans l'ensemble des établissements, la couverture des services de base d'approvisionnement en eau était sensiblement inférieure dans les régions rurales par rapport aux milieux urbains. Par ailleurs, les établissements non hospitaliers et les établissements publics présentaient une couverture des services de base plus faible, car, même lorsqu'ils bénéficiaient d'un approvisionnement en eau amélioré, l'eau n'était pas toujours disponible au moment de l'évaluation.

Les services de base d'approvisionnement en eau dans les établissements de santé peuvent sensiblement varier selon le type d'établissement

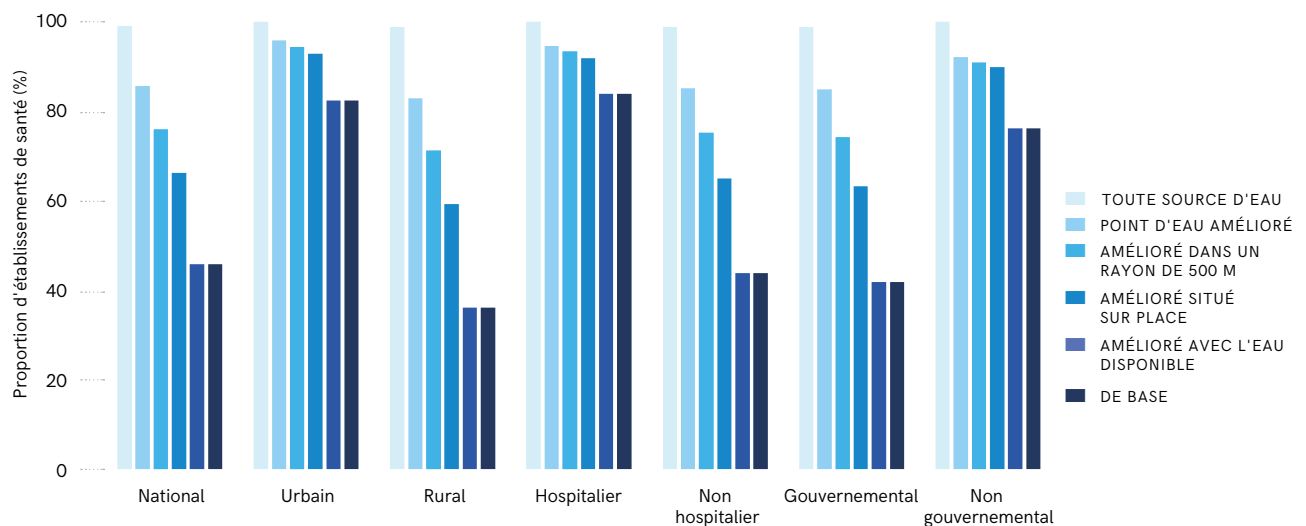


FIGURE 78 Les services d'approvisionnement en eau au Sénégal, Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECSS), 2017 (en %)

Type d'établissement

Il n'existe pas de système universel de classification décrivant les différents types d'établissements qui composent un système de santé national. En revanche, une typologie générale des services a été établie, laquelle comprend les soins primaires, secondaires et tertiaires. Dans ce cadre, les services de soins de santé secondaires et tertiaires sont généralement, bien que pas systématiquement, fournis dans des hôpitaux à la suite de l'envoi d'un patient par un professionnel de santé primaire.

Les hôpitaux sont de grands établissements de santé offrant un vaste éventail de soins aux patients internes et externes. Les définitions de ce qui constitue un hôpital varient d'un pays à l'autre, et chacun dispose normalement d'une grande diversité d'hôpitaux assurant plusieurs fonctions différentes (Tableau 8). Le nombre de lits disponibles pour les services d'hospitalisation est une caractéristique qui distingue les types d'hôpitaux.

Les soins de santé primaires peuvent être prodigués dans les hôpitaux, mais, dans de nombreux cas, le premier point de contact du patient avec le système de santé s'effectue dans un établissement de soins de santé de plus petite taille. Un vaste éventail d'établissements, hormis les hôpitaux, peuvent fournir des soins primaires, mais il n'existe pas d'ensemble de termes uniforme pour décrire ces différentes institutions. Souvent, ces établissements de santé de plus petite envergure, que l'on peut trouver dans les zones rurales, périurbaines ou urbaines, proposent des soins ambulatoires mais pas de soins d'hospitalisation. Les termes suivants sont les plus couramment employés pour désigner les établissements autres que les hôpitaux :

- centre de santé, centre de santé primaire, centre de santé communautaire ;
- clinique, polyclinique ;
- poste sanitaire ;
- unité sanitaire de base ;

- infirmerie ;
- dispensaire ;
- clinique spécialisée (par exemple, clinique dentaire, clinique de santé mentale) ;
- cabinet de médecin ;
- clinique mobile (par exemple, pour la vaccination).

Lorsque les données le permettent, le JMP regroupe l'ensemble des établissements de santé qui ne sont pas classés comme des hôpitaux au sein des établissements non hospitaliers à des fins d'analyse globale, en excluant les établissements de très petite taille (par exemple, les dispensaires, les cabinets de médecin, les cliniques mobiles) ainsi que les cliniques spécialisées. Étant donné que les pays comptent toujours bien plus d'établissements non hospitaliers que d'hôpitaux, les statistiques nationales pour l'ensemble des établissements de santé sont fortement influencées par la situation des établissements non hospitaliers en matière d'WASH.

De nombreux pays disposent de données ventilées sur différents services WASH pour les hôpitaux et les établissements non hospitaliers. En règle générale, les hôpitaux disposent de meilleurs services, et, dans certains cas, d'importants écarts sont observés (Figure 79). Par exemple, en République démocratique du Congo, la couverture de l'hygiène aux points de prestation de soins et les services de base de gestion des déchets étaient supérieurs de plus de 20 points de pourcentage dans les hôpitaux que dans les établissements non hospitaliers ; l'approvisionnement en eau sur place et l'assainissement améliorés y étaient également plus élevés de 40 points de pourcentage. Au Burkina Faso, 86 % des hôpitaux, mais seulement 32 % des autres établissements de santé, disposaient de services de base de gestion des déchets. Au Bangladesh et au Zimbabwe, les écarts entre les hôpitaux et les établissements non hospitaliers étaient nettement plus faibles. Dans un petit nombre de cas (par exemple, au Libéria et au Ghana), la couverture de certains services WASH était plus élevée dans les établissements non hospitaliers que dans les hôpitaux.

TYPE D'ÉTABLISSEMENT	DESCRIPTION	TERMES ASSOCIÉS
Hôpital de niveau tertiaire	Personnel et équipement technique hautement spécialisés - par exemple, présence d'unités de cardiologie, de soins intensifs et d'imagerie spécialisée ; services cliniques hautement différenciés par fonction ; possibilité d'activités d'enseignement ; taille oscillant entre 300 et 1 500 lits	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital national • Hôpital central • Hôpital d'enseignement ou centre hospitalier universitaire
Hôpital de niveau secondaire	Hautement différencié par fonction avec cinq à dix spécialités cliniques ; tailles oscillant entre 200 et 800 lits	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital régional • Hôpital provincial • Hôpital général
Hôpital de niveau primaire	Peu de spécialités - principalement de la médecine interne, de l'obstétrique et de la gynécologie, de la pédiatrie et de la chirurgie générale, ou seulement de la médecine générale ; services de laboratoire limités disponibles pour des analyses pathologiques générales mais pas spécialisées	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital de district • Hôpital rural • Hôpital communautaire • Hôpital général

TABLEAU 8 Descriptions et termes relatifs aux différents types d'hôpitaux⁶⁷

⁶⁷ Jamison, DT et al., dir., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, deuxième édition, chapitre 66 « Referral hospitals », Banque internationale pour la reconstruction et le développement et Banque mondiale, Washington D.C., et Oxford University Press, New York, 2006. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.who.int/management/referralhospitals.pdf>.

Les données ventilées révèlent des disparités entre les hôpitaux et les autres établissements de santé

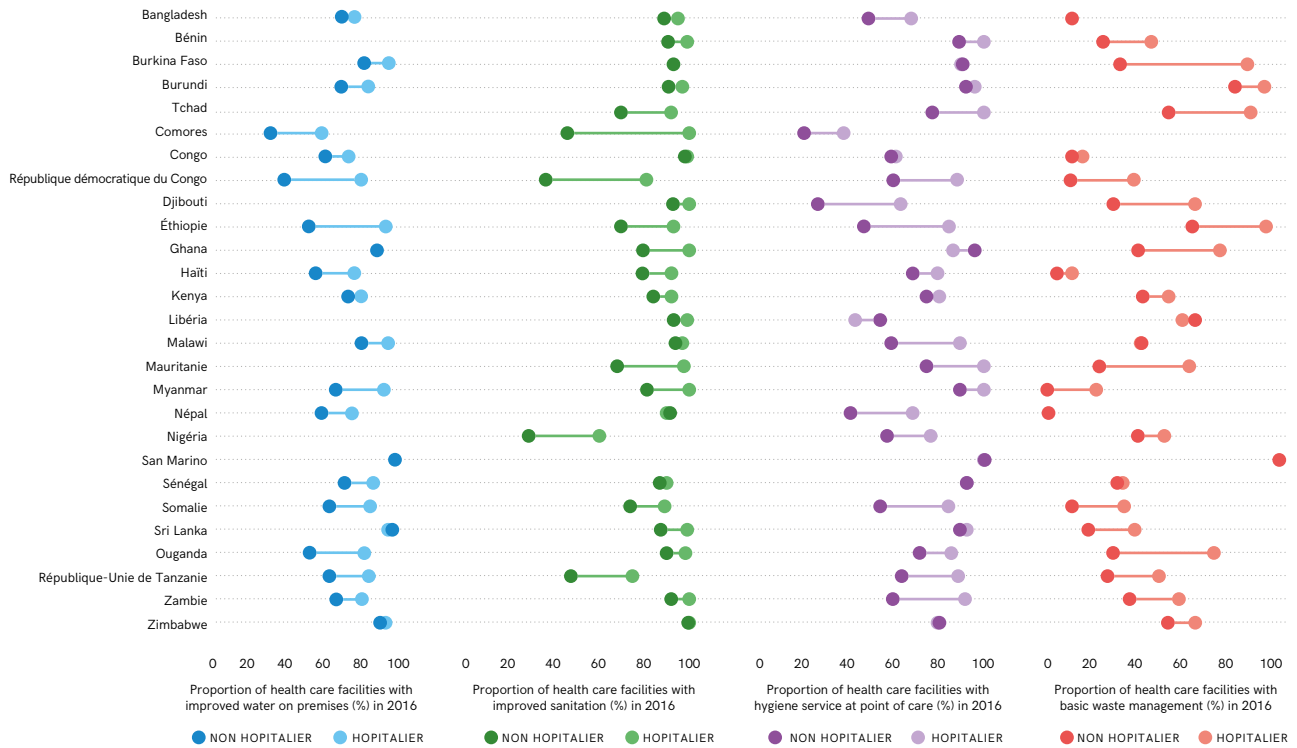


FIGURE 79 Proportion d'établissements de santé disposant d'un approvisionnement en eau sur place et d'un assainissement améliorés, d'installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins, et de services de base de gestion des déchets, 2016 (en %)

Ces écarts peuvent entraver la capacité des agents de santé des établissements de plus petite taille à fournir des soins de qualité. Par exemple, en République centrafricaine, le personnel de 62 % des centres de santé et de 86 % des postes sanitaires devait collecter de l'eau à partir de sources situées à l'extérieur de l'établissement, une situation qui ne concernait que 26 % des hôpitaux (Figure 80). Il a été rapporté que la corvée d'eau prenait plus de 30 minutes dans chaque direction pour 10 % des hôpitaux, 9 % des centres de santé et 13 % des postes sanitaires. D'importants écarts ont également été constatés au Cambodge où 80 % des hôpitaux étaient nettoyés avec du détergent au moins une fois par jour contre 48 % des autres établissements de santé (Figure 81). Alors qu'aucun hôpital ne faisait état d'un nettoyage moins fréquent que tous les deux jours, 12 % des autres établissements de santé procédaient à un nettoyage avec du détergent seulement une fois par semaine.

Au sein des catégories générales d'hôpitaux et d'établissements non hospitaliers, d'importantes différences peuvent également apparaître en matière de services et d'infrastructures WASH (Figure 83). Au Népal, différents types d'hôpitaux présentaient entre 67 % et 100 % de couverture avec un raccordement au réseau d'égouts ou des fosses septiques, alors que la couverture de l'eau courante dans les établissements non hospitaliers oscillait entre 43 % au sein des postes sanitaires secondaires et 71 % dans les sites de dépistage et de consultation en matière de VIH.

En République centrafricaine, le personnel travaillant dans des établissements non hospitaliers consacre plus de temps à la corvée d'eau

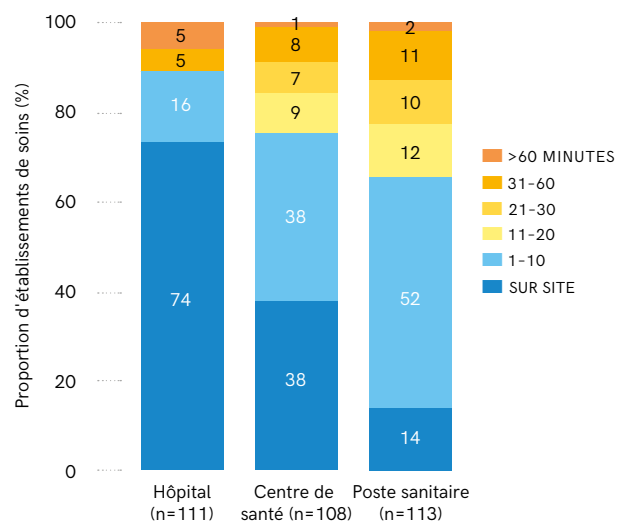


FIGURE 80 Durée du trajet vers la source d'eau (en minutes) en République centrafricaine (enquête de référence auprès des établissements de santé, 2016) (en %)

Les hôpitaux sont nettoyés plus fréquemment que les autres établissements de santé au Cambodge.

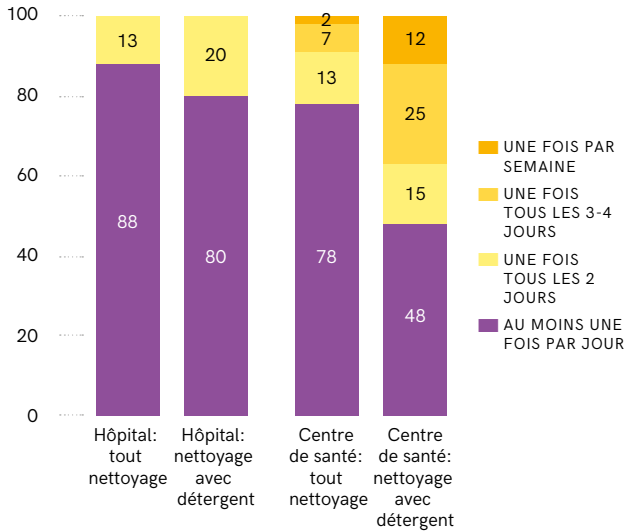


FIGURE 81 Fréquence de nettoyage des centres de santé et des hôpitaux au Cambodge (Institut national de la santé publique, 2016)

Autorité de gestion

En général, les gouvernements gèrent directement les établissements de santé, que ce soit par l'intermédiaire d'institutions centrales ou d'institutions relevant de l'administration locale. Les établissements privés peuvent être dirigés par des entreprises privées à but lucratif, des fournisseurs à but non lucratif (notamment des organisations confessionnelles) et des prestataires de soins de santé individuels tels que des médecins privés.

Dans quelques pays, et pour certains indicateurs, la couverture était plus élevée dans les établissements publics, mais le contraire s'observe dans d'autres cas. Dans le monde, deux fois plus d'établissements publics (12 %) ne disposaient d'aucun service d'approvisionnement en eau par rapport aux établissements privés (6 %),⁶⁸ mais on constatait l'inverse au Bénin, au Ghana et au Kenya (Figure 83). De même, les établissements privés y étaient deux fois plus susceptibles que les établissements publics de n'être pourvus d'aucun service d'assainissement (36 % contre 16 %, respectivement) ; néanmoins, cette absence de service concernait également les établissements publics de 16 des 27 pays pour lesquels des données étaient disponibles. D'après la Figure 83,

L'accès à l'eau courante et au raccordement à un réseau d'égouts ou à des fosses septiques varie sensiblement parmi les hôpitaux et les établissements non hospitaliers au Népal

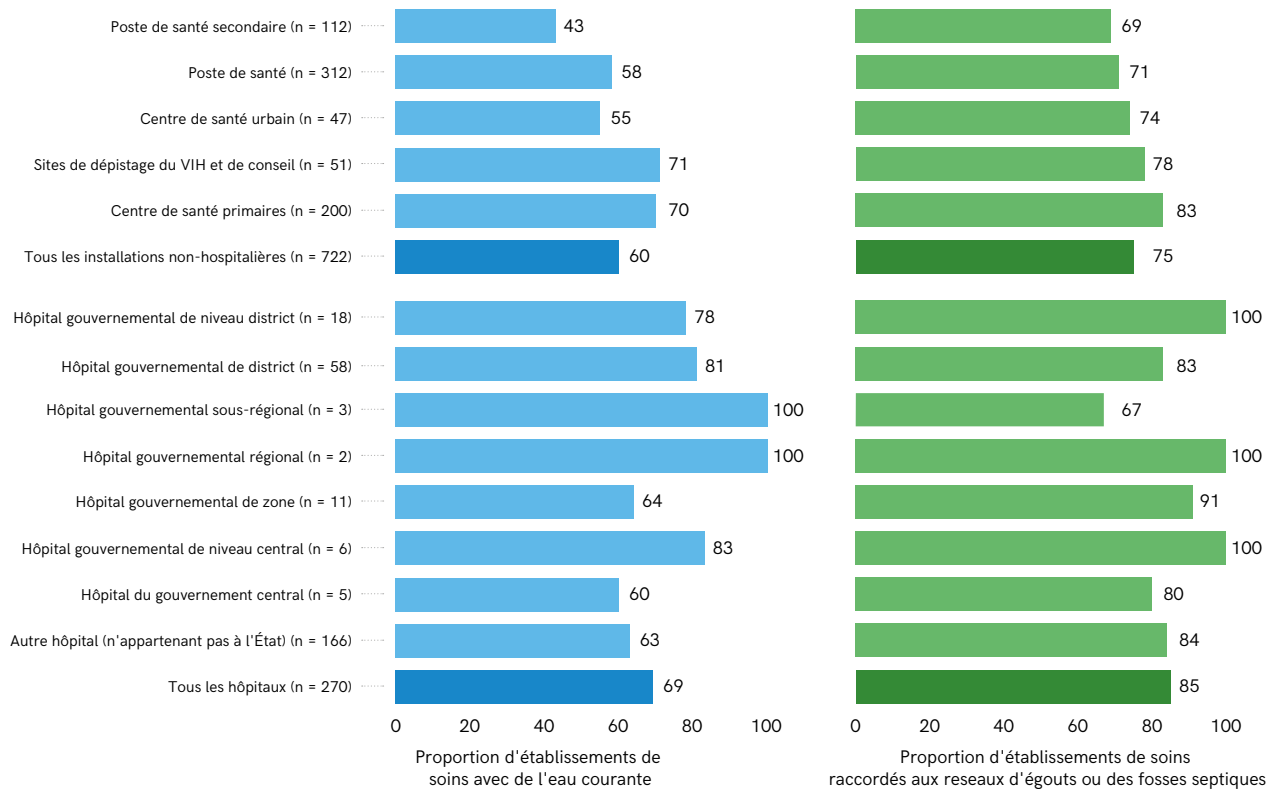


FIGURE 82 Proportion d'établissements de santé au Népal disposant de l'eau courante et d'un raccordement au réseau d'égouts ou de fosses septiques, par type d'établissement (évaluation des prestations de services, 2015) (en %)

⁶⁸ Dans le monde, 6 % des établissements de santé privés n'avaient aucun service d'approvisionnement en eau en 2015. Le nombre trop faible de données disponibles ne permettait pas d'effectuer une estimation mondiale pour l'année 2016.

aucune tendance ne se dessine d'un pays à l'autre entre les établissements publics et privés. De la même façon, la Figure 84 montre que dans six pays disposant de données

comparables, la couverture en matière d'assainissement amélioré ne présentait pas de tendance uniforme entre les différents types d'autorités de gestion privées.

Aucune tendance claire ne se dessine concernant les services WASH par autorité de gestion des établissements de santé

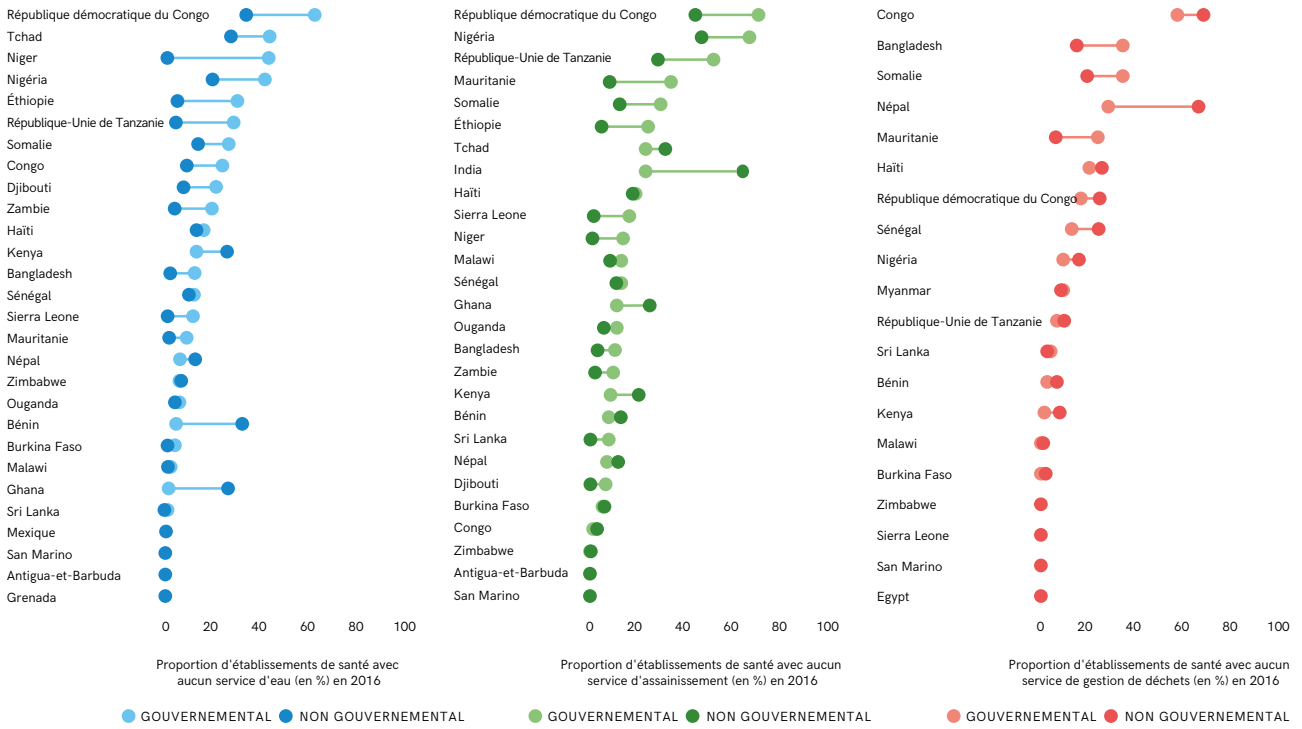


FIGURE 83 Proportion d'établissements de santé dépourvus de services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de gestion des déchets, par autorité de gestion, 2016 (en %)



Aucune tendance claire ne se dessine par type d'établissement de soins de santé privé

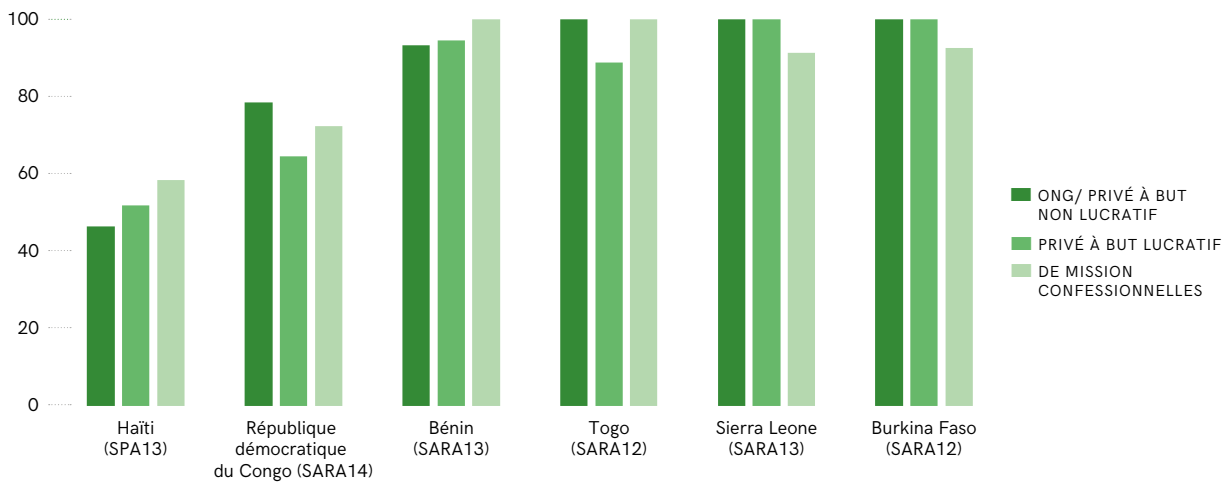


FIGURE 84 Proportion d'établissements de santé disposant d'un assainissement amélioré, parmi les autorités de gestion privées (en %)

Les services WASH sont généralement plus présents dans les établissements de santé situés dans les zones urbaines



FIGURE 85 Proportion d'établissements de santé dépourvus de services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de gestion des déchets, par emplacement urbain et rural, en 2016 (en %)

Géographie

L'emplacement géographique constitue un important facteur d'inégalité, et les populations vivant dans les régions rurales ou reculées éprouvent souvent des difficultés à accéder à des soins de santé de qualité, en particulier au-delà des soins primaires. De nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire abritent d'importantes populations rurales et peuvent compter de très nombreux établissements de santé de petite envergure. En pareil cas, les statistiques nationales sont dominées par les

établissements ruraux. Dans la majorité des pays pour lesquels des données ventilées sont disponibles, les établissements de santé ruraux présentent toujours des services WASH de moins bonne qualité que les établissements urbains (Figure 85). Les disparités les plus importantes s'observent en République démocratique du Congo, où l'on a constaté un écart de 50 points de pourcentage pour l'absence de services d'assainissement, et au Niger, où 47 % des établissements de santé ruraux mais seulement 2 % des établissements urbains ne disposaient d'aucun service d'approvisionnement en eau.

En Tunisie, les services WASH dans les établissements de santé varient selon les régions

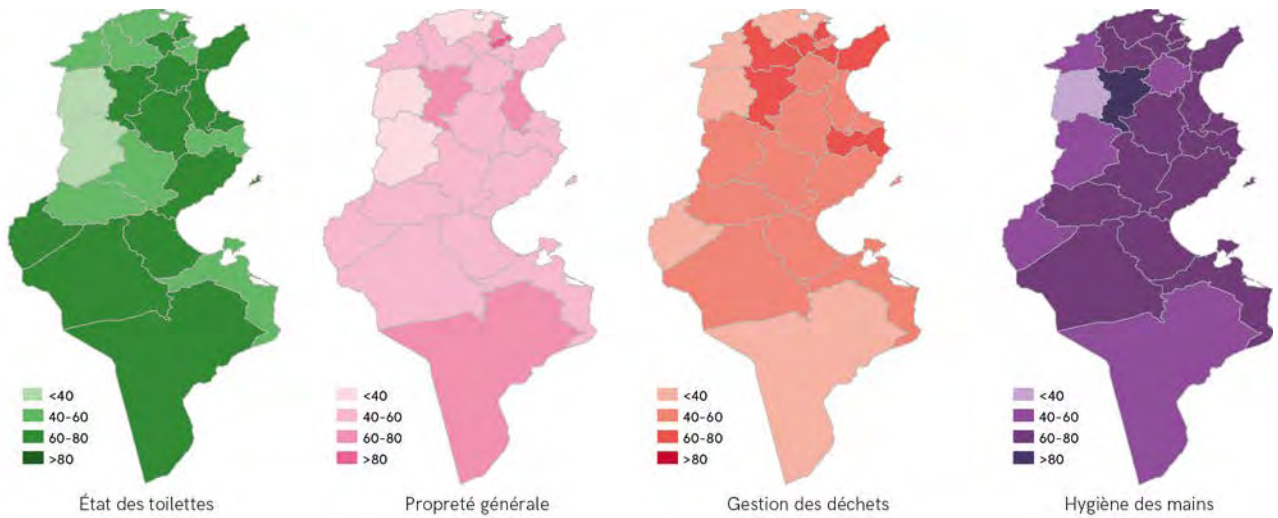


FIGURE 86 Les services WASH dans les établissements de santé en Tunisie, par région (2017)

La qualité de l'eau dans les établissements de santé au Liban varie sensiblement d'un directorat à l'autre

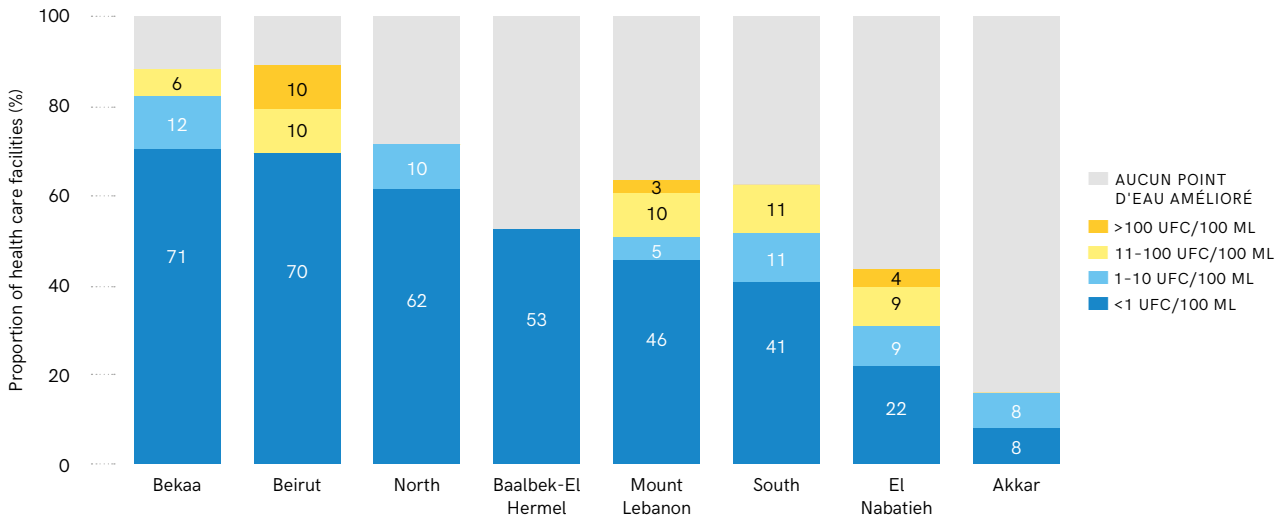


FIGURE 87 Présence d'*Escherichia coli* dans les points d'eau améliorés des centres de santé publique au Liban⁶⁹ (2016, n = 166) (en %)

De nombreuses évaluations d'établissements permettent une ventilation des données par région infranationale (par exemple, les États ou les districts), ce qui peut mettre en évidence les disparités régionales. La Figure 86 montre qu'en Tunisie, les établissements de santé de la région la plus méridionale de Tataouine présentaient de meilleures conditions s'agissant des toilettes et de la propreté générale, mais une hygiène des mains et une gestion des déchets relativement plus faibles, par rapport aux régions voisines⁷⁰.

D'après une évaluation nationale de 2017 portant sur les services WASH dans les centres de santé publique du Liban, plus de 70 % des établissements de santé du gouvernorat de la Bekaa recevaient de l'eau depuis une source améliorée exempte d'*Escherichia coli*. À l'inverse, dans le gouvernorat du Akkar, 85 % des établissements de santé ne disposaient d'aucun point d'eau amélioré, et l'eau était contaminée par l'*Escherichia coli* dans la moitié des établissements qui ont pu être évalués (Figure 87).

⁶⁹ Sustainable Alternatives, *WASH in Public Health Centres in Lebanon*, rapport final d'évaluation soumis à l'UNICEF en février 2018.

⁷⁰ Ministère de la santé, *Évaluation de l'état de l'hygiène des centres de santé de base et des unités de soins hospitaliers*, République de Tunisie, Tunis, 2017. Disponible à l'adresse suivante : <winhcf.org>. La qualité des services dans chaque domaine a été évaluée à l'aide d'une liste de vérification qui comprenait entre 5 et 15 critères par domaine.

ENCADRÉ 7 États fragiles

La demande de soins de santé est souvent plus forte en période de conflit, de violence et d'instabilité, bien que ces mêmes circonstances puissent perturber les services WASH et autres nécessaires à la fourniture de soins de qualité. Le Groupe Fragilité, conflits et violence de la Banque mondiale⁷¹ classe 19 des 51 pays de la région ODD d'Afrique subsaharienne comme étant en situation de fragilité.

La Figure 88 montre que les services WASH dans les établissements de santé d'Afrique subsaharienne sont constamment plus faibles dans les États fragiles que dans les États non fragiles. La Figure 89 indique, quant à elle, que dans certaines des régions les plus touchées par le récent conflit ayant éclaté en République arabe syrienne, moins du quart des centres de santé disposaient de sources approvisionnement en eau en état de marche en 2017.

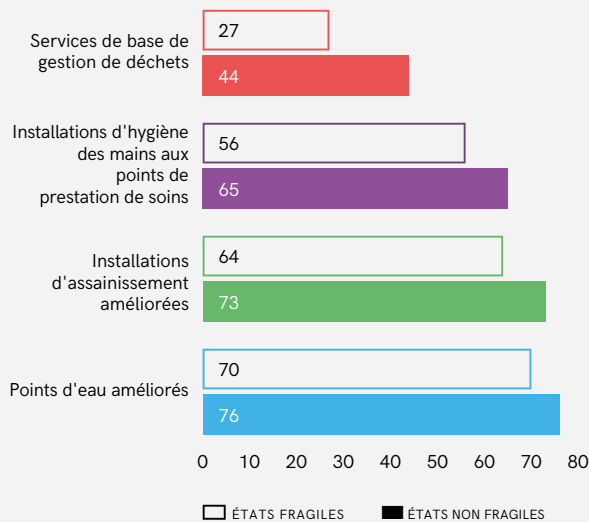


FIGURE 88 Les services WASH dans les établissements de santé des États fragiles et d'autres États d'Afrique subsaharienne, 2016 (en %)

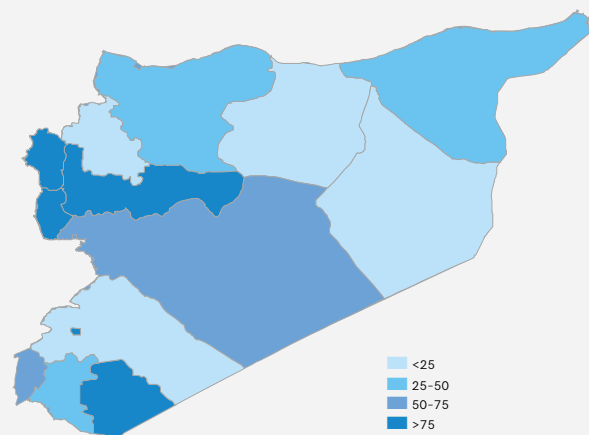


FIGURE 89 Sources d'approvisionnement en eau en état de marche dans les hôpitaux syriens (systèmes de cartographie de la disponibilité de ressources d'urgence sanitaire (HeRAMS)/rapport annuel sur les hôpitaux publics, 2017) (en %)

⁷¹ Banque mondiale, « Fragilité, conflits et violence », Banque mondiale, 2019. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence>, consulté le 13 mars 2019.

Accès universel aux services WASH dans les foyers et les établissements de santé

Les services WASH sont généralement de meilleure qualité dans les établissements de santé que dans les foyers. Dans les deux

tiers des pays (66 %) disposant de données comparables, les établissements de santé étaient plus susceptibles que les foyers d'être pourvus de sources d'eau améliorées. Dans 84 % des pays, l'assainissement amélioré était plus élevé dans les établissements de santé (Figure 90). Dans 85 % des pays, les établissements de

Les établissements de santé ont tendance à disposer de meilleurs services WASH que les foyers

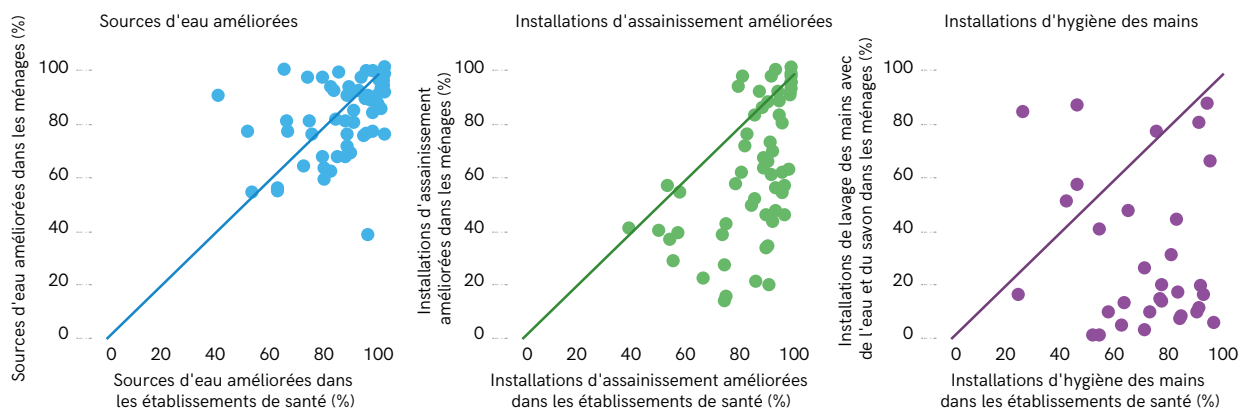


FIGURE 90 Les services WASH dans les établissements de santé et les foyers (2015), dans les pays pour lesquels des données étaient disponibles pour ces deux milieux (en %)

santé étaient plus susceptibles d'avoir du matériel pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins que les foyers d'avoir des installations de lavage des mains équipées d'eau et de savon. À mesure que l'on disposera de données en plus grande quantité

et de meilleure qualité, il sera possible d'effectuer des analyses plus approfondies des chevauchements entre les inégalités d'accès aux services WASH dans les foyers, les écoles, les établissements de santé et d'autres milieux.

ENCADRÉ 8 WASH et naissances

Dans le monde, la proportion de femmes donnant naissance dans des établissements de santé a considérablement augmenté. Alors qu'en 2000, à l'échelle mondiale, seulement la moitié (51 %) des femmes accouchaient dans un établissement de soins de santé, en 2017, cela concernait les trois quarts (76 %) des femmes. Dans de nombreux pays, le passage des accouchements à domicile aux accouchements dans des établissements de santé a constitué un objectif stratégique du secteur de la santé en vue d'améliorer les résultats en matière d'accouchement et la qualité des soins maternels et néonataux.

On estime que, dans le monde, une naissance sur cinq a lieu dans un pays parmi les moins avancés, et que, chaque année, 17 millions de femmes dans ces pays accouchent dans des établissements de santé présentant un manque en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène. Dans les pays les moins avancés, les services de base d'approvisionnement en eau étaient tout aussi susceptibles d'être disponibles à domicile que dans les établissements de santé (62 % contre 55 %). Les femmes avaient cependant tendance à manquer d'installations d'hygiène et d'assainissement chez elles. Des installations de lavage des mains étaient disponibles aux points de prestation de soins dans les deux tiers des établissements de santé de ces pays, mais seulement 27 % des habitants possédaient une installation de ce type équipée d'eau et de savon au sein de leur foyer.

Les salles d'accouchement nécessitent des services WASH adaptés afin de garantir un accouchement en toute sécurité et en toute dignité, et de minimiser les risques d'infections, notamment le

sepsis, l'une des principales causes de décès chez les mères et les nouveau-nés. Le JMP de l'OMS/UNICEF a sollicité un groupe d'experts pour l'élaboration de questions de base et d'indicateurs. Ces éléments seront utilisés à des fins de suivi de l'WASH et des mesures connexes de lutte et de prévention contre les infections dans les salles d'accouchements. Il est recommandé d'avoir recours à ces questions dans le cadre d'évaluations des établissements de santé, lesquelles comprennent des visites dans les départements au sein desquels différents services sont proposés, ainsi que dans le cadre d'enquêtes spécifiques aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Les services WASH de base propres à une salle d'accouchement sont les suivants : de l'eau courante, une toilette utilisable accessible aux femmes pendant le travail, des installations de lavage des mains, un équipement stérile, une douche ou une baignoire réservée aux femmes, un système de tri des déchets et d'élimination des placentas, ainsi que des protocoles et une formation en matière de nettoyage de la salle d'accouchement. Les mesures connexes de prévention et de lutte contre les infections comprennent le recours aux dispositifs suivants : des gants stériles, un dispositif d'attache de type cordelette et une lame pour couper le cordon ombilical, ainsi qu'une surface ou une installation propre où les femmes peuvent accoucher (ou une « trousse d'obstétrique propre »).

Des évaluations de l'état des salles d'accouchement sont disponibles auprès de plusieurs pays. Elles montrent que de nombreuses femmes sont exposées à des risques en raison du manque de services WASH et de mesures de prévention et de lutte contre les infections dans les salles d'accouchement (Figure 91).

Les mesures de prévention et de lutte contre les infections et les services WASH essentiels font souvent défaut dans les salles d'accouchement

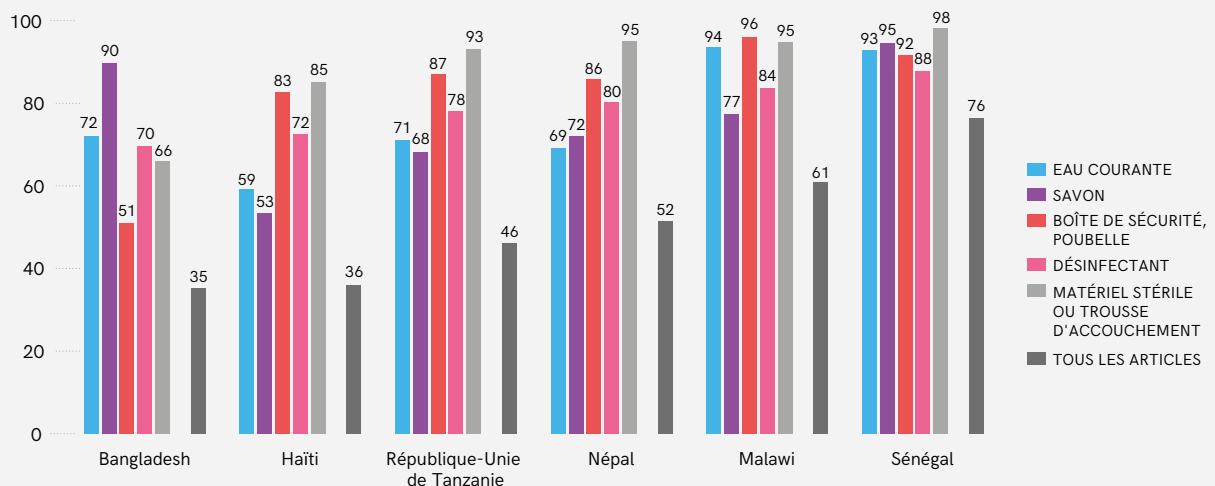


FIGURE 91 Proportion d'établissements de santé au sein desquels des services WASH et des mesures de prévention et de lutte contre les infections ont été observés dans la salle d'accouchement, évaluations des prestations de services (2013-2017) (en %)

ANNEXES





Depuis sa création en 1990, le JMP a joué un rôle déterminant dans l'élaboration des normes et standards relatifs à l'évaluation et la comparaison des avancées des différents pays en matière d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène ; il réunit régulièrement des groupes d'experts pour dispenser des conseils techniques sur les questions méthodologiques. Le JMP utilise un modèle de régression linéaire pour générer des **estimations** pour toutes les années comprises dans la période de référence, plutôt que de simplement se reporter à une seule source de données. La méthodologie utilisée pour élaborer les estimations concernant les services WASH dans les établissements de santé s'appuie sur des méthodes éprouvées, développées par le JMP pour suivre les services WASH au sein des foyers⁷² et des écoles.

Identification des sources de données à l'échelle nationale

Toutes les données utilisées pour établir des estimations proviennent de sources de données nationales. Dans le cadre de l'élaboration du présent rapport, le JMP a identifié plus de 500 sources potentielles de données. Les données ne pouvaient pas être utilisées dans certains cas, comme suit : lorsqu'elles n'étaient pas représentatives à l'échelle nationale ; lorsqu'elles ne comprenaient pas d'informations pertinentes en matière d'WASH ; lorsqu'elles étaient trop anciennes (les données antérieures à 2000 n'étaient pas recueillies) ; ou lorsqu'un rapport complet ou un fichier de microdonnées ne pouvaient pas être localisés. Au total, les informations sur l'WASH ont été extraites de 260 sources de données provenant de 125 pays différents (Figure 1-1).

Extraction et classification des données

Les données ont été extraites de ces sources et associées aux indicateurs mondiaux relatifs aux échelles de service pour l'approvisionnement en eau, l'assainissement, l'hygiène, la gestion des déchets et le nettoyage de l'environnement. Les données ont été relativement bien réparties entre les domaines de services de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement, de l'hygiène et de la gestion des déchets, avec environ 200 sources de données pour chaque domaine (mais nettement moins dans le cas du nettoyage de l'environnement, qui ne comptait que 21 sources de données) (Figure 1-2).

Certaines sources de données n'ont pas pu être utilisées dans l'élaboration des estimations, pour plusieurs raisons décrites ci-après :

- d'après les autorités nationales, les données n'étaient pas fiables ou utilisables ;
- la classification des données reposait sur quelques catégories génériques non alignées sur celles du JMP ;
- les données n'étaient pas représentatives de la catégorie cible d'établissements de santé (établissement national, hôpital, établissement non hospitalier, établissement public, établissement privé, établissement urbain ou établissement rural) ;
- les données étaient représentatives, mais le nombre d'établissements de santé était trop faible ; les données étaient exclues lorsque moins de 50 établissements de santé étaient évalués, à l'exception des petits pays pour lesquels les données étaient exclues si moins de 30 % de l'ensemble des établissements de santé avaient fait l'objet d'une évaluation ;
- les données étaient sensiblement différentes à d'autres points de données d'une même période.

Au total, 217 des 260 sources de données ont été utilisées pour au moins certains des indicateurs WASH (Figure 1-2).

Le nombre d'établissements évalués dans le cadre de ces sources de données oscillait entre un à près de 100 000. Dans l'ensemble, les 260 sources de données ont été constituées auprès de 560 000 établissements de santé, et les 217 sources de données utilisées pour réaliser les estimations couvraient 550 000 établissements (Figure 1-3). Dans certains cas, il se peut que les mêmes établissements de santé aient été évalués plusieurs fois sur différentes années.

En matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement, le JMP distingue les installations améliorées des installations non améliorées. Les sources d'eau améliorées sont celles qui, par la nature de leur conception et construction, ont le potentiel de fournir de l'eau potable, alors que les installations d'assainissement améliorées sont celles conçues pour empêcher de façon hygiénique le contact des populations avec les excréta⁷³.

Si des sources de données ont distingué les établissements de santé selon leur emplacement en milieu urbain ou rural, ces classifications ont été utilisées sans aucune modification. De même, si un établissement a été désigné comme étant un « hôpital » de quelque type que ce soit, il a été classé en tant que tel lors de l'extraction des données. Dans certaines sources de données, les établissements ont été classés comme étant « publics » ou « privés », ou en des termes similaires.

⁷² Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *JMP Methodology: 2017 update and SDG baselines*, OMS et UNICEF, Genève, 2017. Disponible en anglais à l'adresse suivante : <<https://washdata.org/report/jmp-methodology-2017-update>>.

⁷³ Pour plus d'informations, veuillez consulter : Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène, *Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène : mise à jour 2017 et évaluation des ODD*, OMS et UNICEF, Genève, 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/01/JMP-2017-report-fr_0.pdf>

ENCADRÉ 9

Programmes internationaux d'évaluation des établissements

La plupart des évaluations d'établissements de santé sont menées par des autorités nationales, généralement le Ministère de la santé ou l'Institut national de la statistique. De nombreux programmes internationaux qui appuient ces évaluations ont produit des données utilisées dans le présent rapport. Les programmes suivants comptent parmi les plus importants :

- Le programme **SARA (Service Availability and Readiness Assessment) sur l'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services**, soutenu par l'Organisation mondiale de la Santé.
- Le programme **SPA (Service Provision Assessment) d'évaluation des prestations de services**, appuyé par l'Agence des États-Unis pour le développement international par l'intermédiaire du programme d'enquêtes démographiques et sanitaires.
- L'initiative **Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020)** relative au suivi de la performance et à la responsabilisation, soutenue par la Bill and Melinda Gates Foundation avec l'appui technique de la Johns Hopkins University.
- Des enquêtes sur les **soins obstétricaux et néonataux d'urgence (EmONC)** ont été menées dans de nombreux pays, souvent avec l'appui technique du programme de prévention de la mortalité et du handicap maternels de l'Université Columbia.
- Le **Pacific Hazardous Waste Management Project (Projet de gestion des déchets dangereux pour la région du Pacifique)** a conduit une étude de référence dans 14 pays insulaires du Pacifique en 2014, sous la direction du Secrétariat du Programme régional océanien de l'environnement et avec le soutien d'ENVIRON Australia et de la Commission européenne.
- Le projet d'**indicateurs sur la prestation de services (SDI)** met l'accent sur la collecte de données auprès d'écoles primaires et d'établissements de santé de première ligne, avec le concours de la Banque mondiale.

Sept programmes internationaux ont constitué la moitié des sources de données utilisées dans le présent rapport.

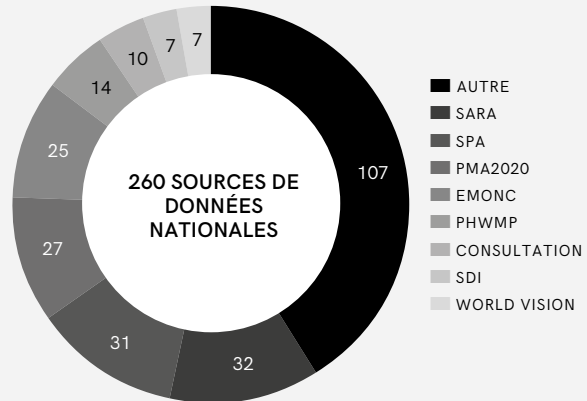


FIGURE 1-1 Sources de données utilisées dans le rapport sur la situation de référence au niveau mondial en 2019

- **World Vision** est une organisation de secours, de développement et de défense des intérêts qui œuvre dans près de 100 pays à travers le monde. Elle s'est associée à l'Institut de l'eau de l'Université de Caroline du Nord pour mener une évaluation du programme WASH, y compris des évaluations de l'état des écoles et des établissements de santé en milieu rural.

Ensemble, ces sept programmes ont soutenu plus de la moitié (153) des évaluations d'établissements de santé sur lesquelles s'appuie le présent rapport. Plus de 100 sources de données supplémentaires ont été identifiées lors des consultations nationales menées par le JMP. Un nombre relativement faible de pays ont fourni des données provenant de sources administratives, telles que la collecte régulière de données par l'intermédiaire des systèmes d'information sanitaire.

Sources de données nationales disponibles et utilisées dans le rapport 2019 du JMP

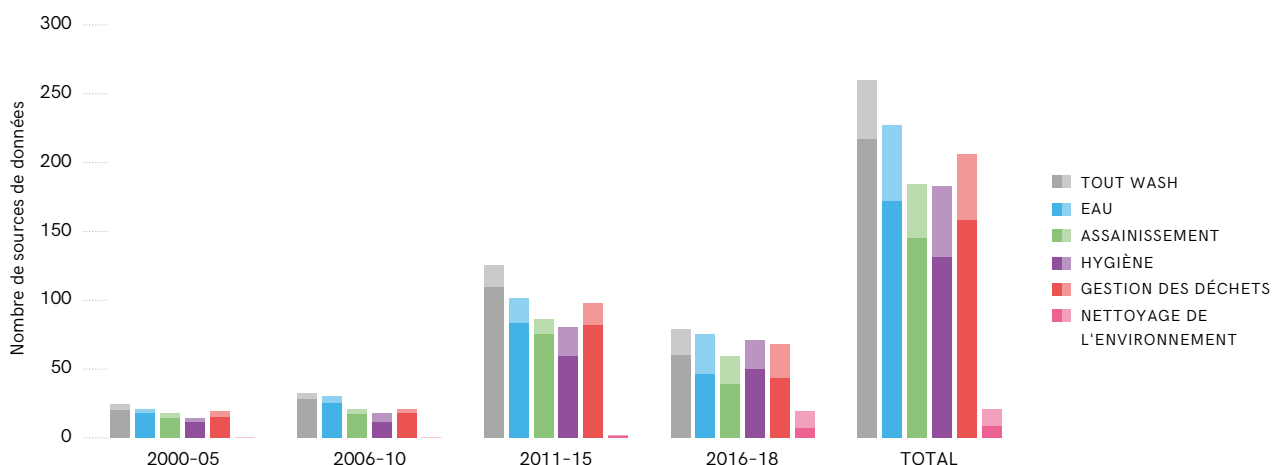


FIGURE 1-2 Sources de données nationales utilisées (couleurs foncées) et identifiées mais non utilisées (couleurs claires) dans le rapport 2019 du JMP sur l'WASH dans les établissements de santé

Nombre d'établissements de santé évalués dans les sources de données nationales

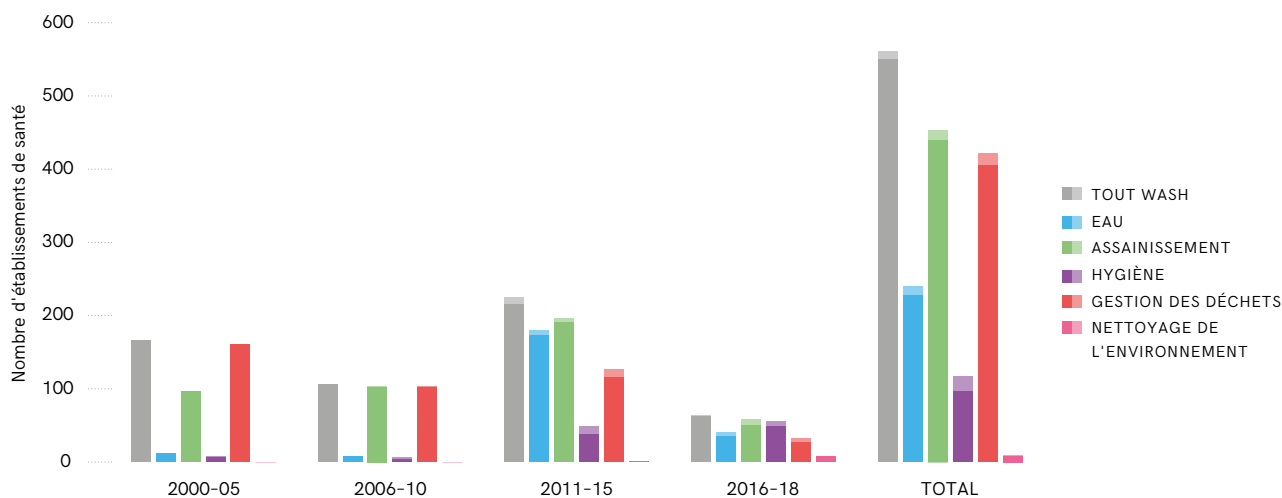


FIGURE 1-3 Nombre d'établissements de santé évalués pour lesquels des données ont été utilisées (couleurs foncées) et identifiées mais non utilisées (couleurs claires) dans le rapport 2019 du JMP sur l'WASH dans les établissements de santé

Si la source de données n'a pas été ventilée par autorité de gestion, alors, dans certains cas, la source de données dans son ensemble a pu être attribuée aux catégories du « secteur public » ou du « secteur privé ».

Si des données étaient disponibles auprès de différents services ou secteurs d'un établissement, la priorité a été accordée aux données provenant des départements ambulatoires ou de consultation générale pour l'extraction. Si aucune donnée n'était disponible auprès des départements ambulatoires ou de consultation générale, la disponibilité du service WASH dans tout autre emplacement disponible a été enregistrée afin d'être utilisée dans le calcul des indicateurs mondiaux.

Estimations nationales

Les dossiers nationaux du JMP relatifs à l'WASH dans les établissements de santé contiennent une liste exhaustive des sources de données disponibles pour chaque année à compter de l'année 2000, et indiquent en quoi les données nationales sont conformes à la classification type internationale utilisée aux fins du suivi mondial. Le JMP utilise une régression linéaire simple pour générer des estimations à partir de l'ensemble des points de données disponibles. Les régressions sont effectuées séparément pour chacune des catégories d'établissements de santé (établissement national, hôpital, établissement non hospitalier, établissement public, établissement privé, établissement urbain ou établissement rural).

Des tendances peuvent être dégagées à partir du moment où deux points de données ou plus sont disponibles sur une période d'au moins quatre ans. Si les points de données disponibles couvrent une période de moins de quatre ans, alors une moyenne est utilisée. Les régressions sont extrapolées deux ans après le dernier point de données, et deux ans avant le premier point de données. Les estimations les plus anciennes et les plus récentes découlant de la régression sont ensuite prolongées pour quatre

années supplémentaires. Par exemple, si le dernier point de données datait de 2008, les estimations pouvaient être établies pour les années 2009 à 2014 mais pas pour les années 2015 ou 2016 (reportez-vous à l'exemple relatif aux installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins de la Figure 1-4).

Les indicateurs de services de base sont tous des indicateurs composites, qui s'appuient sur au moins deux sous-indicateurs. Les données relatives à différents sous-indicateurs pouvant provenir de diverses sources de données, il n'est pas toujours possible de combiner les différents sous-indicateurs à l'échelle d'un seul établissement de soins de santé. Par conséquent, le JMP combine les sous-indicateurs en prenant la valeur minimale de chaque sous-indicateur disponible pour toute année donnée. L'indicateur de l'assainissement de base comprend un grand nombre de sous-indicateurs. En vue d'exploiter au maximum les données disponibles, aux fins du présent rapport, le JMP a produit des estimations concernant les services de base d'assainissement lorsque des données étaient disponibles sur les toilettes améliorées et utilisables, et sur au moins deux des autres éléments restants (utilisation réservée au personnel, non-mixité, facilitation de l'hygiène menstruelle et prise en compte de la mobilité réduite). Dans l'exemple relatif à l'assainissement illustré à la Figure 1-4, des données sont disponibles pour les toilettes améliorées et utilisables, ainsi que pour les personnes à mobilité réduite, mais ce n'est pas suffisant pour établir des estimations concernant les services de base.

Estimations régionales et mondiales

Les estimations régionales sont effectuées en synthétisant les estimations nationales pour chacune des catégories d'établissements de santé. Idéalement, les estimations provenant de chaque pays doivent être pondérées par le nombre total d'établissements de santé de cette catégorie présents dans le pays en question. Toutefois, des statistiques exhaustives

Le JMP utilise des régressions linéaires pour dégager des estimations à partir des points de données disponibles

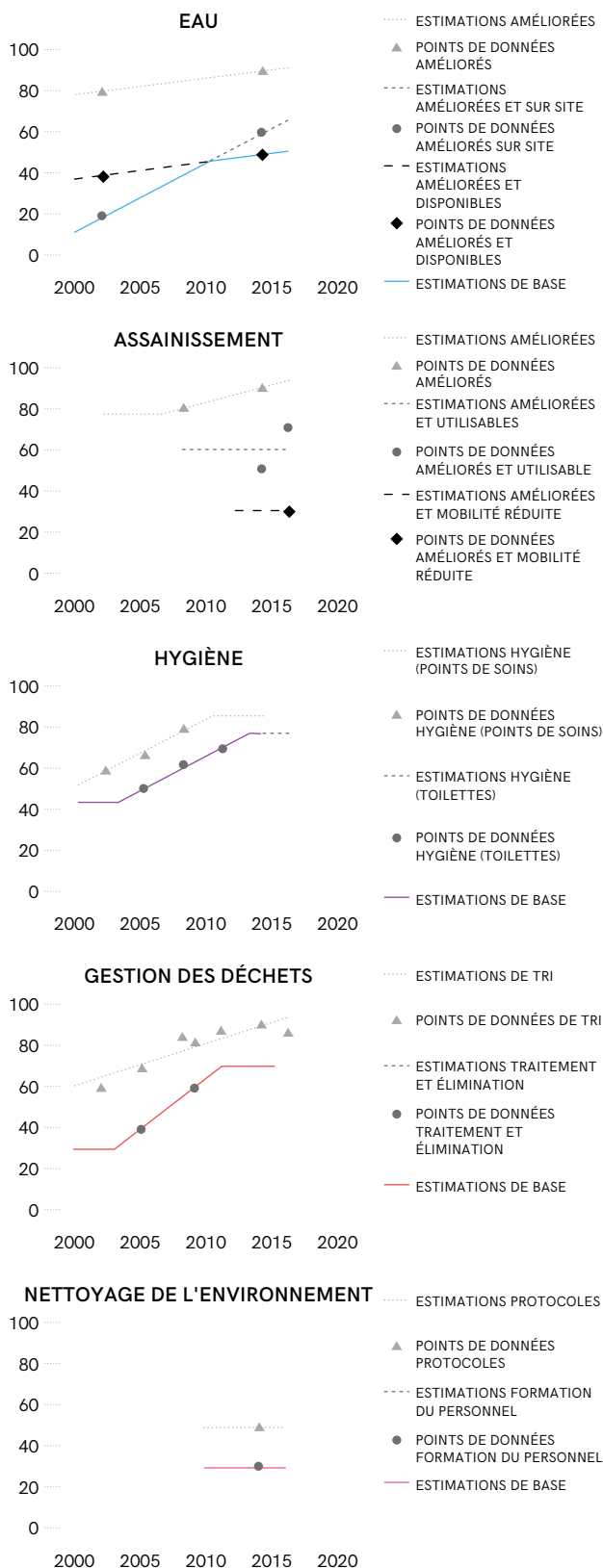


FIGURE 1-4 Exemples de régressions linéaires débouchant sur des estimations concernant les services WASH

relatives au nombre d'établissements de santé de chacune des catégories ne sont pas disponibles pour tous les pays. Par conséquent, aux fins du présent rapport, le JMP s'est servi de la population nationale, urbaine ou rurale pour pondérer les estimations provenant de chaque pays, en utilisant les données les plus récentes fournies par la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies. Les données sur les populations nationales ont été tirées de la version révisée en 2017 des *Perspectives d'avenir de la population mondiale des Nations Unies*, tandis que la proportion de la population vivant en milieu rural est issue de la révision 2018 des *Perspectives de l'urbanisation mondiale*. Les estimations à l'échelle régionale ont été établies lorsque des données étaient disponibles auprès de pays abritant une population combinée égale à au moins 30 % de la population totale de la région. La Figure 1-5 montre la proportion de la population dans chaque région et dans le monde lorsque des données étaient disponibles. Les couleurs plus claires signalent les indicateurs dont la couverture des données est inférieure à 30 %, pour lesquels aucune estimation régionale n'a été réalisée. Les couleurs de nuance moyenne montrent que les pays représentant 30 à 50 % de la population disposaient de données, et que des estimations ont été effectuées mais qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Les estimations sont plus solides lorsqu'elles reposent sur au moins 50 % de la population de la région (couleurs foncées).

Par ailleurs, les estimations mondiales ne sont effectuées que lorsque des données sont disponibles pour les pays représentant au moins 30 % de la population mondiale. Néanmoins, il convient d'éviter les cas de figure où quelques grands pays exercent une influence disproportionnée sur les estimations, en particulier lorsque de nombreux États manquent encore d'estimations. Pour ce faire, les estimations mondiales sont calculées en créant premièrement des estimations régionales pour l'ensemble des régions ODD, même si les régions présentent une couverture des données inférieure à 30 %, puis en établissant une moyenne pondérée à partir de ces estimations régionales.

Consultation nationale

Des estimations préliminaires ont été produites et transmises aux pays pour une période officielle de consultation et d'examen au début du mois de novembre 2018. Les pays ont été invités à fournir un retour d'informations technique avant fin décembre 2018. Dans certains cas, ce délai a été repoussé jusqu'à mi-janvier. L'OMS et l'UNICEF se sont efforcés de consulter l'ensemble des pays et de répondre aux demandes et aux retours d'information reçus, en particulier lorsque les définitions ou les méthodes du JMP différaient de celles employées par les parties prenantes nationales.

Accès aux données

Les estimations nationales, régionales et mondiales concernant les principaux indicateurs figurent aux annexes 3 et 4 du présent rapport, pour l'année la plus récente disponible. Ces données

sont également accessibles sur le site du JMP, <<https://washdata.org>>, lequel fournit des estimations pour toutes les années disponibles depuis 2000. Le site contient des estimations supplémentaires pour les sous-indicateurs qui contribuent aux niveaux de services de base, ainsi que pour d'autres

La couverture des données pour de nombreuses régions et catégories d'établissements de santé est faible

RÉGION	SERVICES DE BASE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU						
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Milieu hospitalier	Milieu non hospitalier	Secteur public	Secteur privé
Asie centrale et Asie du Sud	10	1	10	85	1	10	10
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	91	14	13	5	91	72	0
Europe et Amérique du Nord	13	0	0	0	0	0	0
Amérique latine et Caraïbes	10	0	0	0	52	10	0
Afrique du Nord et Asie occidentale	11	4	0	0	0	0	0
Océanie	77	0	0	0	77	0	0
Afrique subsaharienne	60	33	49	40	46	40	35
Pays les moins avancés	48	25	54	47	35	46	44
Pays en développement sans littoral	52	40	55	46	52	46	41
Petits États insulaires en développement	32	2	1	3	30	0	0
Monde	35	7	16	27	33	27	7

RÉGION	SERVICES DE BASE D'ASSAINISSEMENT						
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Milieu hospitalier	Milieu non hospitalier	Secteur public	Secteur privé
Asie centrale et Asie du Sud	0	0	0	9	0	0	0
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	0	0	0	0	0	0	0
Europe et Amérique du Nord	11	0	0	0	0	0	0
Amérique latine et Caraïbes	10	0	0	0	52	10	0
Afrique du Nord et Asie occidentale	11	4	0	0	0	0	0
Océanie	0	0	0	0	0	0	0
Afrique subsaharienne	41	14	38	18	32	22	22
Pays les moins avancés	22	16	28	35	27	21	21
Pays en développement sans littoral	41	30	42	27	41	38	37
Petits États insulaires en développement	4	2	1	3	3	0	0
Monde	7	1	7	5	8	4	3

RÉGION	PAS DE SERVICES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU						
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Milieu hospitalier	Milieu non hospitalier	Secteur public	Secteur privé
Asie centrale et Asie du Sud	86	10	10	87	86	12	12
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	99	91	91	22	99	81	0
Europe et Amérique du Nord	13	0	0	0	0	0	0
Amérique latine et Caraïbes	41	8	13	29	37	39	29
Afrique du Nord et Asie occidentale	22	4	0	49	9	5	46
Océanie	77	0	0	6	77	0	0
Afrique subsaharienne	83	70	80	77	90	75	73
Pays les moins avancés	83	69	75	77	85	75	68
Pays en développement sans littoral	80	48	64	71	72	65	67
Petits États insulaires en développement	83	54	29	54	79	38	38
Monde	61	32	42	40	61	36	16

RÉGION	PAS DE SERVICES D'ASSAINISSEMENT						
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Milieu hospitalier	Milieu non hospitalier	Secteur public	Secteur privé
Asie centrale et Asie du Sud	86	10	85	87	86	86	86
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	99	15	24	8	99	81	0
Europe et Amérique du Nord	13	0	0	2	0	0	0
Amérique latine et Caraïbes	15	2	8	2	55	12	12
Afrique du Nord et Asie occidentale	16	4	0	3	3	0	0
Océanie	77	0	0	0	77	0	0
Afrique subsaharienne	80	67	80	73	82	72	71
Pays les moins avancés	83	69	74	73	83	74	66
Pays en développement sans littoral	80	48	64	67	72	65	64
Petits États insulaires en développement	82	54	29	45	78	40	37
Monde	59	12	50	33	61	52	31

< 30 %
30-50 %
> 50 %

< 30 %
30-50 %
> 50 %

FIGURE 1-5 Couverture des données pour différentes catégories d'établissements de santé, par région (en %)

regroupements régionaux non inclus dans le rapport papier. Le site permet également à ses utilisateurs de créer, de télécharger et de partager un vaste éventail de graphiques, de tableaux et de cartes personnalisés. Les utilisateurs ont également la possibilité de télécharger tous les fichiers nationaux individuels du JMP.

Ces fichiers énumèrent l'ensemble des sources de données actuellement disponibles dans la base de données mondiale et présentent la façon dont ces sources ont été utilisées pour générer des estimations comparables à l'échelle internationale à l'égard des services WASH dans les établissements de santé.

RÉGION	SERVICES DE BASE D'HYGIÈNE						
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Milieu hospitalier	Milieu non hospitalier	Secteur public	Secteur privé
Asie centrale et Asie du Sud	0	0	0	75	0	0	0
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	72	0	0	0	72	72	0
Europe et Amérique du Nord	12	0	0	2	2	0	0
Amérique latine et Caraïbes	0	0	0	0	0	0	0
Afrique du Nord et Asie occidentale	8	4	0	0	0	0	0
Océanie	0	0	0	0	0	0	0
Afrique subsaharienne	27	6	8	7	7	7	7
Pays les moins avancés	6	6	6	6	6	6	6
Pays en développement sans littoral	7	4	3	5	4	4	4
Petits États insulaires en développement	1	2	1	0	0	0	0
Monde	23	1	1	19	20	20	1

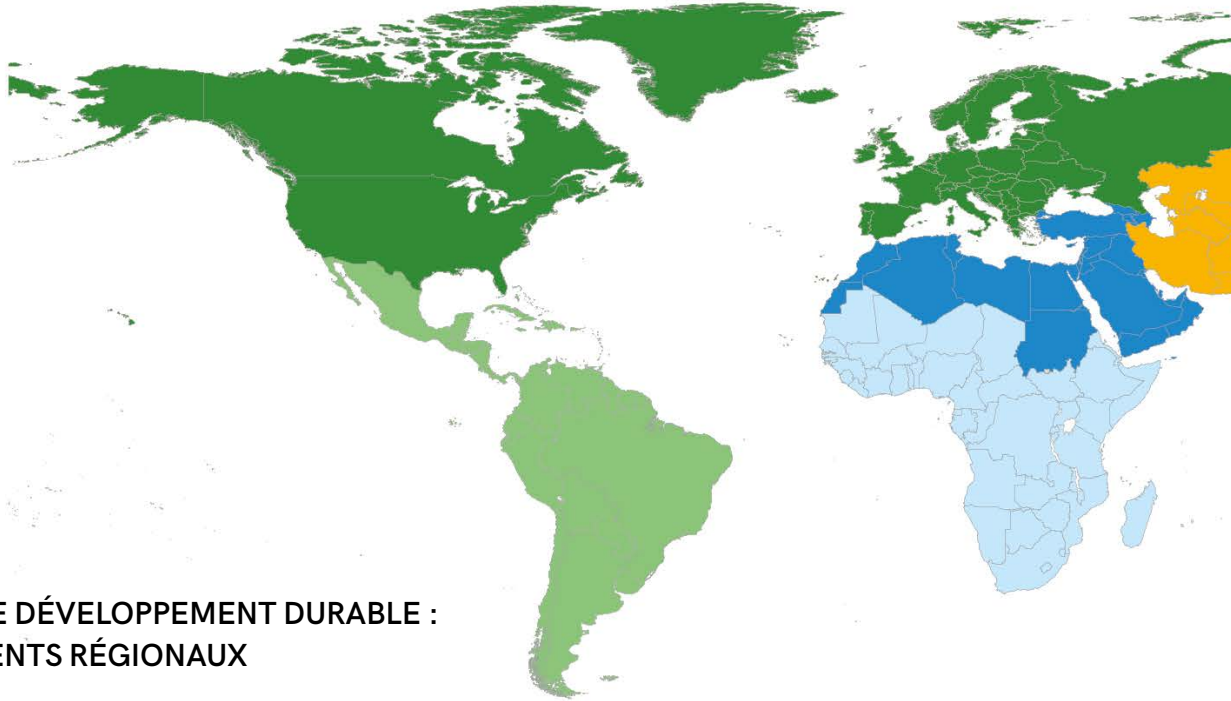
RÉGION	SERVICES DE BASE DE GESTION DES DÉCHETS						
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Milieu hospitalier	Milieu non hospitalier	Secteur public	Secteur privé
Asie centrale et Asie du Sud	12	10	10	87	12	12	12
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	17	15	17	17	17	16	16
Europe et Amérique du Nord	12	0	0	2	2	0	0
Amérique latine et Caraïbes	14	4	11	6	12	14	6
Afrique du Nord et Asie occidentale	23	4	0	16	3	13	0
Océanie	77	0	0	12	77	0	0
Afrique subsaharienne	74	67	75	70	74	72	69
Pays les moins avancés	78	69	69	75	75	76	70
Pays en développement sans littoral	70	48	60	65	68	65	59
Petits États insulaires en développement	72	54	29	46	71	37	37
Monde	19	12	22	35	18	18	17

RÉGION	PAS DE SERVICES D'HYGIÈNE						
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Milieu hospitalier	Milieu non hospitalier	Secteur public	Secteur privé
Asie centrale et Asie du Sud	74	0	0	74	74	74	74
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	86	14	13	13	86	86	13
Europe et Amérique du Nord	7	0	0	2	0	0	0
Amérique latine et Caraïbes	0	0	0	0	0	0	0
Afrique du Nord et Asie occidentale	56	4	0	46	46	46	46
Océanie	0	0	0	0	0	0	0
Afrique subsaharienne	49	45	50	45	49	49	31
Pays les moins avancés	19	13	23	17	19	19	11
Pays en développement sans littoral	48	37	49	41	46	46	27
Petits États insulaires en développement	1	2	1	0	0	0	0
Monde	48	8	12	28	48	48	27

RÉGION	PAS DE SERVICES DE GESTION DES DÉCHETS						
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Milieu hospitalier	Milieu non hospitalier	Secteur public	Secteur privé
Asie centrale et Asie du Sud	12	10	10	86	12	12	12
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	3	2	4	3	3	3	3
Europe et Amérique du Nord	12	0	0	0	0	0	0
Amérique latine et Caraïbes	2	2	5	2	2	2	2
Afrique du Nord et Asie occidentale	64	13	18	59	59	59	46
Océanie	0	0	0	3	0	0	0
Afrique subsaharienne	49	48	41	48	49	49	49
Pays les moins avancés	55	58	48	53	55	55	51
Pays en développement sans littoral	19	11	12	19	19	19	19
Petits États insulaires en développement	37	53	28	42	37	37	37
Monde	12	7	13	29	12	12	11

< 30 %
 30-50 %
 > 50 %

< 30 %
 30-50 %
 > 50 %



OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE : REGROUPEMENTS RÉGIONAUX

■ AUSTRALIE ET NOUVELLE-ZÉLANDE :

Australie, Nouvelle-Zélande.

■ **ASIE CENTRALE ET ASIE DU SUD** : Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Inde, Iran (République islamique d'), Kazakhstan, Kirghizistan, Maldives, Népal, Ouzbékistan, Pakistan, Sri Lanka, Tadjikistan, Turkménistan.

■ **ASIE DE L'EST ET ASIE DU SUD-EST** : Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Chine (Région administrative spéciale de Hong Kong), Chine (Région administrative spéciale de Macao), Indonésie, Japon, République démocratique populaire lao, Malaisie, Myanmar, Mongolie, Philippines, République de Corée, République populaire démocratique de Corée, Singapour, Thaïlande, Timor-Leste, Viet Nam.

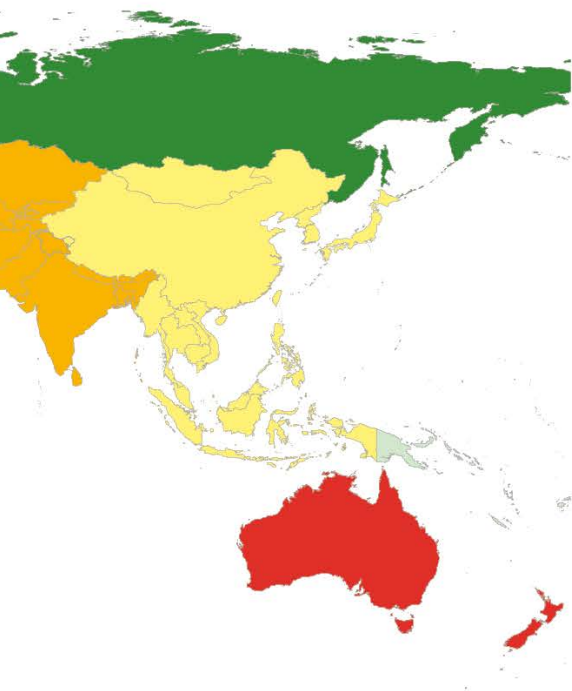
■ **AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES** : Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie (État plurinational de), Bonaire, Saint-Eustache et Saba (Caraïbe hollandaise), Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guadeloupe, Guatemala, Guyana, Guyane française, Haïti, Honduras, Îles Caïman, Îles Falkland (Malvinas), Îles Turques et Caïques, Îles Vierges américaines, Îles

Vierges britanniques, Jamaïque, Martinique, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Sint Maarten (partie néerlandaise), Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du).

■ **EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD** : Albanie, Allemagne, Andorre, Autriche, Belarus, Belgique, Bermudes, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Canada, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, Finlande, France, Gibraltar, Grèce, Groenland, Hongrie, Îles anglo-normandes, Île de Man, Îles Féroé, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine du Nord, Malte, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Moldova, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Siège, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Ukraine.

■ AFRIQUE DU NORD ET ASIE OCCIDENTALE :

Algérie, Arabie saoudite, Arménie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Chypre, Cisjordanie et bande de Gaza, Égypte, Émirats



arabes unis, Géorgie, Iraq, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Qatar, République arabe syrienne, Sahara occidental, Soudan, Tunisie, Turquie, Yémen.

OCÉANIE (HORS AUSTRALIE ET NOUVELLE-ZÉLANDE) : Fidji, Guam, Îles Cook, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, Îles Salomon, Îles Wallis-et-Futuna, Kiribati, Micronésie (États fédérés de), Nauru, Nioué, Nouvelle-Calédonie, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines, Tokélaou, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

AFRIQUE SUBSAHARIENNE : Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mayotte, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Réunion, Rwanda, São Tomé-et-Principe, Sainte-Hélène, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe.

AUTRES REGROUPEMENTS RÉGIONAUX

PAYS EN DÉVELOPPEMENT SANS LITTORAL :

Afghanistan, Arménie, Azerbaïdjan, Bhoutan, Bolivie (État plurinational de), Botswana, Burkina Faso, Burundi, Eswatini, Éthiopie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lesotho, Macédoine du Nord, Malawi, Mali, Mongolie, Népal, Niger, Ouganda, Ouzbékistan, Paraguay, République centrafricaine, République démocratique populaire lao, République de Moldova, Rwanda, Soudan du Sud, Tadjikistan, Tchad, Turkménistan, Zambie, Zimbabwe

PAYS LES MOINS AVANCÉS (PMA)

Afghanistan, Angola, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Haïti, Îles Salomon, Kiribati, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, São Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tchad, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Vanuatu, Yémen, Zambie.

PETITS ÉTATS INSULAIRES EN DÉVELOPPEMENT (PEID)

Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bonaire, Saint-Eustache et Saba (Caraïbe hollandaise), Cabo Verde, Comores, Cuba, Curaçao, Dominique, Fidji, Grenade, Guadeloupe, Guam, Guinée-Bissau, Guyana, Haïti, Îles Caïman, Îles Cook, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, Îles Salomon, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges américaines, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Kiribati, Maldives, Maurice, Micronésie (États fédérés de), Montserrat, Nauru, Nouvelle-Calédonie, Nioué, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Porto Rico, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte Lucie, Samoa, Samoa américaines, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Singapour, Sint Maarten (partie néerlandaise), Suriname, Timor-Leste, Tonga, Trinité-et-Tobago, Tuvalu, Vanuatu

ANNEXE 3.1 | Estimations nationales sur l'approvisionnement en eau

PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	APPROVISIONNEMENT EN EAU			NIVEAU NATIONAL				MILIEU URBAIN				MILIEU RURAL						
	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place	Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place	Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place
Afghanistan	2013	31 732	24	49	26	25	75	49	-	-	-	-	-	49	26	25	75	49
Afrique du Sud	2016	56 015	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorre	2016	77	88	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	2016	101	25	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arménie	2016	2 925	63	39	61	0	100	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	2016	9 725	55	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	2016	162 952	35	70	13	16	84	73	-	-	2	98	93	42	47	11	89	71
Bénin	2016	10 872	46	74	0	26	74	-	92	0	8	92	-	66	0	34	66	-
Bhoutan	2016	798	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brésil	2016	207 653	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	2016	18 646	28	79	17	4	96	88	85	13	2	98	85	63	32	5	95	92
Burundi	2016	10 524	12	73	13	13	87	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodge	2016	15 762	23	-	-	6	94	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cameroun	2016	23 439	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	2016	1 403 500	57	91	1	9	91	91	-	-	5	95	-	-	-	10	90	-
Cisjordanie et bande de Gaza	2016	4 791	76	-	-	2	98	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comores	2016	796	29	21	18	61	39	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	2016	5 126	66	37	45	18	82	64	61	29	10	90	90	9	64	27	73	51
Côte d'Ivoire	2016	23 696	50	57	29	14	86	71	64	23	13	87	87	-	-	-	-	-
Djibouti	2016	942	78	-	-	18	82	-	-	-	5	95	-	-	-	34	66	-
Égypte	2010	84 108	43	77	18	5	95	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Érythrée	2012	4 561	36	-	-	14	86	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	2016	1 312	69	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	2016	1 343	23	-	-	0	100	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	2016	102 403	20	30	39	31	69	67	76	14	11	90	85	25	42	33	67	52
Gambie	2016	2 039	60	-	-	4	96	50	-	-	-	-	-	-	-	8	92	32
Ghana	2016	28 207	55	71	26	3	97	92	79	12	9	91	91	71	23	6	94	94
Grenade	2016	107	36	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	2016	1 816	43	-	-	8	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- = estimations non disponibles. s.o. = sans objet Pour accéder à des estimations non arrondies, consultez www.washdata.org.



PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC					SECTEUR PRIVÉ				
		Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place	Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place	Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place	Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place
Afghanistan	2013	-	-	-	-	-	49	26	25	75	49	49	26	25	75	49	-	-	-	-	-
Afrique du Sud	2016	-	-	-	-	-	-	-	0	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Andorre	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Antigua-et-Barbuda	2016	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100
Arménie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Azerbaïdjan	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bangladesh	2016	78	15	7	93	78	-	-	12	88	72	71	17	12	88	71	92	6	2	98	92
Bénin	2016	95	5	0	-	-	73	0	27	73	-	82	14	4	-	-	69	0	31	69	-
Bhoutan	2016	57	43	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Brésil	2016	-	-	-	-	-	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Burkina Faso	2016	88	10	2	98	97	70	25	5	95	83	75	22	4	96	94	-	-	1	99	44
Burundi	2016	-	-	8	92	85	-	-	15	85	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cambodge	2016	-	-	0	100	63	-	-	12	88	47	-	-	6	94	55	-	-	-	-	
Cameroun	2016	57	37	7	93	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chine	2016	-	-	-	-	-	91	1	9	91	91	91	1	9	91	91	-	-	-	-	
Cisjordanie et bande de Gaza	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Comores	2016	20	40	40	60	60	21	17	62	38	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Congo	2016	47	47	6	94	75	36	45	19	81	62	28	49	23	77	57	53	38	9	91	75
Côte d'Ivoire	2016	-	-	-	-	-	42	38	19	81	61	62	28	11	89	79	-	-	-	-	
Djibouti	2016	-	-	0	100	-	-	-	22	78	-	-	-	20	80	-	-	-	8	92	-
Égypte	2010	84	16	0	100	99	76	18	6	94	91	77	17	6	94	91	79	21	0	100	99
Érythrée	2012	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Estonie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Eswatini	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Éthiopie	2016	87	8	5	95	95	41	30	29	71	53	23	48	29	71	70	73	22	5	95	92
Gambie	2016	-	-	0	100	75	-	-	5	95	48	-	-	5	96	45	-	-	-	-	
Ghana	2016	85	12	4	96	90	63	27	10	90	90	77	22	1	99	99	40	34	25	75	55
Grenade	2016	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100
Guinée-Bissau	2016	-	-	-	-	-	-	-	7	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	



PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	MILIEU HOSPITALIER				MILIEU NON HOSPITALIER				SECTEUR PUBLIC				SECTEUR PRIVÉ							
		Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place	Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place	Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place					
Guyana	2014	72	11	18	82	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Haïti	2016	-	-	4	96	78	-	-	15	85	56	-	-	15	85	58	-	-	12	88	60
Honduras	2016	-	-	-	-	-	52	47	1	99	98	58	42	1	99	99	-	-	-	-	-
Îles Salomon	2014	67	33	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	2016	94	2	5	95	-	-	-	7	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indonésie	2016	-	-	2	98	-	80	7	13	87	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kenya	2016	57	35	8	92	82	63	16	21	79	75	62	26	13	87	70	71	4	25	75	74
Kirghizistan	2016	70	24	6	94	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	2015	86	14	0	100	86	54	41	5	95	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liban	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	2016	-	-	43	57	-	-	-	52	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libye	2016	-	-	14	86	-	-	-	24	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	2016	-	-	-	-	-	-	-	5	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	2016	-	-	0	100	97	80	19	1	99	82	-	-	2	98	71	-	-	1	99	87
Maldives	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	2016	95	3	3	-	-	78	15	7	-	-	77	14	9	-	-	88	10	2	-	-
Monténégro	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	2016	-	-	-	-	-	54	32	14	86	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Myanmar	2016	-	-	2	98	95	-	-	31	69	68	-	-	28	72	70	-	-	-	-	-
Namibie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	2016	-	-	10	90	77	-	-	6	94	60	-	-	6	94	62	-	-	12	88	71
Nicaragua	2014	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niger	2016	-	-	1	99	-	-	-	36	64	-	-	-	42	58	-	-	-	1	99	-
Nigéria	2016	-	-	13	87	-	-	-	43	57	-	-	-	40	60	-	-	-	19	81	-
Ouganda	2016	61	30	9	91	83	42	54	3	97	53	22	72	6	94	24	41	55	4	96	48
Papouasie- Nouvelle-Guinée	2016	-	-	-	-	-	71	24	5	95	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85	8	7	93	86	-	-	-	-	-

ANNEXE 3.1 | Estimations nationales sur l'approvisionnement en eau

PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	APPROVISIONNEMENT EN EAU			NIVEAU NATIONAL					MILIEU URBAIN					MILIEU RURAL				
	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place	Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place	Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place
Pérou	2016	31 774	78	46	36	18	82	71	-	-	5	95	91	-	-	22	78	55
Philippines	2016	103 320	46	-	-	20	81	61	-	-	-	-	-	-	-	20	81	61
République de Moldova	2014	4 070	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	2016	78 736	43	-	-	50	50	41	-	-	16	84	84	-	-	59	41	31
République-Unie de Tanzanie	2016	55 572	32	65	14	21	79	65	87	9	4	96	87	54	15	31	69	54
Rwanda	2016	11 918	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64	34	3	97	91
Saint-Kitts-et-Nevis	2016	55	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	2016	33	97	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2016	110	51	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sénégal	2016	15 412	46	46	43	12	88	74	82	13	4	96	94	36	50	14	86	66
Serbie	2016	8 820	56	96	4	0	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	2016	7 396	41	-	-	26	74	74	-	-	16	84	84	-	-	9	91	70
Somalie	2016	14 318	44	-	-	22	78	66	-	-	10	90	90	-	-	39	61	47
Soudan du Sud	2016	12 231	19	-	-	36	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	2016	20 798	18	99	0	1	99	99	100	0	0	100	100	99	0	1	99	99
Tchad	2016	14 453	23	-	-	41	59	-	-	-	23	77	-	-	-	43	57	-
Tchéquie	2016	10 611	74	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	2016	1 269	30	-	-	4	96	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	2016	7 606	41	58	29	13	87	58	86	14	0	100	86	-	-	18	82	47
Trinité-et-Tobago	2016	1 365	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tunisie	2016	11 403	68	-	-	5	95	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	2016	94 569	35	51	46	3	97	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambie	2016	16 591	42	40	45	15	85	48	58	37	5	95	85	51	33	16	84	61
Zimbabwe	2016	16 150	32	81	13	6	94	94	89	5	5	95	95	80	14	7	93	92



PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC					SECTEUR PRIVÉ				
		Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place	Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place	Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place	Services de base d'approvisionnement en eau (améliorés, disponibles et sur place)	Services limités d'approvisionnement en eau (améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)	Pas de services d'approvisionnement en eau (non amélioré ou aucune installation)	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place
Pérou	2016	-	-	-	-	-	45	27	28	72	57	46	27	27	73	58	-	-	-	-	-
Philippines	2016	-	-	-	-	-	-	-	20	81	61	-	-	20	81	61	-	-	-	-	-
République de Moldova	2014	-	-	24	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	2016	-	-	15	85	82	-	-	51	49	40	-	-	61	39	30	-	-	33	67	58
République-Unie de Tanzanie	2016	86	14	0	100	86	64	14	21	79	64	57	15	28	72	57	85	11	4	96	85
Rwanda	2016	-	-	-	-	-	63	36	2	98	98	-	-	-	-	-	-	-	0	100	-
Saint-Kitts-et-Nevis	2016	-	-	-	-	-	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	0	100	100
Saint-Marin	2016	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-
Sénégal	2016	84	7	9	91	88	44	45	12	88	73	42	46	12	88	72	76	14	10	90	88
Serbie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	2016	-	-	-	-	-	-	-	13	87	74	-	-	11	89	72	-	-	1	99	92
Somalie	2016	-	-	3	97	86	-	-	23	77	64	-	-	26	74	63	-	-	13	87	73
Soudan du Sud	2016	-	-	9	91	-	-	-	40	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	2016	93	3	3	97	97	99	0	1	99	99	99	0	1	99	99	100	0	0	100	100
Tchad	2016	-	-	16	84	-	-	-	41	59	-	-	-	42	58	-	-	-	27	73	-
Tchéquie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	2016	-	-	0	100	100	-	-	4	96	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	2016	43	38	18	82	43	78	18	4	96	86	51	33	16	84	51	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	2016	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tunisie	2016	-	-	-	-	-	-	-	5	95	91	-	-	5	95	91	-	-	-	-	-
Viet Nam	2016	46	53	1	99	46	52	44	4	96	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambie	2016	58	40	2	98	82	51	34	16	84	68	36	45	19	81	38	49	47	4	96	79
Zimbabwe	2016	90	6	5	95	95	80	14	6	94	93	81	14	6	94	93	81	13	7	93	93

ANNEXE 3.2 | Estimations nationales sur l'assainissement

PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	ASSAINISSEMENT			NIVEAU NATIONAL				MILIEU URBAIN				MILIEU RURAL						
	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables
Afghanistan	2013	31 732	24	-	-	37	63	-	-	-	-	-	-	-	-	37	63	-
Andorre	2016	77	88	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	2016	101	25	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arménie	2016	2 925	63	41	40	19	81	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	2016	9 725	55	48	52	0	100	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	2016	162 952	35	-	-	7	93	71	-	-	3	97	97	-	-	6	94	84
Barbade	2016	285	31	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bénin	2016	10 872	46	-	-	9	91	-	-	11	89	-	-	-	7	93	-	
Bolivie (État plurinational de)	2016	10 888	69	-	-	7	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brésil	2016	207 653	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	2016	18 646	28	-	-	6	94	-	-	4	96	-	-	-	6	94	-	
Burundi	2016	10 524	12	-	-	7	93	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodge	2016	15 762	23	-	-	2	98	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	2016	1 403 500	57	-	-	3	97	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cisjordanie et bande de Gaza	2016	4 791	76	-	-	0	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	2016	48 653	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comores	2016	796	29	2	49	49	51	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	2016	5 126	66	-	-	2	98	96	-	3	97	94	-	-	0	100	99	
Djibouti	2016	942	78	-	-	5	95	-	-	0	100	-	-	-	11	89	-	
Égypte	2010	84 108	43	-	-	9	91	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Érythrée	2012	4 561	36	-	-	18	82	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	2016	1 312	69	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	2016	102 403	20	59	17	24	76	76	66	23	10	90	85	3	67	30	70	65
Ghana	2016	28 207	55	-	-	17	83	83	-	15	85	85	-	-	19	81	81	
Grenade	2016	107	36	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	2016	1 816	43	-	-	41	59	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haïti	2016	10 847	53	-	-	18	82	69	-	10	90	90	-	-	23	77	77	
Honduras	2016	9 113	56	1	95	4	96	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	2016	1 324 171	33	-	-	45	55	-	-	-	-	-	-	-	35	65	-	
Indonésie	2016	261 115	54	-	-	13	87	-	-	1	99	-	-	-	1	99	-	

- = estimations non disponibles. s.o. = sans objet Pour accéder à des estimations non arrondies, consultez www.washdata.org.



PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC					SECTEUR PRIVÉ				
		Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables
Afghanistan	2013	-	-	-	-	-	-	-	37	63	-	-	-	37	63	-	-	-	-	-	-
Andorre	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	2016	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	0	100	100	-	-	-	0	100	100
Arménie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	2016	62	33	5	95	93	-	-	10	90	90	-	-	10	90	90	-	-	3	97	97
Barbade	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-
Bénin	2016	-	-	1	99	-	-	-	9	91	-	-	8	92	-	-	-	-	12	88	-
Bolivie (État plurinational de)	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bésil	2016	-	-	-	-	-	24	75	1	99	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	2016	-	-	-	-	-	-	-	6	94	-	-	5	95	-	-	-	-	6	94	-
Burundi	2016	-	-	3	97	94	-	-	8	92	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodge	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	98	98	-	-	-	-	-	-
Chine	2016	-	-	-	-	-	-	-	3	97	83	-	-	3	97	83	-	-	-	-	-
Cisjordanie et bande de Gaza	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-
Comores	2016	20	80	0	100	60	1	47	52	48	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	2016	-	-	2	98	97	-	-	2	98	96	-	-	1	99	98	-	-	3	97	94
Djibouti	2016	-	-	0	100	-	-	-	6	94	-	-	6	94	-	-	-	-	0	100	-
Égypte	2010	-	-	5	95	89	-	-	9	91	81	-	-	10	90	80	-	-	2	98	97
Érythrée	2012	-	-	20	80	59	-	-	17	83	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	2016	79	14	6	94	90	3	69	28	72	66	59	17	24	76	76	89	6	5	95	94
Ghana	2016	-	-	0	100	100	-	-	20	80	80	-	-	11	89	89	-	-	25	75	75
Grenade	2016	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	2016	-	-	-	-	-	-	-	43	57	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haïti	2016	-	-	7	93	90	-	-	20	80	66	-	-	18	82	61	-	-	18	82	76
Honduras	2016	-	-	-	-	-	0	95	5	95	82	1	95	4	96	84	-	-	-	-	-
Inde	2016	-	-	17	83	83	-	-	39	61	-	-	-	23	77	-	-	-	63	37	-
Indonésie	2016	-	-	-	-	-	-	-	13	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ANNEXE 3.2 | Estimations nationales sur l'assainissement

PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	ASSAINISSEMENT			NIVEAU NATIONAL				MILIEU URBAIN				MILIEU RURAL						
	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables
Kenya	2016	48 462	26	-	-	14	86	86	-	-	3	97	97	10	88	1	99	84
Kirghizistan	2016	5 956	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	2016	4 053	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-
Lesotho	2015	2 135	27	0	97	3	97	43	-	-	-	-	-	0	97	3	97	41
Liban	2016	6 007	88	16	66	18	83	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	2016	4 614	50	3	73	24	76	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libye	2016	6 293	80	-	-	5	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	2016	2 908	67	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	2016	24 895	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	2016	18 092	17	-	-	11	89	86	-	-	4	96	96	-	-	7	93	89
Maldives	2016	428	39	15	85	0	100	99	50	50	0	100	100	13	87	0	100	99
Mali	2016	17 995	41	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	2016	4 301	52	-	-	20	80	-	-	-	7	93	-	-	-	48	52	-
Monténégro	2016	629	66	85	15	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	2016	28 829	35	-	-	43	57	-	-	-	-	-	-	2	61	37	63	61
Myanmar	2016	52 885	30	-	-	16	84	-	-	-	0	100	-	-	-	17	83	-
Namibie	2016	2 480	48	-	-	9	91	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	2016	28 983	19	-	-	8	92	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nicaragua	2016	6 150	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	92	-
Niger	2016	20 673	16	-	-	13	87	26	-	-	2	98	64	-	-	17	83	21
Nigéria	2016	185 990	49	12	47	41	59	49	-	-	53	47	44	-	-	72	28	27
Ouganda	2016	41 488	23	12	79	9	91	88	15	80	5	95	94	3	86	10	90	86
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2016	8 085	13	-	-	32	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	2016	6 725	61	26	62	12	88	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	2016	31 774	78	7	83	10	90	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Philippines	2016	103 320	46	-	-	5	95	-	-	-	-	-	-	-	-	5	95	-
République démocratique du Congo	2016	78 736	43	-	-	59	41	29	-	-	19	81	52	-	-	69	31	23
République démocratique populaire lao	2016	6 758	34	-	-	-	-	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	2016	55 572	32	5	46	49	51	51	9	61	29	71	71	2	49	49	51	51



PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC					SECTEUR PRIVÉ						
		Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)		Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)		Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)		Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)		Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)		Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)		Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	
Kenya	2016	-	-	8	92	92	8	77	15	85	73	-	-	-	9	91	91	-	-	-	20	80	80
Kirghizistan	2016	-	-	0	100	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	2015	0	100	0	100	57	0	97	3	97	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liban	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	2016	4	95	1	99	92	3	91	6	94	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libye	2016	-	-	11	89	-	-	-	8	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	2016	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	2016	-	-	-	-	-	-	-	0	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	2016	-	-	4	96	96	-	-	6	94	87	-	-	13	87	87	-	-	8	92	92	92	92
Maldives	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	2016	-	-	2	98	-	-	-	31	69	-	-	-	33	67	-	-	-	8	92	-	-	-
Monténégro	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	2016	-	-	-	-	-	2	65	33	67	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Myanmar	2016	-	-	0	100	-	-	-	18	82	-	-	-	16	84	-	-	-	-	-	-	-	-
Namibie	2016	-	-	13	87	74	-	-	8	92	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	2016	-	-	9	91	91	-	-	8	92	92	-	-	7	93	93	-	-	12	88	88	88	88
Nicaragua	2016	-	-	-	-	-	-	-	9	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niger	2016	-	-	5	95	-	-	-	14	86	-	-	-	14	86	22	-	-	1	99	-	-	-
Nigéria	2016	-	-	39	61	60	-	-	69	31	29	-	-	66	34	32	-	-	46	54	53	53	53
Ouganda	2016	-	-	2	98	98	4	87	9	91	88	11	78	11	89	86	11	83	6	94	92	92	92
Papouasie- Nouvelle-Guinée	2016	-	-	-	-	-	-	-	33	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	62	12	88	63	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	2016	-	-	-	-	-	5	84	11	89	82	7	83	10	90	83	-	-	-	-	-	-	-
Philippines	2016	-	-	-	-	-	-	-	5	95	-	-	-	5	95	-	-	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	2016	-	-	18	82	44	-	-	61	39	29	-	-	70	30	24	-	-	44	56	37	37	37
République démocratique populaire lao	2016	-	-	-	-	55	-	-	-	-	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	2016	8	68	24	76	76	4	45	50	50	50	3	45	51	49	49	6	66	28	72	72	72	

ANNEXE 3.2 | Estimations nationales sur l'assainissement

PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	ASSAINISSEMENT			NIVEAU NATIONAL			MILIEU URBAIN			MILIEU RURAL			
	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables
Rwanda	2016	11 918	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie	2016	178	19	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	2016	55	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	2016	33	97	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2016	110	51	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-
Sénégal	2016	15 412	46	-	-	12	88	88	-	-	5	95	95
Serbie	2016	8 820	56	73	27	0	100	100	-	-	-	-	-
Seychelles	2016	94	56	-	-	0	100	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	2016	7 396	41	-	-	15	85	85	-	-	13	87	87
Somalie	2016	14 318	44	-	-	24	76	-	-	-	14	86	-
Soudan du Sud	2016	12 231	19	-	-	8	92	84	-	-	-	-	-
Sri Lanka	2016	20 798	18	-	-	7	93	93	-	-	8	92	92
Tadjikistan	2012	7 995	27	-	-	6	94	43	-	-	-	-	-
Tchad	2016	14 453	23	-	-	27	73	-	-	-	8	92	-
Tchéquie	2016	10 611	74	95	5	0	100	100	-	-	-	-	-
Timor-Leste	2016	1 269	30	-	-	3	97	93	-	-	-	-	-
Togo	2016	7 606	41	-	-	25	75	66	-	-	19	81	67
Viet Nam	2016	94 569	35	-	-	4	96	-	-	-	-	-	-
Zambie	2016	16 591	42	-	-	7	93	91	-	-	3	97	97
Zimbabwe	2016	16 150	32	17	83	0	100	72	24	74	2	98	24



PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC					SECTEUR PRIVÉ				
		Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables
Rwanda	2016	-	-	-	-	-	-	3	97	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sainte-Lucie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	
Saint-Kitts-et-Nevis	2016	-	-	0	100	100	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Marin	2016	100	0	0	100	100	-	-	-	-	100	0	0	100	100	-	-	0	100	100	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	100	100	-	-	-	-	-	
Sénégal	2016	-	-	9	91	91	-	-	12	88	88	-	-	12	88	88	-	-	11	89	89
Serbie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Seychelles	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sierra Leone	2016	-	-	-	-	-	-	-	15	85	85	-	-	16	84	84	-	-	2	98	98
Somalie	2016	-	-	10	90	-	-	-	25	75	-	-	-	29	71	-	-	-	12	88	-
Soudan du Sud	2016	-	-	6	94	88	-	-	9	91	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sri Lanka	2016	-	-	1	99	99	-	-	12	88	88	-	-	8	92	92	-	-	0	100	100
Tadjikistan	2012	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tchad	2016	-	-	7	93	-	-	-	29	71	-	-	-	23	77	-	-	-	31	69	-
Tchéquie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Timor-Leste	2016	-	-	0	100	100	-	-	4	96	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Togo	2016	-	-	36	64	62	-	-	24	76	72	-	-	28	72	64	-	-	-	-	
Viet Nam	2016	-	-	1	99	97	-	-	5	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Zambie	2016	-	-	0	100	100	1	92	7	93	90	-	-	10	90	80	-	-	2	98	98
Zimbabwe	2016	36	64	0	100	36	14	86	0	100	78	21	80	0	100	74	15	85	0	100	72

ANNEXE 3.3

Estimations nationales sur l'hygiène

PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	HYGIÈNE			NIVEAU NATIONAL					MILIEU URBAIN					MILIEU RURAL				
	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes
Afghanistan	2013	31 732	24	-	-	-	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28
Antigua-et-Barbuda	2016	101	25	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arménie	2016	2 925	63	69	-	-	94	69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	2016	9 725	55	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	2016	162 952	35	-	-	-	54	-	-	-	-	90	-	-	-	-	47	-
Bénin	2016	10 872	46	-	-	-	90	-	-	-	-	95	-	-	-	-	87	-
Bhoutan	2016	798	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	2016	18 646	28	-	-	0	91	-	-	-	0	91	-	-	-	0	95	-
Burundi	2016	10 524	12	-	-	-	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodge	2016	15 762	23	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cameroun	2016	23 439	55	-	-	-	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	2016	1 403 500	57	36	64	0	36	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comores	2016	796	29	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	2016	5 126	66	-	-	-	61	-	-	-	-	61	-	-	-	-	61	-
Côte d'Ivoire	2016	23 696	50	-	-	2	77	-	-	-	4	77	-	-	-	-	-	-
Djibouti	2016	942	78	-	-	-	35	-	-	-	-	45	-	-	-	-	24	-
Égypte	2010	84 108	43	9	91	0	63	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	2016	1 312	69	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	2016	102 403	20	-	-	2	52	-	-	-	1	64	-	-	-	3	33	-
Gambie	2016	2 039	60	-	-	-	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	2016	28 207	55	-	-	0	92	-	-	-	0	94	-	-	-	0	89	-
Grenade	2016	107	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	2016	1 816	43	-	-	-	-	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haïti	2016	10 847	53	-	-	-	71	-	-	-	-	73	-	-	-	-	70	-
Inde	2016	1 324 171	33	-	-	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indonésie	2016	261 115	54	-	-	1	80	-	-	-	1	83	-	-	-	1	77	-

- = estimations non disponibles. s.o. = sans objet Pour accéder à des estimations non arrondies, consultez www.washdata.org.



	PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC					SECTEUR PRIVÉ				
			Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes
Afghanistan	2013	-	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-	-	-	28	-	-	-	-	-		
Antigua-et-Barbuda	2016	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-	-	-	100	-	-	-	-	100	-		
Arménie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Azerbaïdjan	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Bangladesh	2016	-	-	-	69	-	-	-	51	-	-	-	-	51	-	-	-	-	90	-		
Bénin	2016	-	-	-	100	-	-	-	89	-	-	-	-	89	-	-	-	-	92	-		
Bhoutan	2016	57	-	-	93	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Burkina Faso	2016	-	-	0	90	-	-	-	0	91	-	-	-	0	90	-	-	-	-	97	-	
Burundi	2016	-	-	-	96	-	-	-	-	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cambodge	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	
Cameroun	2016	-	-	-	76	-	-	-	-	-	-	-	-	71	-	-	-	-	89	-		
Chine	2016	-	-	-	-	-	36	64	0	36	67	36	64	0	36	67	-	-	-	-	-	
Comores	2016	-	-	-	40	-	-	-	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Congo	2016	-	-	-	63	-	-	-	61	-	-	-	-	58	-	-	-	-	65	-		
Côte d'Ivoire	2016	-	-	-	-	-	-	-	4	72	-	-	-	0	81	-	-	-	-	-	-	
Djibouti	2016	-	-	-	64	-	-	-	29	-	-	-	-	31	-	-	-	-	61	-		
Égypte	2010	4	96	0	65	5	10	90	0	63	11	6	94	0	62	6	27	73	0	71	30	
Estonie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Éthiopie	2016	-	-	1	85	-	-	-	2	49	-	-	-	2	42	-	-	-	2	68	-	
Gambie	2016	-	-	-	100	-	-	-	-	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ghana	2016	-	-	0	87	-	-	-	0	96	-	-	-	0	92	-	-	-	-	-	-	
Grenade	2016	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	
Guinée-Bissau	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Haïti	2016	-	-	-	80	-	-	-	70	-	-	-	-	64	-	-	-	-	75	-	-	
Inde	2016	76	0	24	99	78	-	-	50	-	-	-	-	39	-	-	-	-	62	-	-	
Indonésie	2016	-	-	1	88	-	-	-	1	78	-	-	-	1	82	-	-	-	2	70	-	

ANNEXE 3.3 | Estimations nationales sur l'hygiène

PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	HYGIÈNE			NIVEAU NATIONAL					MILIEU URBAIN					MILIEU RURAL				
	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base d'hygiène <i>(points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)</i>	Services limités d'hygiène <i>(points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)</i>	Pas de services d'hygiène <i>(points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)</i>	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène <i>(points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)</i>	Services limités d'hygiène <i>(points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)</i>	Pas de services d'hygiène <i>(points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)</i>	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène <i>(points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)</i>	Services limités d'hygiène <i>(points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)</i>	Pas de services d'hygiène <i>(points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)</i>	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes
Kenya	2016	48 462	26	-	-	0	77	-	-	-	0	81	-	-	-	0	74	-
Kirghizistan	2016	5 956	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	2016	4 053	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-
Liban	2016	6 007	88	-	-	1	-	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	2016	4 614	50	36	-	-	53	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libye	2016	6 293	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	2016	2 908	67	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	2016	24 895	36	-	-	-	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	2016	18 092	17	-	-	-	73	-	-	-	-	85	-	-	-	-	53	-
Maldives	2016	428	39	80	20	0	88	86	75	25	0	100	75	80	20	0	88	86
Mauritanie	2016	4 301	52	-	-	-	84	-	-	-	-	92	-	-	-	-	64	-
Mongolie	2016	3 027	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monténégro	2016	629	66	100	-	-	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	2016	28 829	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	-
Myanmar	2016	52 885	30	-	-	-	91	-	-	-	-	100	-	-	-	-	90	-
Namibie	2016	2 480	48	-	-	-	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	2016	28 983	19	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nicaragua	2016	6 150	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	-
Niger	2016	20 673	16	-	-	0	68	-	-	-	0	80	-	-	-	1	58	-
Nigéria	2016	185 990	49	43	44	13	63	43	-	-	2	72	-	-	-	0	56	-
Ouganda	2016	41 488	23	-	-	1	84	-	-	-	1	87	-	-	-	1	85	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2016	8 085	13	-	-	-	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	2016	6 725	61	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	2016	31 774	78	-	-	-	74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	2016	78 736	43	-	-	-	62	-	-	-	-	83	-	-	-	-	57	-



	PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC					SECTEUR PRIVÉ				
			Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes
Kenya	2016	-	-	0	80	-	-	-	1	76	-	-	-	0	76	-	-	-	-	79	-	
Kirghizistan	2016	62	-	-	74	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Koweït	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Liban	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Libéria	2016	-	-	-	45	-	-	-	-	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Libye	2016	-	-	-	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituanie	2016	100	0	0	100	100	99	-	-	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Madagascar	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	43	-	-	-	-	43	-	-	-	-	-	-	
Malawi	2016	-	-	-	90	-	-	-	-	60	-	-	-	-	58	-	-	-	-	86	-	
Maldives	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mauritanie	2016	-	-	-	100	-	-	-	-	76	-	-	-	-	73	-	-	-	-	97	-	
Mongolie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Monténégro	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mozambique	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Myanmar	2016	-	-	-	100	-	-	-	-	90	-	-	-	-	91	-	-	-	-	-	-	
Namibie	2016	-	-	-	86	-	-	-	-	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Népal	2016	-	-	-	70	-	-	-	-	43	-	-	-	-	43	-	-	-	-	73	-	
Nicaragua	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Niger	2016	-	-	-	86	-	-	-	0	66	-	-	-	0	68	-	-	-	-	90	-	
Nigéria	2016	-	-	1	77	-	-	-	1	59	-	-	-	1	62	-	-	-	1	73	-	
Ouganda	2016	-	-	0	86	-	-	-	1	72	-	-	-	1	84	-	-	-	-	96	-	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Paraguay	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	
Pérou	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	75	-	-	-	-	74	-	-	-	-	-	-	
République démocratique du Congo	2016	-	-	-	89	-	-	-	-	61	-	-	-	-	55	-	-	-	-	74	-	

ANNEXE 3.3

Estimations nationales sur l'hygiène

HYGIÈNE				NIVEAU NATIONAL						MILIEU URBAIN						MILIEU RURAL							
PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)		Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)		Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)		Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains		Installations de lavage des mains à proximité des toilettes		Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)		Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)		Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)		Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains		Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	
				République démocratique populaire lao	2016	6 758	34	-	-	-	79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	2016	55 572	32	35	-	-	66	35	61	-	-	81	61	21	-	-	-	59	21	-	-	-	-
Rwanda	2016	11 918	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	2010	51	31	-	-	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	2016	33	97	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2016	110	51	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sénégal	2016	15 412	46	-	-	-	93	-	-	-	-	94	-	-	-	-	-	-	81	-	-	-	-
Serbie	2016	8 820	56	100	-	-	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	2016	7 396	41	-	-	-	85	-	-	-	-	90	-	-	-	-	-	-	85	-	-	-	-
Somalie	2016	14 318	44	-	-	-	58	-	-	-	-	77	-	-	-	-	-	-	30	-	-	-	-
Soudan du Sud	2016	12 231	19	-	-	-	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	2016	20 798	18	-	-	-	91	-	-	-	-	98	-	-	-	-	-	-	89	-	-	-	-
Tchad	2016	14 453	23	-	-	-	78	-	-	-	-	92	-	-	-	-	-	-	80	-	-	-	-
Tchéquie	2016	10 611	74	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	2016	7 606	41	-	-	-	91	-	-	-	-	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	2010	1 328	54	-	-	-	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tunisie	2016	11 403	68	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambie	2016	16 591	42	-	-	-	80	-	-	-	-	83	-	-	-	-	-	-	53	-	-	-	-
Zimbabwe	2016	16 150	32	58	32	10	81	-	70	25	5	83	-	57	33	11	81	-	-	-	-	-	-



	PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC					SECTEUR PRIVÉ				
			Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène (points de prestation de soins équipés d'installations pour l'hygiène des mains et toilettes dotées d'eau et de savon)	Services limités d'hygiène (points de prestation de soins ou toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Pas de services d'hygiène (points de prestation de soins et toilettes non équipés d'installations pour l'hygiène des mains)	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes
	République démocratique populaire lao	2016	-	-	-	60	-	-	-	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	République-Unie de Tanzanie	2016	58	-	-	89	58	33	-	65	33	24	-	-	58	24	57	-	-	85	57	
	Rwanda	2016	-	-	-	-	-	-	-	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Saint-Kitts-et-Nevis	2010	-	-	-	67	-	-	-	96	-	-	-	95	-	-	-	-	86	-		
	Saint-Marin	2016	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100
	Saint-Vincent-et-les Grenadines	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	
	Sénégal	2016	-	-	-	93	-	-	-	93	-	-	-	-	92	-	-	-	-	95	-	
	Serbie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Sierra Leone	2016	-	-	-	-	-	-	-	85	-	-	-	-	83	-	-	-	-	97	-	
	Somalie	2016	-	-	-	85	-	-	-	56	-	-	-	52	-	-	-	-	-	71	-	
	Soudan du Sud	2016	-	-	-	80	-	-	-	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Sri Lanka	2016	-	-	-	93	-	-	-	90	-	-	-	91	-	-	-	-	-	99	-	
	Tchad	2016	-	-	-	100	-	-	-	78	-	-	-	82	-	-	-	-	-	83	-	
	Tchéquie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Togo	2016	-	-	-	-	-	-	-	90	-	-	-	92	-	-	-	-	-	-	-	
	Trinité-et-Tobago	2010	-	-	-	51	-	-	-	89	-	-	-	85	-	-	-	-	-	-	-	
	Tunisie	2016	-	-	-	-	-	-	-	46	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	
	Zambie	2016	-	-	-	91	-	-	-	61	-	-	-	80	-	-	-	-	-	84	-	
	Zimbabwe	2016	56	35	9	80	-	59	32	10	81	-	53	35	12	78	-	61	31	9	96	-

ANNEXE 3.4

Estimations nationales sur la gestion des déchets

GESTION DES DÉCHETS				NIVEAU NATIONAL				MILIEU URBAIN				MILIEU RURAL						
PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	NIVEAU NATIONAL				MILIEU URBAIN				MILIEU RURAL						
				Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités
Afghanistan	2013	31 732	24	-	-	-	-	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83
Andorre	2016	77	88	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	2010	95	26	-	-	-	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arménie	2016	2 925	63	97	-	-	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	2016	9 725	55	-	-	-	-	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	2016	162 952	35	11	56	32	25	48	38	47	15	55	75	9	57	34	22	46
Bénin	2016	10 872	46	26	70	4	42	55	29	64	7	42	62	24	74	2	42	49
Bhoutan	2016	798	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brésil	2015	207 848	86	-	-	17	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	2016	18 646	28	31	69	1	31	77	33	65	2	33	85	23	77	0	23	83
Burundi	2016	10 524	12	84	-	-	84	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodge	2016	15 762	23	-	-	-	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	2016	1 403 500	57	-	-	-	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cisjordanie et bande de Gaza	2016	4 791	76	-	-	-	-	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comores	2016	796	29	-	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	2016	5 126	66	12	27	60	40	26	12	32	55	45	25	12	21	66	34	27
Côte d'Ivoire	2016	23 696	50	-	-	-	80	-	-	-	-	80	-	-	-	-	-	-
Djibouti	2016	942	78	35	-	-	35	41	43	-	-	43	45	26	-	-	26	37
Égypte	2010	84 108	43	17	83	0	33	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Équateur	2016	16 385	64	49	-	-	53	59	53	-	-	58	66	42	-	-	45	50
Estonie	2016	1 312	69	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	2016	102 403	20	64	-	-	87	64	85	-	-	93	85	54	-	-	94	54
Gambie	2016	2 039	60	-	-	-	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	2016	28 207	55	51	-	-	98	57	53	-	-	96	59	50	-	-	92	55
Grenade	2016	107	36	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	2016	1 816	43	0	-	-	7	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haïti	2016	10 847	53	6	71	23	15	35	8	60	32	17	48	4	78	18	13	26
Honduras	2016	9 113	56	-	-	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Cook	2016	17	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	2016	53	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	2016	599	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	2016	1 324 171	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- = estimations non disponibles. s.o. = sans objet Pour accéder à des estimations non arrondies, consultez www.washdata.org.



PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC					SECTEUR PRIVÉ					
		Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	
Afghanistan	2013	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	-	-	-	-	-	83	-	-	-	-	-
Andorre	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	2010	-	-	-	67	-	-	-	64	-	-	-	-	56	-	-	-	-	-	75	-	-
Arménie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	2016	11	47	42	25	52	11	59	30	25	47	9	57	34	22	46	37	48	15	54	74	74
Bénin	2016	45	55	0	68	73	25	71	4	41	54	30	67	3	46	60	17	76	7	34	44	44
Bhoutan	2016	86	-	-	96	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brésil	2015	-	-	-	-	-	-	-	-	93	-	-	-	10	64	-	-	-	26	47	-	-
Burkina Faso	2016	86	9	5	95	91	32	67	1	32	74	23	77	0	23	89	38	60	2	38	81	81
Burundi	2016	94	-	-	94	94	81	-	-	81	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodge	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	-	-	-	-	-	-	-
Chine	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	86	-	-	-	-	86	-	-	-	-	-	-	-
Cisjordanie et bande de Gaza	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comores	2016	-	-	-	60	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	2016	16	31	53	47	31	12	27	61	39	25	14	30	57	44	26	10	24	67	33	24	24
Côte d'Ivoire	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	69	-	-	-	-	92	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	2016	64	-	-	64	65	29	-	-	29	57	31	-	-	31	52	61	-	-	61	92	92
Égypte	2010	22	78	0	37	56	15	85	0	32	42	-	-	0	34	-	-	-	0	23	-	-
Équateur	2016	67	-	-	72	82	48	-	-	52	58	46	-	-	50	56	63	-	-	70	77	77
Estonie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	2016	94	-	-	94	95	63	-	-	86	63	68	-	-	89	68	72	-	-	76	72	72
Gambie	2016	-	-	-	63	-	-	-	-	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	2016	74	-	-	93	84	39	-	-	100	42	56	-	-	98	58	18	-	-	61	23	23
Grenade	2016	-	-	-	100	-	-	-	-	100	-	-	-	-	100	-	-	-	-	100	-	-
Guinée-Bissau	2016	-	-	-	-	-	0	-	-	7	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haïti	2016	12	63	26	22	52	5	72	23	14	32	6	73	20	16	30	5	69	25	14	37	37
Honduras	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	95	-	-	-	-	96	-	-	-	-	-	-	-
Îles Cook	2016	50	-	-	50	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	2016	0	-	-	100	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	2016	58	-	-	100	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	2016	76	21	3	80	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ANNEXE 3.4

Estimations nationales sur la gestion des déchets

PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	GESTION DES DÉCHETS				NIVEAU NATIONAL				MILIEU URBAIN				MILIEU RURAL					
	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités
Indonésie	2016	261 115	54	66	-	-	80	66	66	-	-	84	68	64	-	-	76	64
Kenya	2016	48 462	26	33	62	5	33	50	60	-	-	91	60	44	-	-	97	51
Kirghizistan	2016	5 956	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kiribati	2016	114	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	2016	4 053	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-
Lesotho	2015	2 135	27	47	33	20	80	57	-	-	-	-	-	46	36	19	81	52
Liban	2016	6 007	88	64	31	5	95	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	2016	4 614	50	67	-	-	84	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libye	2016	6 293	80	43	-	-	46	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	2016	2 908	67	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	2014	23 590	35	42	-	-	78	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	2016	18 092	17	43	56	1	90	49	43	56	2	83	54	43	56	0	92	47
Maldives	2016	428	39	30	-	-	47	59	50	-	-	50	75	29	-	-	47	58
Mali	2016	17 995	41	-	-	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	2016	4 301	52	25	54	21	70	36	46	44	10	67	67	7	63	30	45	19
Micronésie (États fédérés de)	2016	105	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	2016	3 027	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monténégro	2016	629	66	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Myanmar	2016	52 885	30	3	88	9	17	11	30	67	3	71	48	1	89	9	14	8
Namibie	2013	2 317	45	20	77	3	53	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nauru	2016	11	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NA	NA	NA	NA	NA
Népal	2016	28 983	19	1	62	36	5	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niger	2016	20 673	16	60	-	-	73	60	64	-	-	71	70	48	-	-	75	48
Nigéria	2016	185 990	49	43	47	10	73	43	50	46	4	80	50	36	49	15	67	36
Nioué	2016	2	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouganda	2016	41 488	23	43	-	-	70	43	44	-	-	65	49	24	-	-	75	35
Palaos	2016	22	79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2016	8 085	13	10	-	-	97	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	2016	6 725	61	6	-	-	80	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	2016	31 774	78	28	-	-	97	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Philippines	2016	103 320	46	-	-	-	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	-
République démocratique du Congo	2016	78 736	43	12	68	20	43	24	17	67	16	43	35	10	69	21	43	21



PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC					SECTEUR PRIVÉ				
		Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités
Indonésie	2016	84	-	-	90	92	58	-	-	77	58	70	-	-	83	70	39	-	-	60	50
Kenya	2016	53	38	9	62	89	42	54	4	65	68	47	51	2	72	73	47	46	8	60	58
Kirghizistan	2016	72	-	-	72	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kiribati	2016	50	0	50	50	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	2015	64	14	21	79	86	45	35	20	80	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liban	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	2016	59	-	-	88	59	63	-	-	88	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libye	2016	50	-	-	84	50	39	-	-	39	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	2016	97	-	-	100	97	92	-	-	100	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	2014	-	-	-	-	-	40	-	-	81	40	42	-	-	76	42	-	-	-	-	-
Malawi	2016	41	58	1	88	41	41	58	1	90	57	39	61	0	94	72	46	52	1	85	46
Maldives	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	2016	62	36	2	90	64	23	55	22	54	40	18	58	24	51	35	61	33	6	77	72
Micronésie (États fédérés de)	2016	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monténégro	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Myanmar	2016	22	73	5	68	37	1	90	9	11	8	2	89	9	17	10	46	46	9	69	71
Namibie	2013	33	62	4	58	87	19	78	3	52	51	19	79	2	34	51	25	70	5	31	67
Nauru	2016	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	2016	1	35	64	4	43	1	73	26	5	13	1	71	28	4	13	2	32	65	5	44
Niger	2016	-	-	-	62	-	56	-	-	76	56	58	-	-	74	58	-	-	-	68	-
Nigéria	2016	51	45	4	73	52	40	48	12	73	40	42	49	9	77	42	26	58	16	40	50
Nioué	2016	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouganda	2016	72	-	-	92	72	29	-	-	68	33	41	-	-	85	41	42	-	-	60	52
Palaos	2016	0	-	-	100	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2016	-	-	-	-	-	9	-	-	98	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	80	23	-	-	-	-	-
Pérou	2016	-	-	-	-	-	27	-	-	98	27	28	-	-	97	28	-	-	-	-	-
Philippines	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	68	-	-	-	-	68	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	2016	38	54	8	65	57	11	69	20	42	23	11	72	17	47	22	13	62	25	37	27

ANNEXE 3.4

Estimations nationales sur la gestion des déchets

PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	GESTION DES DÉCHETS			NIVEAU NATIONAL				MILIEU URBAIN				MILIEU RURAL						
	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités
République démocratique populaire lao	2016	6 758	34	33	-	-	33	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	2016	55 572	32	27	65	7	52	34	43	49	7	60	54	19	74	8	46	28
Rwanda	2011	10 516	17	49	47	3	91	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	2016	55	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	2016	33	97	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-
Sénégal	2016	15 412	46	31	54	15	40	41	23	57	19	32	58	33	56	12	44	33
Serbie	2016	8 820	56	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seychelles	2016	94	56	80	-	-	80	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	2016	7 396	41	17	83	0	59	53	27	73	0	70	39	15	85	0	49	31
Somalie	2016	14 318	44	13	58	29	51	26	20	65	15	66	34	2	46	52	28	13
Soudan du Sud	2016	12 231	19	-	-	-	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	2016	20 798	18	27	69	4	51	44	47	51	1	66	69	19	76	5	45	34
Tadjikistan	2012	7 995	27	-	-	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tchad	2016	14 453	23	55	-	-	74	55	70	-	-	70	75	55	-	-	71	55
Tchéquie	2016	10 611	74	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	2016	1 269	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	2016	7 606	41	30	68	2	73	32	43	50	7	75	48	-	-	-	-	-
Tonga	2016	107	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	2010	1 328	54	-	-	-	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tunisie	2016	11 403	68	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	2016	11	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	2016	270	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	2016	94 569	35	-	-	-	-	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yémen	2016	27 584	35	13	37	50	36	20	-	-	50	-	-	-	-	50	-	-
Zambie	2016	16 591	42	40	-	-	84	72	61	-	-	90	76	40	-	-	89	63
Zimbabwe	2016	16 150	32	55	45	0	70	55	90	9	0	95	90	46	54	0	64	46



PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC					SECTEUR PRIVÉ				
		Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (déchets triés, traités et éliminés en toute sécurité)	Services limités de gestion des déchets (déchets non triés ou traités et éliminés en toute sécurité)	Pas de services de gestion des déchets (déchets non triés ni traités ni éliminés en toute sécurité)	Déchets triés	Déchets traités
République démocratique populaire lao	2016	18	-	-	18	70	40	-	-	40	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	2016	49	47	4	60	58	26	66	7	52	39	20	74	7	50	31	47	43	10	58	61
Rwanda	2011	67	31	2	93	79	48	49	3	90	60	49	50	1	94	61	49	45	6	86	63
Saint-Kitts-et-Nevis	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-
Saint-Marin	2016	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100
Sénégal	2016	33	44	24	39	69	31	55	14	41	39	31	56	13	40	37	31	45	24	39	59
Serbie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seychelles	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	2016	-	-	-	-	-	16	84	0	50	31	15	85	0	48	31	41	59	0	89	46
Somalie	2016	34	64	2	93	42	11	57	32	48	24	12	54	34	44	25	15	66	19	67	28
Soudan du Sud	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	2016	38	60	1	63	52	18	76	6	39	38	23	74	4	47	40	72	25	3	87	84
Tadjikistan	2012	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tchad	2016	88	-	-	90	88	53	-	-	76	53	57	-	-	73	57	60	-	-	60	66
Tchéquie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	2016	40	60	0	100	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	2016	-	-	-	-	-	28	70	2	72	29	30	68	2	74	32	-	-	-	-	-
Tonga	2016	13	88	0	100	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	2010	-	-	-	64	-	-	-	-	91	-	-	-	-	88	-	-	-	-	-	-
Tunisie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	18	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	2016	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	2016	0	-	-	100	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	2016	-	-	-	-	92	-	-	-	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yémen	2016	7	44	49	32	19	-	-	60	-	-	14	35	51	36	20	-	-	-	-	-
Zambie	2016	57	-	-	72	87	36	-	-	86	67	46	-	-	87	86	63	-	-	95	86
Zimbabwe	2016	64	34	2	64	71	53	47	0	71	53	51	49	0	68	51	73	27	0	79	73

ANNEXE 3.5 | Estimations nationales sur le nettoyage de l'environnement

NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT				NIVEAU NATIONAL					MILIEU URBAIN					MILIEU RURAL									
PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et personnel formé)		Services limités de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et/ou quelques membres du personnel formés)		Pas de services de nettoyage de l'environnement (pas de protocoles de nettoyage et personnel non formé)		Protocoles de nettoyage		Formation sur le nettoyage		Services de base de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et personnel formé)		Services limités de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et/ou quelques membres du personnel formés)		Pas de services de nettoyage de l'environnement (pas de protocoles de nettoyage et personnel non formé)		Protocoles de nettoyage		Formation sur le nettoyage	
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	2016	9 725	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	2016	1 403 500	57	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	2016	1 324 171	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	2016	4 614	50	-	-	-	-	-	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	2016	2 908	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maldives	2016	428	39	18	38	44	62	19	50	25	25	75	50	17	38	44	62	18	-	-	-	-	-
Monténégro	2016	629	66	80	15	5	80	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	2016	33	97	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tunisie	2016	11 403	68	43	49	8	51	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- = estimations non disponibles. s.o. = sans objet Pour accéder à des estimations non arrondies, consultez www.washdata.org.



PAYS, ZONE OU TERRITOIRE	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC					SECTEUR PRIVÉ				
		Services de base de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et personnel formé)	Services limités de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et/ou quelques membres du personnel formés)	Pas de services de nettoyage de l'environnement (pas de protocoles de nettoyage et personnel non formé)	Protocoles de nettoyage	Formation sur le nettoyage	Services de base de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et personnel formé)	Services limités de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et/ou quelques membres du personnel formés)	Pas de services de nettoyage de l'environnement (pas de protocoles de nettoyage et personnel non formé)	Protocoles de nettoyage	Formation sur le nettoyage	Services de base de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et personnel formé)	Services limités de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et/ou quelques membres du personnel formés)	Pas de services de nettoyage de l'environnement (pas de protocoles de nettoyage et personnel non formé)	Protocoles de nettoyage	Formation sur le nettoyage	Services de base de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et personnel formé)	Services limités de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et/ou quelques membres du personnel formés)	Pas de services de nettoyage de l'environnement (pas de protocoles de nettoyage et personnel non formé)	Protocoles de nettoyage	Formation sur le nettoyage
Azerbaïdjan	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	2016	-	-	-	-	-	-	-	46	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	
Inde	2016	73	8	19	74	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Libéria	2016	-	-	-	-	89	-	-	-	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituanie	2016	-	-	-	100	-	-	-	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Maldives	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Monténégro	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
San Marino	2016	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	0	0	100	100	100	0	0	100	100	
Tunisie	2016	-	-	-	-	-	43	49	8	51	43	43	49	8	51	43	-	-	-	-	

ANNEXE 4.1

Estimations régionales et mondiales sur l'approvisionnement en eau

RÉGION	APPROVISIONNEMENT EN EAU			NIVEAU NATIONAL					MILIEU URBAIN					MILIEU RURAL				
	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base d'approvisionnement en eau <i>(améliorés, disponibles et sur place)</i>	Services limités d'approvisionnement en eau <i>(améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)</i>	Pas de services d'approvisionnement en eau <i>(non amélioré ou aucune installation)</i>	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place	Services de base d'approvisionnement en eau <i>(améliorés, disponibles et sur place)</i>	Services limités d'approvisionnement en eau <i>(améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)</i>	Pas de services d'approvisionnement en eau <i>(non amélioré ou aucune installation)</i>	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place	Services de base d'approvisionnement en eau <i>(améliorés, disponibles et sur place)</i>	Services limités d'approvisionnement en eau <i>(améliorés, non disponibles et/ou non présents sur place)</i>	Pas de services d'approvisionnement en eau <i>(non amélioré ou aucune installation)</i>	Source d'eau améliorée	Approvisionnement en eau amélioré sur place
RÉGIONS ODD																		
Australie et Nouvelle-Zélande	2016	28 787	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie centrale et Asie du Sud	2016	1 916 054	35	-	-	10	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	2016	2 283 684	57	87	3	10	90	85	-	-	4	96	-	-	-	11	89	-
Europe et Amérique du Nord	2016	1 100 041	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	2016	639 049	80	-	-	5	95	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Nord et Asie Occidentale	2016	492 324	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Océanie	2016	11 331	23	70	24	6	94	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique Subsaharienne	2016	995 695	39	51	23	26	74	60	75	8	16	84	86	49	23	29	71	59
AUTRES REGROUPEMENTS RÉGIONAUX																		
Pays les moins avancés	2016	979 388	33	55	22	22	78	64	-	-	7	93	89	43	32	25	75	60
Pays en développement sans littoral	2016	491 970	30	45	36	18	82	66	71	22	7	93	85	42	35	23	77	62
Petits États insulaires en développement	2016	68 321	61	65	23	11	89	71	-	-	8	92	92	-	-	-	-	-
MONDE	2016	7 466 964	54	74	14	12	88	79	-	-	5	95	-	-	-	15	85	-

- = estimations non disponibles. Pour accéder à des estimations non arrondies, consultez www.washdata.org.

ANNEXE 4.2 | Estimations régionales et mondiales

ASSAINISSEMENT				NIVEAU NATIONAL				MILIEU URBAIN				MILIEU RURAL						
RÉGION	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux besoins des personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux besoins des personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux besoins des personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables
RÉGIONS ODD																		
Australie et Nouvelle-Zélande	2016	28 787	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie centrale et Asie du Sud	2016	1 916 054	35	-	-	40	60	-	-	-	-	-	-	-	-	31	69	-
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	2016	2 283 684	57	-	-	5	95	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe et Amérique du Nord	2016	1 100 041	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	2016	639 049	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Nord et Asie Occidentale	2016	492 324	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Océanie	2016	11 331	23	-	-	32	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique Subsaharienne	2016	995 695	39	23	48	29	71	63	-	-	27	73	64	4	60	36	64	56
AUTRES REGROUPEMENTS RÉGIONAUX																		
Pays les moins avancés	2016	979 388	33	-	-	21	78	68	-	-	10	90	82	-	-	24	76	66
Pays en développement sans littoral	2016	491 970	30	42	44	14	86	78	-	-	6	94	81	4	78	19	81	70
Petits États insulaires en développement	2016	68 321	61	-	-	24	76	70	-	-	10	90	90	-	-	-	-	-
MONDE	2016	7 466 964	54	-	-	21	79	78	-	-	-	-	-	-	-	23	77	-

- = estimations non disponibles. Pour accéder à des estimations non arrondies, consultez www.washdata.org.



RÉGION	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC			SECTEUR PRIVÉ						
		Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux besoins des personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, utilisables, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux besoins des personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables	Services de base d'assainissement (améliorés, réservés au personnel, non mixtes et pourvus de dispositifs de gestion de l'hygiène menstruelle, et adaptés aux besoins des personnes à mobilité réduite)	Services limités d'assainissement (améliorés, ne répondant pas à l'ensemble des critères propres aux services de base)	Pas de services d'assainissement (aucune installation ou non améliorés)	Améliorés	Améliorés et utilisables					
RÉGIONS ODD																					
Australie et Nouvelle-Zélande	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Asie centrale et Asie du Sud	2016	-	-	15	85	85	-	-	35	65	-	-	21	79	-	-	-	55	45		
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	2016	-	-	-	-	-	-	5	95	83	-	-	3	97	83	-	-	-	-		
Europe et Amérique du Nord	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Amérique latine et Caraïbes	2016	-	-	-	-	-	21	76	3	97	84	-	-	-	-	-	-	-	-		
Afrique du Nord et Asie Occidentale	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Océanie	2016	-	-	-	-	-	-	-	33	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Afrique Subsaharienne	2016	-	-	17	83	74	4	61	35	65	57	-	-	37	63	56	-	-	25	75	70
AUTRES REGROUPEMENTS RÉGIONAUX																					
Pays les moins avancés	2016	57	34	8	92	84	-	-	22	78	72	-	-	24	76	71	-	-	13	87	84
Pays en développement sans littoral	2016	-	-	5	95	88	4	81	15	85	79	42	43	15	85	76	62	32	7	93	92
Petits États insulaires en développement	2016	-	-	6	94	90	-	-	26	74	65	-	-	17	83	63	-	-	18	82	76
MONDE	2016	-	-	9	91	88	-	-	20	80	80	-	-	16	84	81	-	-	36	64	-

ANNEXE 4.3 | Estimations régionales et mondiales sur l'hygiène

HYGIÈNE				NIVEAU NATIONAL					MILIEU URBAIN					MILIEU RURAL				
RÉGION	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base d'hygiène <i>(installation avec eau et savon)</i>	Services limités d'hygiène <i>(installation avec eau, mais sans savon)</i>	Pas de services d'hygiène <i>(aucune installation ou absence d'eau)</i>	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène <i>(installation avec eau et savon)</i>	Services limités d'hygiène <i>(installation avec eau, mais sans savon)</i>	Pas de services d'hygiène <i>(aucune installation ou absence d'eau)</i>	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène <i>(installation avec eau et savon)</i>	Services limités d'hygiène <i>(installation avec eau, mais sans savon)</i>	Pas de services d'hygiène <i>(aucune installation ou absence d'eau)</i>	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes
RÉGIONS ODD																		
Australie et Nouvelle-Zélande	2016	28 787	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie centrale et Asie du Sud	2016	1 916 054	35	-	-	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	2016	2 283 684	57	36	64	0	45	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe et Amérique du Nord	2016	1 100 041	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	2016	639 049	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Nord et Asie Occidentale	2016	492 324	62	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Océanie	2016	11 331	23	-	-	-	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique Subsaharienne	2016	995 695	39	-	-	6	69	-	-	-	1	79	-	-	-	1	59	-
AUTRES REGROUPEMENTS RÉGIONAUX																		
Pays les moins avancés	2016	979 388	33	-	-	-	66	-	-	-	-	85	-	-	-	-	57	-
Pays en développement sans littoral	2016	491 970	30	-	-	2	68	-	-	-	1	78	-	-	-	3	57	-
Petits États insulaires en développement	2016	68 321	61	-	-	-	80	-	-	-	-	74	-	-	-	-	-	-
MONDE	2016	7 466 964	54	-	-	16	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- = estimations non disponibles. Pour accéder à des estimations non arrondies, consultez www.washdata.org.



RÉGION	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC				SECTEUR PRIVÉ					
		Services de base d'hygiène <i>(installation avec eau et savon)</i>	Services limités d'hygiène <i>(installation avec eau, mais sans savon)</i>	Pas de services d'hygiène <i>(aucune installation ou absence d'eau)</i>	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène <i>(installation avec eau et savon)</i>	Services limités d'hygiène <i>(installation avec eau, mais sans savon)</i>	Pas de services d'hygiène <i>(aucune installation ou absence d'eau)</i>	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène <i>(installation avec eau et savon)</i>	Services limités d'hygiène <i>(installation avec eau, mais sans savon)</i>	Pas de services d'hygiène <i>(aucune installation ou absence d'eau)</i>	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes	Services de base d'hygiène <i>(installation avec eau et savon)</i>	Services limités d'hygiène <i>(installation avec eau, mais sans savon)</i>	Pas de services d'hygiène <i>(aucune installation ou absence d'eau)</i>	Points de prestation de soins équipés de produits pour l'hygiène des mains	Installations de lavage des mains à proximité des toilettes
RÉGIONS ODD																					
Australie et Nouvelle-Zélande	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie centrale et Asie du Sud	2016	76	0	24	95	78	-	-	50	-	-	-	-	39	-	-	-	-	62	-	-
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	2016	-	-	-	-	-	36	64	0	44	67	36	64	0	45	67	-	-	-	-	-
Europe et Amérique du Nord	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Nord et Asie Occidentale	2016	-	-	0	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	-	-
Océanie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique Subsaharienne	2016	-	-	1	84	-	-	-	1	64	-	-	-	1	65	-	-	-	2	79	-
AUTRES REGROUPEMENTS RÉGIONAUX																					
Pays les moins avancés	2016	-	-	-	83	-	-	-	-	61	-	-	-	-	62	-	-	-	-	83	-
Pays en développement sans littoral	2016	-	-	1	85	-	-	-	2	63	-	-	-	2	60	-	-	-	-	81	-
Petits États insulaires en développement	2016	-	-	-	78	-	-	-	-	80	-	-	-	-	65	-	-	-	-	75	-
MONDE	2016	-	-	-	90	-	-	-	18	54	-	-	-	14	54	-	-	-	-	-	-

ANNEXE 4.4 | Estimations régionales et mondiales sur la gestion des déchets

GESTION DES DÉCHETS				NIVEAU NATIONAL				MILIEU URBAIN				MILIEU RURAL						
RÉGION	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base de gestion des déchets <i>(améliorés et disponibles)</i>	Services limités de gestion des déchets <i>(améliorés, non disponibles)</i>	Pas de services de gestion des déchets <i>(aucune installation ou non améliorés)</i>	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets <i>(améliorés et disponibles)</i>	Services limités de gestion des déchets <i>(améliorés, non disponibles)</i>	Pas de services de gestion des déchets <i>(aucune installation ou non améliorés)</i>	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets <i>(améliorés et disponibles)</i>	Services limités de gestion des déchets <i>(améliorés, non disponibles)</i>	Pas de services de gestion des déchets <i>(aucune installation ou non améliorés)</i>	Déchets triés	Déchets traités
RÉGIONS ODD																		
Australie et Nouvelle-Zélande	2016	28 787	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie centrale et Asie du Sud	2016	1 916 054	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	2016	2 283 684	57	-	-	-	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe et Amérique du Nord	2016	1 100 041	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	2016	639 049	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Nord et Asie Occidentale	2016	492 324	62	-	-	11	-	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Océanie	2016	11 331	23	10	-	-	97	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique Subsaharienne	2016	995 695	39	40	49	11	65	47	45	8	72	55	35	51	14	70	42	
AUTRES REGROUPEMENTS RÉGIONAUX																		
Pays les moins avancés	2016	979 388	33	27	51	22	49	43	39	46	15	59	60	24	54	22	51	40
Pays en développement sans littoral	2016	491 970	30	49	-	-	68	56	67	-	-	80	75	44	-	-	81	52
Petits États insulaires en développement	2016	68 321	61	8	69	23	45	24	9	58	32	18	48	-	-	-	-	-
MONDE	2016	7 466 964	54	-	-	-	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- = estimations non disponibles. Pour accéder à des estimations non arrondies, consultez www.washdata.org.



RÉGION	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC					SECTEUR PRIVÉ				
		Services de base de gestion des déchets (améliorés et disponibles)	Services limités de gestion des déchets (améliorés, non disponibles)	Pas de services de gestion des déchets (aucune installation ou non améliorés)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (améliorés et disponibles)	Services limités de gestion des déchets (améliorés, non disponibles)	Pas de services de gestion des déchets (aucune installation ou non améliorés)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (améliorés et disponibles)	Services limités de gestion des déchets (améliorés, non disponibles)	Pas de services de gestion des déchets (aucune installation ou non améliorés)	Déchets triés	Déchets traités	Services de base de gestion des déchets (améliorés et disponibles)	Services limités de gestion des déchets (améliorés, non disponibles)	Pas de services de gestion des déchets (aucune installation ou non améliorés)	Déchets triés	Déchets traités
RÉGIONS ODD																					
Australie et Nouvelle-Zélande	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie centrale et Asie du Sud	2016	67	24	8	72	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	81	-	-	-	-	-	83	-	-	-	-	-
Europe et Amérique du Nord	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Nord et Asie Occidentale	2016	-	-	11	-	-	-	-	13	-	-	-	-	11	-	-	-	-	0	-	-
Océanie	2016	-	-	-	-	-	9	-	98	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique Subsaharienne	2016	60	34	6	76	69	38	50	12	68	46	40	51	10	71	48	39	46	15	55	53
AUTRES REGROUPEMENTS RÉGIONAUX																					
Pays les moins avancés	2016	42	34	24	59	62	26	52	21	48	42	25	53	21	49	42	40	42	17	56	61
Pays en développement sans littoral	2016	71	-	-	78	80	46	-	-	69	54	47	-	-	72	58	54	-	-	64	65
Petits États insulaires en développement	2016	17	60	23	38	50	6	71	23	45	21	6	73	20	17	30	5	69	25	15	37
MONDE	2016	65	-	-	75	80	-	-	-	60	-	-	-	-	59	-	-	-	-	-	-

ANNEXE 4.5 | Estimations régionales et mondiales sur le nettoyage de l'environnement

NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT				NIVEAU NATIONAL				MILIEU URBAIN				MILIEU RURAL						
RÉGION	Année	Population (en milliers)	% en milieu urbain	Services de base de nettoyage de l'environnement <i>(protocoles de nettoyage et personnel formé)</i>	Services limités de nettoyage de l'environnement <i>(protocoles de nettoyage ou quelques membres du personnel formés)</i>	Pas de services de nettoyage de l'environnement <i>(pas de protocoles de nettoyage et personnel non formé)</i>	Protocoles de nettoyage	Formation sur le nettoyage	Services de base de nettoyage de l'environnement <i>(protocoles de nettoyage et personnel formé)</i>	Services limités de nettoyage de l'environnement <i>(protocoles de nettoyage ou quelques membres du personnel formés)</i>	Pas de services de nettoyage de l'environnement <i>(pas de protocoles de nettoyage et personnel non formé)</i>	Protocoles de nettoyage	Formation sur le nettoyage	Services de base de nettoyage de l'environnement <i>(protocoles de nettoyage et personnel formé)</i>	Services limités de nettoyage de l'environnement <i>(protocoles de nettoyage ou quelques membres du personnel formés)</i>	Pas de services de nettoyage de l'environnement <i>(pas de protocoles de nettoyage et personnel non formé)</i>	Protocoles de nettoyage	Formation sur le nettoyage
RÉGIONS ODD																		
Australie et Nouvelle-Zélande	2016	28 787	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie centrale et Asie du Sud	2016	1 916 054	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	2016	2 283 684	57	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe et Amérique du Nord	2016	1 100 041	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	2016	639 049	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Nord et Asie Occidentale	2016	492 324	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Océanie	2016	11 331	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique Subsaharienne	2016	995 695	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AUTRES REGROUPEMENTS RÉGIONAUX																		
Pays les moins avancés	2016	979 388	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pays en développement sans littoral	2016	491 970	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Petits États insulaires en développement	2016	68 321	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MONDE	2016	7 466 964	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- = estimations non disponibles. Pour accéder à des estimations non arrondies, consultez www.washdata.org.



RÉGION	Année	MILIEU HOSPITALIER					MILIEU NON HOSPITALIER					SECTEUR PUBLIC					SECTEUR PRIVÉ				
		Services de base de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et personnel formé)	Services limités de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage ou quelques membres du personnel formés)	Pas de services de nettoyage de l'environnement (pas de protocoles de nettoyage et personnel non formé)	Protocoles de nettoyage	Formation sur le nettoyage	Services de base de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et personnel formé)	Services limités de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage ou quelques membres du personnel formés)	Pas de services de nettoyage de l'environnement (pas de protocoles de nettoyage et personnel non formé)	Protocoles de nettoyage	Formation sur le nettoyage	Services de base de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et personnel formé)	Services limités de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage ou quelques membres du personnel formés)	Pas de services de nettoyage de l'environnement (pas de protocoles de nettoyage et personnel non formé)	Protocoles de nettoyage	Formation sur le nettoyage	Services de base de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage et personnel formé)	Services limités de nettoyage de l'environnement (protocoles de nettoyage ou quelques membres du personnel formés)	Pas de services de nettoyage de l'environnement (pas de protocoles de nettoyage et personnel non formé)	Protocoles de nettoyage	Formation sur le nettoyage
RÉGIONS ODD																					
Australie et Nouvelle-Zélande	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie centrale et Asie du Sud	2016	73	8	19	74	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie de l'Est et Asie du Sud-Est	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-
Europe et Amérique du Nord	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Nord et Asie Occidentale	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Océanie	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique Subsaharienne	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AUTRES REGROUPEMENTS RÉGIONAUX																					
Pays les moins avancés	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pays en développement sans littoral	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Petits États insulaires en développement	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MONDE	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



L'EAU, L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MESURES PRATIQUES
POUR INSTAURER L'ACCÈS
UNIVERSEL À DES SOINS DE
QUALITÉ

Pour en savoir plus sur les mesures concrètes qui peuvent être prises par les pays pour améliorer l'WASH dans les établissements de santé, reportez-vous au document connexe de l'OMS et de l'UNICEF.

www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-in-health-care-facilities/en



ONU-Eau coordonne les efforts des entités des Nations Unies et des organisations internationales qui œuvrent à la résolution des problèmes d'eau et d'assainissement. Ce faisant, ONU-Eau souhaite améliorer le soutien apporté aux États membres dans leurs efforts d'application des accords internationaux sur l'eau et l'assainissement. Les publications d'ONU-Eau se basent sur l'expérience et l'expertise des membres et partenaires d'ONU-Eau.

RAPPORTS D'ONU-EAU:

Rapport de synthèse 2018 sur l'objectif de développement durable 6 relatif à l'eau et à l'assainissement

Le rapport de synthèse 2018 sur l'ODD 6 relatif à l'eau et à l'assainissement a été publié en juin 2018, en vue du Forum politique de haut niveau pour le développement durable, au cours duquel les États membres ont effectué un examen approfondi de l'ODD 6. En présentant la position commune du système des Nations Unies, le rapport donne des orientations pour comprendre les progrès mondiaux accomplis vers la réalisation de l'ODD 6 et ses interdépendances avec d'autres objectifs et cibles.

Rapports sur les indicateurs de l'objectif de développement durable 6

Cette série de rapports présente les avancées enregistrées vers la réalisation des cibles fixées par l'ODD 6, en s'appuyant sur les indicateurs mondiaux des ODD. Les rapports sont fondés sur des données nationales, compilées et vérifiées par les organismes des Nations Unies, garants de la fiabilité de chaque indicateur.

Analyse et évaluation mondiales d'ONU-Eau sur l'assainissement et l'eau potable (GLAAS)

L'initiative GLAAS est mise en œuvre par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au nom d'ONU-Eau. Elle fait le point sur les cadres politiques, les dispositifs institutionnels, les ressources humaines et les flux financiers nationaux et internationaux qui soutiennent l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement à travers le monde. L'initiative GLAAS apporte une contribution essentielle aux activités du partenariat Assainissement et eau pour tous (SWA).

Rapport mondial des Nations Unies sur la mise en valeur des ressources en eau

Publié par l'UNESCO au nom d'ONU-Eau, ce rapport annuel se présente comme la réponse cohérente et intégrée du système des Nations Unies aux problématiques et aux nouveaux défis liés à l'eau douce. Le thème du rapport est aligné sur celui de la Journée mondiale de l'eau (22 mars) et change chaque année.

Notes d'orientation et documents d'analyse

Les notes d'orientation d'ONU-Eau fournissent des orientations stratégiques brèves et informatives sur les problèmes les plus urgents liés à l'eau douce en s'appuyant sur l'expertise de chaque organisme du système des Nations Unies. Les documents d'analyse examinent les problèmes émergents et peuvent servir de base à un approfondissement des recherches et à de futures discussions et orientations stratégiques.

Rapport de situation du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP)

Ce rapport rattaché à ONU-Eau présente les résultats du suivi mondial des progrès accomplis visant l'accès à des services d'approvisionnement en eau potable sûrs et abordables et à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et équitables. Ce suivi s'appuie sur les résultats d'enquêtes auprès des ménages et de recensements généralement fournis par les bureaux nationaux de statistique selon des critères internationaux et repose de plus en plus sur des ensembles nationaux de données administratives et réglementaires.

UN-WATER PLANNED PUBLICATIONS 2019

- Update of UN-Water Policy Brief on Water and Climate Change (Mise à jour de la politique générale d'ONU-Eau concernant l'eau et le changement climatique)
- UN-Water Policy Brief on the Water Conventions (Note de politique générale d'ONU-Eau sur les conventions relatives à l'eau)
- UN-Water Analytical Brief on Water Efficiency (Dossier d'analyse d'ONU-Eau sur l'économie d'eau)



EAU POTABLE

En 2016:

- **38 pays et trois des huit** régions ODD disposaient de données suffisantes pour qu'on puisse estimer la couverture des services **de base** d'approvisionnement en eau dans les établissements de santé.
- **74 %** des établissements de santé disposaient de services **de base** d'approvisionnement en eau, c'est-à-dire que de l'eau était disponible sur place et qu'elle provenait d'une source améliorée.
- **12 %** des établissements de santé à l'échelle mondiale n'étaient pourvus d'**aucun service** d'approvisionnement en eau, c'est-à-dire qu'ils utilisaient de l'eau provenant d'une source améliorée située à plus de 500 m hors site ou provenant d'une source non améliorée, ou qu'ils ne disposaient d'aucune source d'approvisionnement en eau.
- **4 %** des hôpitaux et **11 %** des autres établissements de santé n'étaient dotés d'**aucun service** d'approvisionnement en eau.
- **896 millions** de personnes à l'échelle mondiale ne bénéficiaient d'**aucun service d'approvisionnement en eau** dans leur établissement de santé.

ASSAINISSEMENT

En 2016:

- **18 pays et une** seule région ODD disposaient de données suffisantes pour permettre d'estimer la couverture des services **de base** d'assainissement dans les établissements de santé.
- En Afrique subsaharienne, **23 %** des établissements de santé disposaient de services **de base** d'assainissement.
- **21 %** des établissements de santé à l'échelle mondiale n'étaient équipés d'**aucun service d'assainissement**, c'est-à-dire qu'ils étaient dotés de toilettes non améliorées ou qu'ils n'avaient pas de toilettes du tout.
- **9 %** des hôpitaux et **20 %** des autres établissements de santé n'étaient pourvus d'**aucun service d'assainissement**.
- **Plus de 1,5 milliard de personnes** à l'échelle mondiale ne bénéficiaient d'**aucun service d'assainissement** dans leur établissement de santé.

HYGIÈNE

En 2016:

- **14 pays** disposaient de suffisamment de données pour permettre d'estimer la couverture des services **de base** d'hygiène des mains dans les établissements de santé, c'est-à-dire sur la disponibilité d'installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins et dans les toilettes.
- À l'échelle mondiale, **un établissement de santé sur six (16 %)** n'était doté d'**aucun service d'hygiène**, c'est-à-dire qu'il ne disposait d'aucune installation pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins et qu'il n'y avait pas d'eau et de savon dans les toilettes.
- Relativement peu de pays (16) possédaient des données sur la disponibilité des installations de lavage des mains dans les toilettes, mais des données plus abondantes (concernant 55 pays) étaient disponibles pour ce qui est des installations d'hygiène des mains aux points de prestation de soins.
- À l'échelle mondiale, **57 %** des établissements de santé disposaient d'installations pour l'hygiène des mains aux points de prestation de soins.
- En Afrique subsaharienne, **84 %** des hôpitaux étaient dotés d'installations pour l'hygiène des mains au point de prestation de soins, comparativement à **64 %** des autres établissements de santé.

GESTION DES DÉCHETS

En 2016:

- **48 pays** disposaient de suffisamment de données pour permettre d'estimer la couverture des services **de base** de gestion des déchets dans les établissements de santé.
- **27 %** des établissements de santé dans les pays les moins avancés étaient pourvus de services **de base** de gestion des déchets.
- **40 %** des établissements de santé en Afrique subsaharienne étaient dotés de services **de base** de gestion des déchets.
- **60 %** des établissements de santé à l'échelle mondiale étaient munis de systèmes de triage des déchets.
- En Afrique subsaharienne, **60 %** des hôpitaux et **38 %** des autres établissements de santé étaient pourvus de services de base de gestion des déchets. **Sept** établissements de santé gouvernementaux **sur dix (71 %)** et **la moitié** des établissements de santé non gouvernementaux (55 %) triaient les déchets de manière sûre.

NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT

En 2016:

- Seuls **4 pays** disposaient de données suffisantes pour permettre d'estimer la couverture des services **de base** de nettoyage de l'environnement dans les établissements de santé.
- Il n'y avait pas suffisamment de pays disposant d'estimations de base pour permettre de calculer la couverture régionale ou mondiale des services **de base** de nettoyage de l'environnement.

Site du JMP: washdata.org