

MINISTERE DE LA SANTE
0000000000000000

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE



**PLAN NATIONAL DE L'HYGIENE ET DE
L'ASSAINISSEMENT DE BASE (PNHAB) AU TOGO
2014-2018**



SOMMAIRE

Sigles et abréviations.....	5
Glossaire	6
Résumé.....	8
Introduction générale	9
Chapitre 1 : Contexte général de l'étude	11
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	11
1.2. CHAMP D'ETUDE	12
1.3. RESULTATS ATTENDUS DE L'ETUDE	12
1.4. OBJECTIFS	13
1.4.1. OBJECTIF GENERAL.....	13
1.4.2- OBJECTIFS SPECIFIQUES	13
Chapitre 2 : Approche méthodologique.....	13
2.1. APPROCHE CLASSIQUE ET PARTICIPATIVE.....	14
2.2. ANALYSE DOCUMENTAIRE	14
2.3. RECHERCHE COMPLEMENTAIRE ET TRAITEMENT DES DONNEES.....	15
2.4. IDENTIFICATION ET ANALYSES DES PRIORITES.....	15
Chapitre 3 : Cadre général du plan	16
3.1. ORGANISATION ADMINISTRATIVE	16
3.2. POPULATION ET ECONOMIE.....	17
3.3. USAGE DE L'EAU.....	19
3.4. RESSOURCES EN EAU	19
Chapitre 4: Diagnostic du secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base	20
4.1. DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL	21
4.1.1. DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL.....	21
4.1.2. DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL DES SERVICES D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT DE BASE	23
4.1.3. REFORME ORGANISATIONNELLE EN COURS.....	25
4.1.4. RESSOURCES	25
4.2. DIAGNOSTIC DU CADRE REGLEMENTAIRE ET POLITIQUE.....	26
4.2.1. TEXTES ET LOIS RELATIFS AU SECTEUR D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT	26
4.2.2. POLITIQUES ET STRATEGIES.....	29
4.2.3. ANALYSE DU CADRE REGLEMENTAIRE ET POLITIQUE	31
4.3. ANALYSE DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE EN MATIERE D'HYGIENE ET ASSAINISSEMENT DE BASE AU TOGO.....	31
4.3.1. APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE	31
4.3.2. HYGIENE DES DENREES ALIMENTAIRES	32

4.3.3. EAU ET ASSAINISSEMENT DANS LES STRUCTURES PUBLIQUES.....	32
4.3.4. CONTRAINTES LIEES A L'ANALYSE DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE.....	44
4.3.5. DIAGNOSTIC DE LA PROMOTION DE L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT.....	46
4.3.6. GESTION DES BOUES DES OUVRAGES D'ASSAINISSEMENT INDIVIDUEL	47
4.3.7. DIAGNOSTIC FINANCIER	48
Chapitre 5: Revues des stratégies d'interventions développées	48
5.1. STRATEGIES DEVELOPPEES	49
5.2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES RETENUES	50
5.2.1. IDENTIFICATION DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT DANS LE SOUS-SECTEUR DE L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT.	50
5.2.2. STRATEGIES D'INTERVENTION RETENUES.....	51
5.3. CADRE LOGIQUE.....	51
5.4. Analyse des opportunités et des risques	53
5.4.1. Atouts et opportunités	53
5.5.2. RISQUES ET MENACES.....	54
Chapitre 6: Planification budgétaire.....	54
6.1. STRATEGIES DE MOBILISATION DES RESSOURCES.....	54
6.2. PROCEDURES DE GESTION DES RESSOURCES	55
6.3. PLAN D'ACTION.....	57
Chapitre 7: Suivi-évaluation	59
7.1. CADRE ET ACTEURS DU SUIVI-EVALUATION	59
7.2. OUTILS ET INDICATEURS POUR LE SUIVI-EVALUATION	59
7.3. Mécanisme de suivi-évaluation	68
Conclusion générale.....	70

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure 3.1 : Régions administratives du Togo	17
Figure 4.1 : Catégorisation du personnel technique en fonction des niveaux sanitaires	25
Figure 4.2 : Répartition des ouvrages d'AEPA en fonction de l'ordre d'enseignement	32
Figure 4.3 : Couverture des Collèges en latrine, eau et cantine par Région : milieu urbain	33
Figure 4.4 ; Couverture des Collèges en latrine, eau et cantine par Région en milieu rural	34
Figure 4.5: Couverture des Collèges couverts en cantine, avec ou sans point d'eau par Région	35
Figure 4.6 : Collèges couverts en cantine, avec ou sans latrine par Région	35
Figure 4.7: Répartition des ouvrages d'AEPA et cantine selon l'ordre d'enseignement	36
Figure 4.8 : Ratio d'élèves par cabine	36
Figure 4.9: Répartition des ouvrages d'AEPA selon l'ordre d'enseignement	37
Figure 4.10 : Répartition des ouvrages d'AEPA selon le milieu	37
Figure 4.11 : Répartition des cantines dans les écoles selon l'existence d'ouvrages d'AEPA	38
Figure 4.12 : Répartition des écoles selon la séparation ou non des blocs de latrines	38
Figure 4.13 : Ratio d'élèves par cabine dans les écoles primaires	39
Figure 4.14 : Répartition des ouvrages d'AEPA dans les formations sanitaires	40
Figure 4.15 : Etat des lieux des incinérateurs fonctionnels et à réhabiliter	40
Figure 4.16 : Répartition des ouvrages d'AEPA dans les formations sanitaires	42
Figure 4.17 : Produit des activités d'ATPC en fonction des régions	46
Figure 4.18 : Mode de vidange des installations sanitaires	47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1 : Répartition de la population selon la région et le milieu de résidence	18
Tableau 3.3 : Répartition des ménages selon la région et le milieu de résidence	18
Tableau 3.4: Répartition de la population de Lomé-commune selon les arrondissements et le milieu de résidence :	18
Tableau 3.5: Prélèvements totaux actuels et projetés en million de m ³ /an.	19
Tableau 4.1: Répartition des sous-secteurs de l'Hygiène et de l'Assainissement entre les Acteurs gouvernementaux	21
Tableau 4.2: Analyse SWOT ou FFOM du cadre organisationnel du sous-secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base	24
Figure 4.3 : Catégorisation du personnel technique en fonction des niveaux sanitaires	25
Tableau 4.4: Financement des services d'assainissement durant les 05 dernières années	26
Tableau 4.5: Taux de couverture en assainissement domestique au Togo	41
Tableau 13 Tableau 5.1: Cadre logique	51
Tableau 6.1: Plan d'action	57
Tableau 7.1 : Liste des indicateurs de suivi des activités et de mesures des impacts des actions entreprises	59

Sigles et abréviations

AEP	: Alimentation en Eau Potable
AEPHA	: Alimentation en Eau Potable, Hygiène et Assainissement
AFD	: Agence Française de Développement
AMCOW	: AfricanMinisters' Council of Water
ATPC	: Assainissement Total Piloté par les Communautés
BAD	: Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
DAHM	: Division d'Assainissement et d'Hygiène du Milieu
DHAB	: Direction d'Hygiène et d'Assainissement de Base
EAA	: Eau et Assainissement pour l'Afrique
IEC	: Information, Education, Communication
INSP	: Institut National de Santé Publique
JMP	: Joint Monitoring Program OMS/UNICEF
MEAHV	: Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hydraulique Villageoise
MICS	: Multiples Indicators of Cluster Survey
MS	: Ministère de la Santé
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PDA	: Plan Directeur d'Assainissement
PNA	: Politique Nationale d'Assainissement
PNAR	: Programme National d'Assainissement Rural
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
SNIEC	: Service National d'Information, d'Education et de Communication
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
STEP	: Station d'Épuration
UE	: Union Européenne
UNICEF	: Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIP	: Ventilated Improved Pit
WSSCC	: Water Supply and Sanitation Concertation Counsel

Glossaire

Assainissement : interventions destinées à réduire les risques pour la santé en assurant aux populations un environnement propre et mesures destinées à interrompre la transmission des pathologies .Elles consistent généralement à organiser l'évacuation ou la gestion hygiénique des excréta humains et animaux, des ordures et des eaux usées, à lutter contre les vecteurs de maladies, et à mettre en place les installations nécessaires à l'hygiène corporelles et à la propreté des habitations. La notion d'assainissement regroupe les comportements et les équipements qui agissent en synergie pour créer un environnement salubre.

Assainissement : C'est également l'ensemble des techniques de collecte, de transport et de traitement des eaux usées et pluviales d'une agglomération (assainissement collectif), d'un établissement classé (site industriel), ou d'une parcelle privée (assainissement autonome) avant leur rejet dans le milieu naturel. L'élimination des boues issues des dispositifs de traitement fait partie de l'assainissement. L'Assainissement vise la protection de la santé, de l'Environnement (ressources en eau) et du cadre de vie (lutte contre les nuisances et protection des biens et des personnes).

Assainissement autonome : L'assainissement autonome est d'abord défini par opposition à l'assainissement collectif. Il s'agit de l'ensemble des filières de traitement qui permettent d'éliminer les eaux usées d'une habitation individuelle, unifamiliale, en principe sur la parcelle portant l'habitation, sans transport des eaux usées. Une extension concerne le traitement des eaux usées de quelques habitations voisines sur un terrain privé. Il s'agit toujours d'assainissement autonome mais groupé. En revanche un groupement qui comporte un petit réseau de collecte et un dispositif de traitement (épandage, massif filtrant, etc.) sur terrain communal est considéré comme un assainissement collectif.

Assainissement collectif : C'est le mode d'assainissement constitué par un réseau public de collecte et de transport des eaux usées vers une station d'épuration (STEP)

Boues de vidange : Terme générique pour la boue ou le solide non digéré ou partiellement digéré qui résulte du stockage ou du traitement des eaux vannes ou des excréta.

Eau pluviale : Eau provenant des précipitations atmosphériques et qui n'est pas encore chargé de substances solubles issues de la terre.

Eau usée domestique : Déchets liquides générés au niveau domiciliaire composés des eaux vannes (matières fécales, urine, eaux de nettoyage anal et eaux de chasse d'eau) et des eaux ménagères (eaux de bain, eaux de lessive, eaux de bain ou de douche).

Hygiène : L'hygiène apparaît comme l'ensemble des recommandations et des attitudes à adopter par un individu en vue de la préservation durable de sa santé et de son cadre de vie. Elle concerne la conservation sûre de l'eau de consommation, la pratique sûre de lavage des mains et le Traitement sûr des produits alimentaires.

EN d'autres termes, l'hygiène peut être aussi considérée comme les conseils donnés à un individu en vue de son élévation sociale.

Réseau d'assainissement : Ensemble des ouvrages construits par l'homme pour canaliser les eaux pluviales et les eaux usées à l'intérieur d'une agglomération. La majeure partie de ces ouvrages sont des canalisations

souterraines reliées entre elles. Le réseau d'assainissement est un des éléments constituant le système d'assainissement

Installations d'assainissement amélioré et non amélioré

La notion d'équipement « amélioré » répond à une définition précise des Nations Unies : « [...] installations qui dans des conditions hygiéniques empêchent l'homme, l'animal ou l'insecte d'entrer en contact avec des excréta humains. [...] Pour être efficaces, ces installations doivent être bien construites et correctement entretenues. ». En somme, des installations d'assainissement « amélioré » sont celles qui offrent un espace privé et de bonnes conditions d'hygiène.

- Installations d'assainissement améliorées
 - Raccordement au tout-à-l'égout
 - Raccordement à une fosse septique
 - Latrines à chasse d'eau rudimentaire
 - Latrines à fosse simple**
 - Latrines à fosse, améliorées et autoventilées

- Installations d'assainissement non améliorées
 - Latrines sociocommunautaires (scolaires, publiques etc.)
 - Latrines en plein air (latrines traditionnelles)
 - Tinette

Source d'eau améliorée et non améliorée

Les technologies d'approvisionnement en eau amélioré fournissent en principe de l'eau de boisson plus salubre que celles que l'on qualifie de non améliorées.

- Sources d'approvisionnement en eau améliorée
 - Raccordement des habitations au réseau
 - Borne-fontaine
 - Puitsforé
 - Puitscreusé protégé
 - Source protégée
 - Citerne d'eau de pluie
- Sources d'approvisionnement en eau non améliorée
 - Puits non protégé
 - Source non protégée
 - Rivière ou étang
 - Eau fournie par un vendeur
 - Eau en bouteille¹
 - Approvisionnement par camion-citerne

¹ L'eau en bouteille est considérée comme non améliorée en raison des limitations concernant la quantité susceptible d'être fournie et non pas en raison de la qualité

Résumé

Introduction générale

Aujourd'hui, 2,5 milliards de personnes dans le monde, dont 550 millions en Afrique subsaharienne, ne disposent pas d'installations d'assainissement améliorées². 80 % de ces personnes vivent en milieu rural. Or, l'accès à l'eau et à l'assainissement constitue actuellement une question de droit humain fondamental.

L'Afrique au Sud du Sahara, malgré des progrès réalisés dans quelques secteurs, est actuellement l'une des rares régions du monde où la probabilité d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici 2015 demeure très faible si les tendances actuelles se maintiennent. Cette situation s'explique, entre autres, par une croissance encore faible et inéquitable, le niveau insuffisant des dépenses dans les secteurs prioritaires tels que l'agriculture, les infrastructures, l'éducation, la santé, l'accès à l'eau potable, mais aussi par des problèmes de capacités à de multiples niveaux. Selon les statistiques de l'OMS et l'Unicef disponibles, l'Afrique a le taux d'accès à l'eau potable et à l'assainissement le plus bas :

- Le taux d'accès à l'eau potable est de 63%. Ce qui signifie l'indisponibilité des services pour près de la moitié de la population ;
- Environ 70% de la population en Afrique sub-saharienne n'a pas accès aux ouvrages d'assainissement de base et quelques 250 millions de personnes ont recours à la défécation à l'air libre.

Le Togo, à l'instar des autres pays en développement, est caractérisée par une augmentation de sa population. Cette croissance démographique est particulièrement marquée au niveau urbain et principalement au niveau de Lomé. Cette situation s'accompagne de rejets de plus en plus importants de déchets solides et liquides domestiques qui affectent sérieusement la qualité du cadre de vie des populations.

Depuis la crise sociopolitique de 1990, les conditions d'hygiène et d'approvisionnement au Togo ne sont pas reluisantes. En effet, le système d'approvisionnement des populations en eau potable en milieu urbain ne répond plus aux nouveaux besoins créés par le développement des villes et centres périphériques. Selon QUIBB 2011, le pourcentage de ménages utilisant une source d'eau améliorée est de 55,9% avec une disparité entre le milieu urbain (76,7%) et rural (39,7%). Cette situation est, chaque année, la cause d'épidémies et de milliers de décès qui auraient pu être évités, en particulier chez les enfants. Les maladies dues à un assainissement insuffisant sont elles-mêmes causes d'absentéisme à l'école et au travail, et donc d'un faible niveau scolaire et de pertes économiques et en revenus importantes à l'échelle d'un pays. L'accès à un assainissement de qualité est une condition nécessaire pour garantir la dignité des populations, contribuer au développement des pays et lutter contre la pauvreté.

Il faut dire que cela se passe dans un contexte où le sous-secteur de l'assainissement accuse un important retard par rapport à celui de l'eau potable. Naturellement, ce retard rejaillit sur les conditions sanitaires des populations et entraîne une dégradation continue de leur cadre de vie et de l'environnement d'une façon générale. Cette situation constitue un réel frein aux efforts de lutte contre la pauvreté que mène l'Etat depuis une décennie. En effet, l'impact de l'état de santé sur le développement humain en général, sur la productivité du travail et sur la pauvreté en particulier, est une donnée importante dans la mesure de la performance d'une économie. En revanche, les maladies affectent sérieusement la production et les revenus des ménages. Selon Sir Edwin, Médecin économiste : « Dans les pays en voie de développement, les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, ils s'appauvrissent davantage parce qu'ils sont malades ; et voient leur état de mal empirer du fait de la misère accrue ».

Les leçons tirées de la mise en œuvre des OMD démontrent qu'aucun objectif de développement ne peut être atteint de manière satisfaisante sans un accès adéquat et durable des populations à l'eau et à l'assainissement. En prélude à l'élaboration des prochains objectifs post OMD, le Togo a rédigé les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) puis de la Stratégie de Croissance Accélérée et de

²Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (JMP) - 2008

Promotion de l'Emploi (SCAPE) basés sur le principe que l'eau et l'assainissement sont des éléments clé pour la santé, l'éducation, la mortalité maternelle et infantile, l'égalité des genres et la croissance économique. Ils comprennent respectivement cinq piliers qui sont : (i) Promouvoir la bonne gouvernance et consolider la paix (par le renforcement des institutions), (ii) Consolider la stabilité macroéconomique et la croissance, (iii) Améliorer l'accès aux services sociaux et réduire la vulnérabilité, (iv) Combattre le VIH/Sida et (v) Promouvoir la dynamique communautaire.

Dans la perspective d'atteindre les OMD 7, de différents programmes de développement appuyés par les bailleurs, soutiennent ce secteur par de nombreux investissements importants aussi bien en milieu rural qu'urbain. Malgré ces efforts, le nombre de personnes sans ouvrages d'assainissement ne diminue pas de façon notable. En effet, estimée à 37% en 1990, la proportion de la population disposant d'installations sanitaires améliorées est passée à 31,7% en 2006 à 34,9% en 2012³. De plus, depuis 2000, une certaine dynamique dans le secteur a été engagée afin d'y assurer une meilleure visibilité et renforcer la coordination. C'est ainsi qu'une politique nationale d'Hygiène et d'Assainissement a été élaborée en 2001 puis revisitée et validée en 2009 par les différents acteurs des Ministères impliqués dans le secteur de l'hygiène et de l'assainissement. Elle donne des clarifications sur les attributions des différents acteurs impliqués dans le sous-secteur et diverses orientations dont l'élaboration des politiques et plans d'actions sous-sectoriels. En quête d'efficacité de la répartition intra-sectorielle des ressources, le cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) pour le secteur a été élaboré. Par ailleurs, en 2008, le Togo a souscrit, lors de la rencontre AfricaSan tenue en Afrique du Sud, aux engagements d'eThekwini qui visent, entre autres, à mettre à jour les politiques des pays en matière d'hygiène et d'assainissement et à élaborer un plan national unifié pour accélérer les progrès visant à atteindre les objectifs nationaux concernant l'assainissement et les OMD et à s'assurer que les programmes nationaux sont bien exécutés.

Dans cette optique, sous l'égide du MEAHV, la politique sous sectorielle de l'assainissement dénommée PSSACa été élaborée et validée en 2012 avec un plan d'action national pour l'assainissement collectif. Ainsi pour rendre plus cohérentes les interventions dans le secteur de l'Assainissement aussi bien au niveau urbain que rural, l'Etat a retenu de faire mener sur financement propre, la présente étude d'élaboration d'un plan national de l'hygiène et de l'assainissement de base (PNHAB) afin d'avoir une meilleure visibilité dans le sous-secteur. La mise en œuvre de ce plan apportera une amélioration sensible de la situation à travers d'une part la fourniture des services appropriés d'assainissement de base des eaux usées et excréta et de l'hygiène y afférent en milieu urbain et rural et, d'autre part une meilleure coordination des interventions dans le sous-secteur de l'assainissement.

Le document qui couvre la période 2014-2018, est structuré en huit parties :

- Contexte général de l'étude;
- *Approche méthodologique*;
- Cadre général du Plan
- Diagnostic du secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base qui comprend :
- Analyse de l'offre et de la demande en matière d'hygiène et assainissement de base au Togo.
- Revue des stratégies d'interventions développées ;
- Planification budgétaire ;
- Suivi-évaluation

³Cadre d'accélération des OMD

Chapitre 1 : Contexte général de l'étude

1.1. Contexte et justification de l'étude

Dans le monde, aujourd'hui, 2,5 milliards d'êtres humains, dont 550 millions en Afrique, ne disposent pas d'un assainissement de base. Selon le dernier rapport du PNUD « L'Afrique et les Objectifs de développement du Millénaire, 2007 », la situation de l'accès à l'eau et à l'assainissement en Afrique est très préoccupante. Seules 47 % des personnes vivant en zone rurale ont accès à une eau salubre, et 63 % de l'ensemble de la population n'ont pas accès aux installations sanitaires de base. En matière d'eau potable et d'assainissement le Togo compte parmi ces nombreux pays où les taux actuels de couverture restent les plus bas au monde. Près de 6 ménages sur 10 (58,2 %) sur le territoire togolais, utilisent une source d'eau améliorée (MICS 2010). La différence entre les zones urbaines et rurales est grande : 39,0 % seulement des ménages ruraux utilisent des sources d'eau de boisson améliorées contre 88,8 % des ménages urbains, soit un peu plus du double.

L'indicateur d'assainissement fait également ressortir des disparités : seuls 12,0 % des ménages en zone rurale utilisent des installations sanitaires améliorées, contre 73,3 % en zone urbaine. Globalement au Togo, 35,6 % des ménages utilisent des installations sanitaires améliorées.

A part la capitale Lomé, toutes les autres villes ne disposent pas de Plan Directeur d'Assainissement (PDA). Ce plan a l'avantage de traiter la question d'assainissement de façon holistique. Il permet de définir, entre autres, la typologie des ouvrages d'assainissement en fonction de la spatialisation des risques sanitaires. Malheureusement ces dernières années, on note une forte extension spatiale de ces villes avec des constructions parfois anarchiques ne respectant toujours pas les normes et standards.

La dégradation de la qualité des eaux de surface et souterraines résulte soit du manque d'infrastructures d'assainissement soit de leur dysfonctionnement. Ceci est également à l'origine de fréquentes inondations occasionnant des dommages et pertes diverses, notamment dans la capitale Lomé et des maladies liées à l'eau dont la prévalence dans l'ensemble est relativement élevée (7,8%). En effet, dans la zone rurale les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile s'élèvent respectivement à 83 ‰ et 133 ‰ alors que dans les centres urbains, le taux de mortalité infantile est de 66 ‰ et le taux de mortalité infanto-juvénile s'élève à 102 ‰.

Bien des études ont été menées et des actions engagées pour mieux protéger l'environnement, cependant ces dernières ont été vouées à l'échec, souvent par faute de politiques, de stratégies et de moyens.

A l'instar de la Communauté internationale, le Gouvernement Togolais s'est engagé dans l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) qui vise, dans le secteur de l'eau potable et de l'assainissement, à réduire de moitié au plus tard en 2015, la proportion d'individus qui n'ont pas accès à des services adéquats d'eau et assainissement.

Des efforts sont en train d'être déployés dans ce sens par le gouvernement avec l'appui des partenaires techniques et financiers pour mettre en place les instruments et stratégies sectoriels.

Dans cette dynamique, deux documents de politique ont été élaborés. Il s'agit de : (i) la Politique Nationale en matière d'Approvisionnement en Eau Potable et Assainissement en milieu rural et semi-urbain (adoptée par le Gouvernement) ; (ii) La Politique Nationale d'Hygiène/Assainissement pour le Togo

Ce dernier document de politique et stratégies validée en 2009 par les différents acteurs du secteur n'est pas encore adopté par le gouvernement. Elle propose une répartition des compétences dont l'adoption par les

autorités Togolaises permettrait de disposer d'une meilleure lisibilité du secteur. A ce titre, quatre sous-secteurs ont été identifiés et confiés chacun à un acteur gouvernemental. Ainsi il revenait au Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hydraulique Villageoise, la mission de la gestion du sous-secteur de l'assainissement collectif des eaux usées et des excréta, des eaux pluviales en milieu urbain d'une part et, d'autre part au Ministère de la Santé par le biais de la DAHM l'assainissement autonome des eaux usées et excréta en milieu urbain et en milieu rural, l'hygiène et l'assainissement des structures de santé (gestion des déchets de soins). Dans un souci de coordination et d'intégration des interventions, un plan d'action global du secteur de l'assainissement devrait être élaboré. Cependant les quatre sous-secteurs identifiés sont à des stades de développement différents et très disparates.

Au regard des contraintes spécifiques à chaque sous-secteur, il a été retenu que les responsables des sous-secteurs de l'assainissement élaborent séparément leur stratégie et leurs plans d'actions dans les meilleurs délais.

Dans cette optique la Politique Sous Sectorielle de l'Assainissement Collectif au Togo (PSSAC-Togo) assortie d'un plan d'action spécifique à l'assainissement collectif des eaux usées et excréta, a été élaborée en 2012 sous l'égide du Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hydraulique Villageoise. La PSSAC a ainsi (1) tracé les grandes orientations stratégiques en tenant compte des domaines de l'assainissement collectif et autonome, évacuation des excréta, des eaux usées et excréta et des eaux pluviales, et(2) proposé des orientations spécifiques au milieu rural, semi urbain et urbain, (3), identifié les interventions spécifiques et prioritaires au secteur et (4) dégagé les responsabilités des différents partenaires.

Pour compléter ces documents, le Ministère de la Santé avec l'appui du fonds de l'Etat pour le suivi des politiques de reformes et des programmes financiers d'urgence, s'est engagé dans l'élaboration du Plan National de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base (PNHAB) pour le Togo avec l'assistance des experts nationaux.

1.2.Champ d'étude

Le Plan national d'hygiène et d'assainissement de base couvre :

- les eaux usées et excréta provenant des habitations, des établissements publics (établissements socio-sanitaires et éducatifs etc.) ;
- les eaux résiduaires et déchets des formations sanitaires ;
- les activités de promotion de l'hygiène et d'assainissement.

1.3. Résultats attendus de l'étude

A terme, le PNHAB permettre de faire évoluer le secteur, d'une "approche par projet" vers une "approche-programme d'envergure nationale", en intégrant toutes les parties prenantes à la mise en œuvre d'un tel plan et vers un soutien financier grandissant du secteur à partir des ressources nationales. Les résultats attendus de la présente prestation, sont formulés ainsi comme il suit :

- dresser la situation actuelle du secteur en terme de l'offre et de la demande et tirer les leçons de cet état des lieux ;
- définir des objectifs réalistes à atteindre ainsi que l'horizon y afférent ;

- identifier les contraintes, les opportunités, les risques et les conditions de succès du passage d'une approche par projets à une approche programmée pour le développement du secteur ;
- concevoir et mettre en place une base de données pour suivre et évaluer la progression des réalisations par rapport à ces objectifs

1.4. Objectifs

1.4.1. Objectif général

Le plan a pour objectif général de faciliter la conduite des actions en matière de suivi de la qualité des eaux, de gestion des déchets solides et liquides contribuant à réduire les maladies hydro-fécales. Il prend également en compte l'amélioration de l'administration et la gestion des services.

1.4.2- Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont :

- améliorer le cadre de vie des populations en assurant la gestion des eaux usées et excréta ;
- réduire de manière significative l'incidence des maladies liées à l'insalubrité ;
- disposer d'un cadre d'intervention des acteurs du secteur,
- renforcer les capacités de gestion des institutions et intervenants
- définir les orientations pour une base de données opérationnelle du sous-secteur ;

Chapitre 2 : Approche méthodologique

L'élaboration d'un plan d'action pour le secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base au Togo devra répondre aux principes clés suivants :

- Le besoin de disposer d'un document stratégique qui accompagne les interventions ;
- L'engagement de tous les acteurs clés du secteur à travers un processus participatif ;
- La prise en compte des réformes en cours au sein du Ministère de la Santé en l'occurrence la prochaine érection de la Division de l'Assainissement et de l'Hygiène du Milieu (DAHM) en Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base (DHAB).
- L'approche méthodologique a consisté essentiellement à la revue documentaire et la recherche de données complémentaires.

2.1. Approche classique et participative

La méthodologie adoptée pour élaborer le document s'est basée essentiellement sur les techniques classiques de recherche d'informations et de collecte des données et les approches participatives SEPO (Succès, Echecs, Potentialités et Obstacles) Les techniques classiques de collecte d'information ont été utilisées au niveau des principaux acteurs de l'offre (institutions et associations). Les outils utilisés sont constitués de canevas/guides d'entretien, des questionnaires et de l'outil SEPO. L'investigation a été conduite au niveau des institutions suivantes : la DGEA, Directions régionale de l'eau et de l'assainissement, la DAHM, les Directions régionales et préfectorales de la santé, les services régionaux et préfectoraux d'assainissement, les Directions Régionales de l'Education, les Agences de développement, les ONG/Associations, les municipalités, les privés, les institutions de micro-finance.

Ces différentes approches complémentaires ont permis de cerner la problématique de l'hygiène et de l'assainissement au niveau des différentes parties prenantes puis de prioriser les solutions.

2.2. Analyse documentaire

- ✓ Identification des sources et collecte de données

La première étape de l'évaluation a consisté en une identification des sources d'informations et la collecte des documents.

- ✓ Méthodes et techniques de collecte

Les documents ainsi collectés à travers les institutions sont présentés en tenant compte du caractère récent et du niveau de couverture des informations (nationale, régionale). Il faudra souligner que pour garantir la qualité et la fiabilité des données, seules les données documentaires des sources officielles validées au niveau national ou international ont été collectées. Les sources sont correctement mentionnées pour d'éventuelles vérifications. Mais dans le cas où deux ou plusieurs sources officielles présentent des éléments différents, il est fait recours au document initial ayant traité les données primaires.

Trois types de documents ont été identifiés et regroupés comme suit :

Type 1 : Documents de politiques qui regroupent les domaines suivants :

- Politiques nationales élaborés dans le secteur santé et eau/assainissement ;
- Plans stratégiques et plans opérationnels

Type 2 : Documents d'opérationnalité des politiques et des plans :

- Interventions/réalisations essentielles en eau/hygiène et assainissement de base à travers les rapports d'activité ;
- Plans d'actions ;
- Bases de données ;
- Statistiques sanitaires et autres ;
- Financement.

En outre, des échanges spécifiques sont réalisés avec les responsables de certaines institutions et programmes pour confirmer et approfondir la recherche sur des aspects clés pour lesquels les données ont été collectées.

✓ Analyse et synthèse de la documentation collectée

Ce travail de collecte, a permis à l'équipe d'avoir une vision claire sur les données disponibles dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement de base. L'analyse documentaire a été effectuée en utilisant le canevas dont le contenu se présente ci-après :

- Titre du document, Année, Service producteur ;
- Résumé concis du contenu ;
- Problèmes ou contraintes soulevées ;
- Causes probables ;
- Actions prioritaires ;
- Insuffisances du document par rapport à notre mission ;
- Interventions mises en œuvre. ;

✓ Synthèse et estimation des besoins

L'équipe d'experts a procédé ensuite à une synthèse des éléments du canevas d'analyse documentaire. Cet exercice a conduit à une identification des goulots d'étranglements, à leur catégorisation et enfin à une estimation des besoins en matière d'hygiène et assainissement de base.

✓ Assurance qualité dans la collecte des données

Afin d'assurer la qualité des informations, il a été réalisé un recoupement ou triangulation des informations collectées à partir de plusieurs sources. Pour ce faire, des séances d'échanges ont été organisées entre les membres de l'équipe de la mission en interne d'une part, et avec le commanditaire et le comité de pilotage d'autre part.

2.3. Recherche complémentaire et traitement des données

Cette phase a pour objectif de collecter des données en vue de l'analyse des besoins. Pour une collecte efficace, il a été procédé dès le démarrage de l'étude à la prise de contact avec le maître d'ouvrage, la Division de l'Assainissement et de l'Hygiène du Milieu et leurs services déconcentrés. Un canevas de collecte de données complémentaires sur les formations sanitaires et les activités des districts a été élaboré et transmis pour remplissage dans les structures déconcentrées relevant de la division. En outre, les données sur les infrastructures d'AEPA dans les écoles et les formations sanitaires disponibles sous Excel/SPSS ont été exploitées pour compléter la gamme des indicateurs disponibles.

2.4. Identification et analyses des priorités

La revue documentaire et la collecte des données complémentaires ont conduit à une identification et analyse des priorités en matière de l'hygiène et de l'assainissement de base conformément aux domaines prioritaires de la Politique Nationale de l'Hygiène et de l'Assainissement au Togo (PNHAT). Cette priorisation qui a été faite de façon participative, a permis également d'orienter la conception de la base de données du sous-secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base au Togo.

La base de données est réalisée selon la procédure suivante :

- L'identification des variables essentielles ;
- La saisie des informations clés dans la base ;
- L'élaboration du manuel d'utilisation ;
- La formation de quatre (4) personnes de la DAHM à la gestion et mise à jour de la base ;
- L'achat de logiciel d'interconnexion par la DAHM ;
- L'organisation de missions de suivi du fonctionnement et de mise à jour de la base de données.

Chapitre 3: Cadre général du plan

3.1. Organisation administrative

Situé sur la côte du Golfe de Guinée en Afrique de l'Ouest, le Togo couvre une superficie de 56 600 km². Il est limité au Sud par l'Océan atlantique, au Nord par le Burkina Faso, à l'Est par le Bénin et à l'Ouest par le Ghana. Localisé entre le 6^{ème} et le 11^{ème} degré de latitude nord et entre 0 et 2 degré de longitude est, le pays s'étend du nord au sud sur 660 km. Sa largeur varie entre 50 et 150 km, Le territoire national est divisé en cinq régions administratives et économiques qui ne jouissent pas en réalité d'une autonomie régionale par manque de mise en place effective de structures administratives et financières appropriées. Les cinq régions sont: Région Maritime (6100 km²), Région des Plateaux (16975 km²), Région Centrale (13317 km²), Région de la Kara (11738 km²), Région des Savanes (8470 km²) (Figure 1). Le pays compte actuellement trente-cinq (05) préfectures, une sous-préfecture et 21 communes fonctionnelles. Sur le plan sanitaire Lomé commune constitue la sixième région sanitaire avec 05 Districts, ce qui porte à 40 le nombre de districts sanitaires.

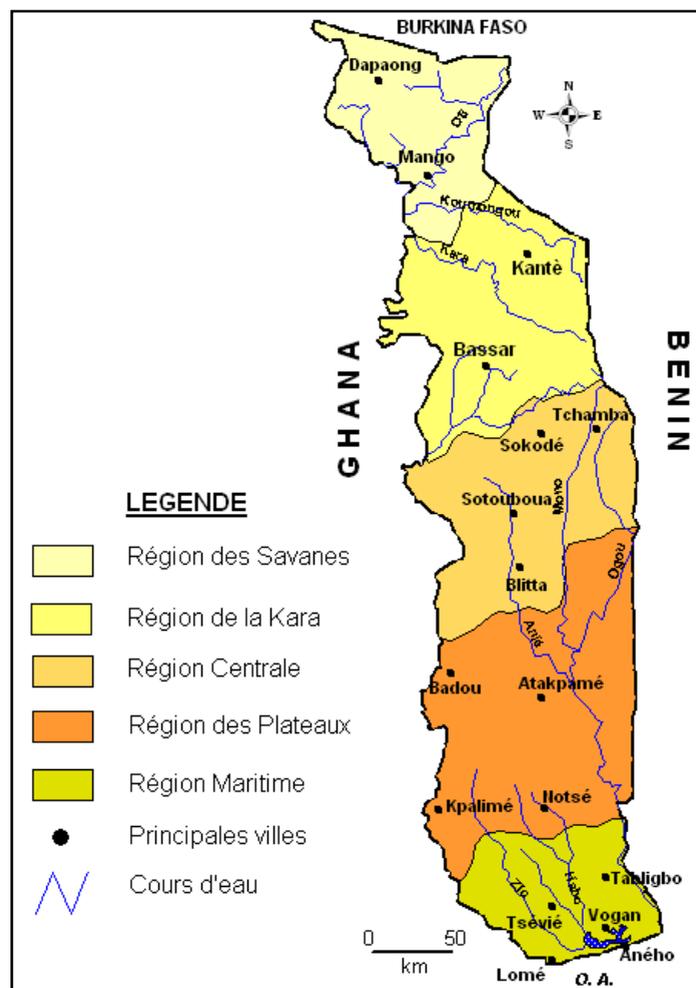


Figure 3.1: Régions administratives du Togo

3.2. Population et Economie

La démographie au Togo est caractérisée par une croissance rapide de la population et marquée par de fortes disparités régionales. La population totale est passée de 2 719 567 habitants en 1981 à 6 191 155 habitants

en 2010, soit un taux de croissance annuel moyen de 2,84 % (équivalant à un doublement tous les 25 ans), et est constituée en majorité de femmes (51,4 %). L'une des caractéristiques majeures de cette population est aussi son inégale répartition sur le territoire national : la Région Maritime concentre 42% de la population totale alors qu'elle occupe 23,2 % de la superficie totale du pays. En outre, les taux de croissance démographique varient d'une région à l'autre. Il y a des régions à croissance démographique relativement modérée et inférieure au taux annuel moyen national comme les Plateaux (2,58 %) et la Kara (2,04 %), et des Régions à forte croissance démographique, comme la Région des Savanes (3,18 %) et la Région Maritime (3,16%)., Cette disparité dans la répartition et la croissance de la population pose d'énormes défis en termes d'aménagement du territoire.

Les tableaux 3.1, 3.2 et 3.3 donnent respectivement la répartition de la population selon la région et le milieu de résidence, la répartition du nombre de ménage selon la région et le milieu de résidence puis la répartition de la population de Lomé-commune selon les arrondissements.

Il ressort que la population togolaise ainsi que les ménages sont plus concentrés en milieu rural.

Tableau 3.1 : Répartition de la population selon la région et le milieu de résidence

Région	Milieu de résidence		Total
	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>	
Lomé- Commune	837 437	-	837 437
Maritime sans Lomé	772 583	989 935	1 762 518
Plateaux	271 038	1 104 127	1 375 165
Centrale	152 107	465 764	617 871
Kara	184 693	585 247	769 940
Savanes	116 637	711 587	828 224
Total Pays	2 334 495	3 856 660	6 191 155

Source: 4^{ème} RGPH, 2010

Tableau 3.2: Répartition des ménages selon la région et le milieu de résidence

Région	Milieu de résidence		Total
	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>	
Lomé- Commune	217 401	-	217 401
Maritime sans Lomé	184 844	213 637	398 481
Plateaux	68 653	227 404	296 057
Centrale	30 510	82 849	113 359
Kara	45 746	105 581	151 327
Savanes	23 102	98 426	121 528
Total Pays	570 256	727 897	1 298 153

Source: 4^{ème} RGPH, 2010

Tableau 3.3: Répartition de la population de Lomé-commune selon les arrondissements et le milieu de résidence :

Arrondissement	Milieu de résidence	Total
----------------	---------------------	-------

	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>	
Premier arrondissement	25 876	-	<i>25 876</i>
Deuxième arrondissement	346 747	-	<i>346 747</i>
Troisième arrondissement	187 573	-	<i>187 573</i>
Quatrième arrondissement	60 031	-	<i>60 031</i>
Cinquième arrondissement	217 210	-	<i>217 210</i>
Total Lomé-Commune	837 437	-	<i>837 437</i>

Source: 4^{ème}RGPH, 2010

La structure par sexe et par âge de la population issue du dernier recensement général de la population et de l'habitat reflète la grande jeunesse démographique du Togo, et prouve que la fécondité et la mortalité sont encore élevées, même si l'on constate une certaine tendance à la baisse. Les moins de 15 ans représentent 42 % et les moins de 25 ans 60 % de la population total.

3.3. Usage de l'eau

Le Togo dispose d'importantes ressources en eau devant satisfaire les différents usages malgré les principales contraintes relatives à la répartition inégales des eaux de surface et des précipitations dans le temps et dans l'espace.

Les ressources en eau sont utilisées pour satisfaire les besoins en eau qui sont entre autres : la consommation humaine, l'agriculture (irrigation élevage et pêche), la production d'énergie électrique, les activités industrielles, le transport fluvial ou lacustre, la conservation des écosystèmes etc.

Selon l'état des lieux établi en 2005 dans le cadre de l'étude GIRE du Togo, la quantité d'eau utilisée reste marginale par rapport au volume total d'eau disponible. De 0,81% en 2002, la proportion d'eau prélevée pour la satisfaction totale des besoins en eau passera à environ de 2 % en 2015, comme le montre le tableau xxx

Tableau 3.4:Prélèvements totaux actuels et projetés en million de m³/an.

Prélèvements	2005	2010	2015	2020	2025
Usage domestique	98	143	215	283	430
Usage industriel	8	10	13	17	21
Usage hydro-agricole	2	65	108	132	163
Usage pour l'élevage	20	22	30	33	36
Total des prélèvements	153	240	366	465	650
Taux de prélèvement d'eau	0,81	1,26	1,96	2,45	3,42

Source :PNUD/DAES/FAO, étude GIRE-Togo, 2005

Malgré la faible couverture en eau potable, le Togo ne manque pas d'eau ; il en dispose d'abondantes ressources pour satisfaire les besoins actuels et futurs. Cependant l'inégale répartition des ressources en eau sur le territoire national conduit à des pénuries localisées à certaines zones de socle.

3.4. Ressources en eau

Au plan hydrographique, le Togo est subdivisé en trois grands bassins :

- le bassin de l'Oti couvre près de 47,3% du territoire.
- le bassin du Mono occupe le tiers central et tout l'est du Togo, Par sa superficie (37,5% du territoire), il représente le deuxième bassin du pays
- le bassin côtier du Lac Togo comporte trois composantes dont l'Ouest qui draine les eaux du Zio, le centre qui draine celles du Haho, et le Sud formé par le bassin propre du Lac Togo. L'ensemble du bassin côtier couvre une superficie estimée à 8 000 km² soit 14,3% du territoire avec un régime équatorial de transition en relation avec celui des pluies..

Aujourd'hui, la qualité de ces ressources en eau, surtout celles de surface se dégrade. Cette dégradation est liée :

- A l'inobservation des règles d'hygiène dans les établissements humains où les eaux sont principalement polluées par la défécation à l'air libre même aux abords des cours d'eau, la mauvaise gestion des ordures ménagères et des eaux de pluie ;
- Aux activités industrielles qui génèrent des effluents bruts qui sont déversés dans les cours d'eau;
- Aux activités agricoles par l'utilisation des engrais et pesticides qui, lessivés par les eaux de pluie, se retrouvent dans les cours d'eau ;
- Aux activités d'élevage à travers la pâture et l'abreuvement des animaux directement dans les lits des cours d'eau.

Cependant, il n'existe pas de données qualitatives et quantitatives disponibles sur la pollution des ressources en eau souterraines et de surfaces.

Chapitre 4: Diagnostic du secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base

4.1. Diagnostic institutionnel et organisationnel

4.1.1. Diagnostic institutionnel

La responsabilité de la promotion de l'Assainissement et de l'Hygiène au Togo est morcelée et attribuée à plusieurs structures publiques (voir le tableau ci-dessous) et privées. Par ailleurs, du fait de la capacité de financement limitée du gouvernement, les acteurs extérieurs c'est-à-dire les bailleurs de fonds et les ONG internationales et locales, jouent également un rôle important dans le secteur. Les responsabilités de l'Etat sont déclinées vers les collectivités locales placées sous l'autorité du Ministère de l'Administration Territoriale, de la Décentralisation et des Collectivités Locales (MATDCL). D'ailleurs la loi N° 2007-011 du 13 mars 2007 relative à la décentralisation et les libertés locales indique très clairement la responsabilité et le rôle central des communes dans la mise en œuvre de la politique nationale d'hygiène-assainissement. Pendant que le gouvernement a le rôle le plus important dans la formulation des politiques, les acteurs extérieurs ci-dessus évoqués ont un rôle tout aussi important à jouer dans la mise en œuvre des interventions liées à l'assainissement et à l'hygiène. En 2009, une nouvelle Politique d'Hygiène-et d'Assainissement pour le Togo a été élaborée et validée. Cette Politique préconise une restructuration du paysage institutionnel et répartit les sous-secteurs de l'Hygiène- et l'Assainissement entre les différents acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux comme suit :

Tableau 4.1: Répartition des sous-secteurs de l'Hygiène et de l'Assainissement entre les Acteurs gouvernementaux

Ministère	<i>Sous-secteurs de l'Hygiène-Assainissement</i>						
	Ass. autonome des eaux usées et excréta en milieu rural et urbain	Ass. collectif des eaux usées en milieu urbain	Ass. pluvial en zone urbain	Gestion des déchets solides urbains	Hygiène	Ass. des structures de santé (eaux usées et déchets solides)	Ass. des autres éts classés
MS	X				X	X	
MEAHV		X	X				
MUH				X			
MERF							X

Source : Document de Politique Nationale d'Hygiène et d'Assainissement, 2009

Selon les orientations de la PNHAT, il revient au ministère de la santé les trois sous-secteurs suivants :

- l'assainissement autonome des eaux usées et excréta en milieu rural et en milieu urbain (AEUE) ;
- l'assainissement dans les établissements de santé (AES) ;
- l'hygiène dans les établissements humains et les milieux connexes ainsi que dans les établissements de santé.

Le Ministère des Enseignants Primaire et Secondaire et de l'Alphabétisation (MEPSA) intervient dans le sous-secteur de l'assainissement par la mise en œuvre de programmes de construction de latrines en milieu scolaire. C'est le cas des projets BID-Education, du PERI etc.

En outre le Togo tout comme les autres pays en développement n'a pas les moyens de sa politique en matière de l'hygiène et de l'assainissement de base. Ainsi le développement du sous-secteur de l'assainissement dépend en bonne partie du financement et/ou de la participation des ONG/associations, et

autres partenaires au développement. Il faut tout de même signaler que l'intervention de ces partenaires s'oriente plus vers le sous-secteur de l'eau potable que vers celui de l'assainissement.

Le secteur privé assure les missions suivantes : (i) maîtrise d'ouvrage délégué, (ii) maîtrise d'œuvre pour l'exécution des études, (iii) maîtrise d'œuvre pour l'exécution et le contrôle des travaux, (iv) chargé de l'exploitation et de la maintenance des ouvrages.

S'agissant des bénéficiaires, on peut citer les ménages, les écoles et lieux publics marchands et les établissements classés.

Les ménages sont propriétaires des équipements privés (latrines, puisards, poubelles) et se doivent d'appliquer les règles d'hygiène individuelle et de l'habitat. Ils sont responsables du financement des investissements et des charges récurrentes pour la sphère privée. Cependant, vu le taux de couverture en latrine faible au niveau national, très peu ont eu à investir en assainissement. Les projets communautaires d'assainissement en milieu rural reposent sur la subvention de certaines parties des infrastructures (sécurisation stabilité des fosses et pose de la dalle au minimum ou l'ensemble des matériaux non localement disponible et la main d'œuvre qualifiée). L'entretien quotidien des latrines et l'hygiène domestique sont assurés par les femmes et jeunes filles. La vidange périodique des fosses est à la charge des chefs de ménages.

Comme, stipulé dans les stratégies de la politique nationale de l'hygiène et de l'assainissement, la population vulnérable devrait être ciblée et appuyée par des subsides dans les projets communautaires d'assainissement.

Au niveau des centres socio-éducatifs, sanitaires et communautaire, les ouvrages d'eau et d'assainissement sont souvent financés par les partenaires au développement et les ONG à travers des projets et programmes circonscrits dans leurs zones d'intervention. Par le biais de la coopération décentralisée, plusieurs collectivités investissent également dans la réalisation des latrines publiques.

En vertu de la réglementation sur l'environnement, les établissements classés (y compris les formations sanitaires selon la nomenclature), sont responsables du financement des investissements et des charges récurrentes des systèmes d'assainissement de la pollution qu'ils génèrent. Cependant, presque aucun établissement classé ne dispose de tels types d'installations d'assainissement en dehors de certaines structures de santé qui disposent de brûleurs type Montfort grâce à l'appui des partenaires techniques et financiers.

Le cadre institutionnel de gestion du secteur d'hygiène et d'assainissement est caractérisé par: l'absence d'une vision globale de la gestion du secteur de l'hygiène et de l'assainissement. On note également le cloisonnement des centres de décision avec émiettement des rôles et des responsabilités sans une véritable coordination. En plus, le sous-secteur est caractérisé par la faible capacité en moyens matériels, humains et financiers des structures actuelles concernées, la non disponibilité de données fiables sur les interventions, la faible capacité des institutions, des secteurs public et privé, des collectivités locales et autres organisations de développement.

L'ensemble du cadre mérite d'être redimensionné, redynamisé et coordonné sur le plan opérationnel pour permettre une meilleure gestion du secteur de l'hygiène et de l'assainissement en tenant compte des insuffisances des structures existantes. Le renforcement des capacités d'intervention devra s'inscrire dans une vision de mise en cohérence verticale et horizontale des structures en évitant les fragmentations ou les cloisonnements et les chevauchements tout en précisant clairement le rôle des différents acteurs.

Aujourd'hui, il faut souligner que le Ministère de l'eau, de l'assainissement et de l'hydraulique villageoise fait office de chef de file de l'assainissement. Ce qui permet un ancrage politique clair du secteur de l'assainissement dans la structure centrale de l'Etat. Cependant, il est apparu au cours de l'analyse que cette structure n'est pas suffisamment décentralisée et manque suffisamment de ressources humaines.

En plus, dans le code d'hygiène publique intégré au code de la santé publique et dans la loi portant Loi cadre de l'environnement, il est prévu respectivement une police environnementale et une police sanitaire dont les

activités sur le plan opérationnel se chevauchent. Il est nécessaire de clarifier les attributions et les domaines d'intervention de ces deux unités de police.

4.1.2. Diagnostic organisationnel des services d'hygiène et d'assainissement de base

Les services d'hygiène et d'assainissement de base relève du Ministère de la santé. Dans ce sens, l'organisation desdits services obéit au système pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique :

- ❖ *le niveau central* incarné par la Division de l'Assainissement et de l'Hygiène du Milieu (DAHM) assure les attributions conformément à l'arrêté n°11/91/MSP du 27 mars 1991 et qui consistent principalement en (i) la surveillance de la qualité de l'environnement et de la prévention de sa détérioration ; (ii) la définition en collaboration avec l'unité de législation sanitaire, des normes et standards relatifs à l'hygiène des produits de consommation et à la pollution de l'environnement ; (iii) la conception des stratégies et plans d'action pour assurer le contrôle de l'eau et des denrées alimentaires ; (iv) l'établissement des normes d'hygiène et de sécurité dans les établissements publics et privés ; (v) l'établissement des normes en matière d'hygiène du milieu, La DAHM s'acquitte de ses différentes responsabilités de concert avec l'INH et le SNIEC.
- ❖ *le niveau intermédiaire*, structure de relais, est constitués de six Services Régionaux d'Assainissement et d'Hygiène du Milieu (SRAHM) sous la tutelle administrative de la Direction Régionale de la Santé. Dans chaque Région sanitaire, le SRAHM exerce ses prérogatives en étroite collaboration avec le Service Régional d'Information, Education et Communication (SRIEC),
- ❖ *le niveau périphérique* est représenté par chacun des 40 services d'hygiène et d'assainissement sous la supervision du district sanitaire qui constitue l'entité opérationnelle du système de santé. A ce niveau les chargés cumulent les fonctions dédiées aux SNIEC et à l'INH.

L'analyse SWOT ou FFOM consignée dans le tableau ci-dessous, montre les faiblesses inhérentes au cadre organisationnel des services de l'hygiène et de l'assainissement de base:

Tableau 4.2: Analyse SWOT ou FFOM du cadre organisationnel du sous-secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base

<p>FORCES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expérience avérée en matière de l'assainissement de base (construction des latrines) ; - Existence d'un personnel polyvalent spécialisée en industrie alimentaire, en gestion de l'eau, en génie sanitaire etc. ; - Expérience avérée en matière de construction des incinérateurs type Montfort ; - L'expertise en matière d'assainissement autonome de promotion et de surveillance de l'hygiène communautaire développée par les services déconcentrés depuis plusieurs décennies ; - L'extrême déconcentration de ses services jusqu'au niveau cantonal et villageois ; - L'hébergement au sein du MS de structure de formation dans le domaine du génie sanitaire (ENAM, Ecole de Santé Publique, etc.) - L'existence d'un laboratoire de référence (INH et ITRA) même s'il est nécessaire de renforcer leurs équipements et ressources humaines - Revues annuelles des activités d'hygiène et d'assainissement de base 	<p>FAIBLESSES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Priorisation des activités médicales sur les activités préventives d'hygiène et d'assainissement. - Faible financement des activités d'hygiène et d'assainissement - Reconversion des techniciens d'assainissement en points focaux d'autres programmes financés - Sous qualification du personnel par rapport aux attributions du sous –secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base (Gestion des eaux usées hospitalières) - Les structures du MS (DAHM, SNIEC) ne disposent de budget propre - Faible coordination du sous-secteur au niveau central et déconcentré - Faible capacité de l'INH pour l'analyse exhaustive de l'eau et des aliments - Faible ou manque de financement des services déconcentrés d'assainissement et d'hygiène - Manque d'équipements au niveau des services déconcentrés pour la surveillance de la qualité de l'eau de consommation et de baignade ; - Manque de textes d'application du code de la l'hygiène intégré au code de la santé - Insuffisance de ressources humaines
<p>OPPORTUNITES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erection de la DAHM en DHAB lui permet de mobiliser le crédit de l'Etat et d'autres partenaires - Déconcentration des services jusqu'au niveau périphériques - Harmonisation de la pratique de la santé environnementale au sein de l'espace CEDEAO - Projet de création des écoles d'excellence dans l'espace CEDEAO avec l'appui de l'OOAS ; - La reconnaissance de l'accès à l'eau et à l'assainissement par la communauté comme des droits humains - La création/mise en place du Fonds Mondial pour l'Assainissement en mars 2009 sous l'impulsion du WSSCC ; - L'inscription du Togo dans le round 2 du Fonds Mondial pour l'Assainissement (GSF) le 1er avril 2010 ; - La coopération décentralisée pour l'eau et l'assainissement - Projet d'élaboration d'un compact national pour le sous-secteur EPHAB 	<p>MENACES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de visibilité des missions d'hygiène et d'assainissement aussi bien au niveau central que déconcentré - Maintien du statu quo dans le domaine du financement des services déconcentrés - Non adoption des documents de politique : PNHAT, PSSAC, PANGIRE etc. - Non opérationnalisation de la nouvelle réforme organisationnelle

4.1.3. Reforme organisationnelle en cours

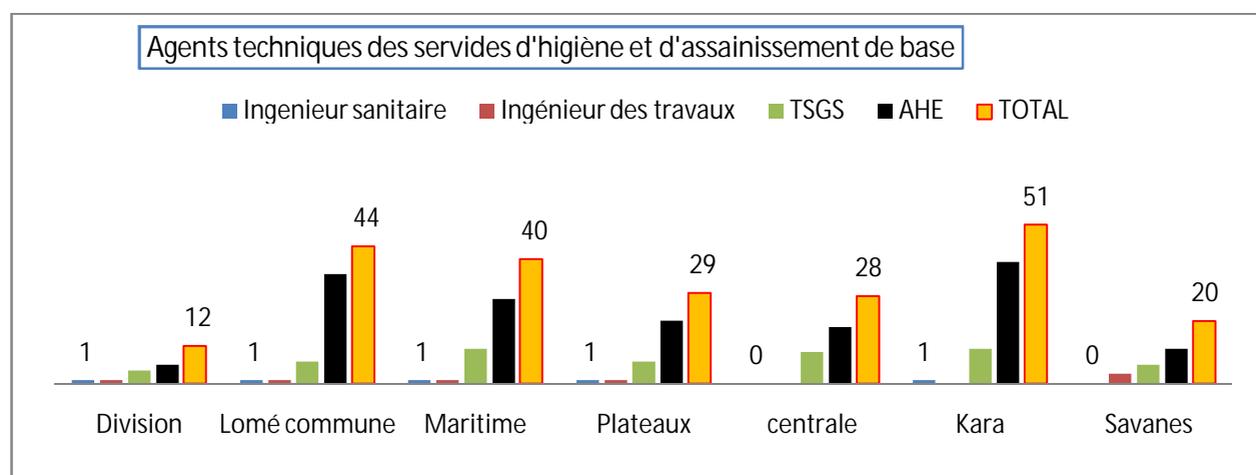
En abrogation du décret N° 90-159/PR du 02 octobre 1990 portant organisation des services de la Direction Générale de la Santé publique, une nouvelle réforme portant organisation des directions centrales régionales et préfectorales de la santé érige la DAHM en Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de base (DHAB) au sein de la Direction Générale de l'Action Sanitaire (DGAC). Au même moment, le SNIEC est érigé en Division de la Promotion de la Santé (DPS) au sein de la Direction de la Lutte contre la Maladie et des Programmes de Santé Publique (DLMPSP) et l'INH en Institut National de Santé Publique (INSP) rattaché directement au cabinet. Cette réforme se manifeste également au niveau déconcentré par l'érection des services régionaux et préfectoraux en sections régionales et préfectorales de l'hygiène et de l'assainissement de base

4.1.4. Ressources

La mise en œuvre des activités d'hygiène et d'assainissement requiert nécessairement des ressources humaines et financières. S'agit des ressources humaines on enregistre aujourd'hui un total de 224 techniciens déployés sur toute l'étendue du territoire national (toutes catégories confondues) avec des disparités régionales (voir figure 2)

Ce personnel est composé de 05 ingénieurs génie sanitaire, de 07 ingénieurs de travaux en industrie alimentaire et en techniques de gestion de l'eau, de 56 techniciens supérieurs de génie sanitaire, et de 156 assistants d'hygiène d'Etat. En termes de ratio, on enregistre 3 techniciens pour 100.000 habitants soit 6667 maisons ou de 01 technicien pour un rayonnement de 10 Km.

Figure 4.1 : Catégorisation du personnel technique en fonction des niveaux sanitaires



Source : DAHM, 2012

Concernant le financement, la part du budget de la santé dans le budget général de l'État connaît une tendance à la baisse. De 6% en 2007, elle est passée à 4% en 2011. Ce taux reste encore faible par rapport à l'engagement pris par les chefs d'États lors de la conférence d'Abuja qui est de consacrer 15% du budget de l'État au secteur de la santé. Les budgets exécutés par les services d'hygiène et de l'assainissement de base représentent en moyenne 0,23% du budget de la santé et 0,01% du budget général. AfricaSan(2008) recommande une allocation d'une ligne spécifique au budget du secteur public pour les programmes d'assainissement et d'hygiène. Ce budget devrait être au moins égale à 0,5% du PIB. En 2011, le PIB était

estimé à 3600 millions de dollars. Le budget de l'ensemble des services central et déconcentrés d'hygiène et d'assainissement en représente 0,00002%. Ce qui est au demeurant, très inférieur à la norme recommandée.

Tableau 4.3: Financement des services d'assainissement durant les 05 dernières années

Indicateurs	2007	2008	2009	2010	2011
population	5 485 000	5 596 000	5 731 000	6 191 155	6 366 984
Budget général de l'Etat (milliers FCFA)	259 627 485	307 616 062	350 147 857	499 725 520	548 747 594
Budget total alloué à la santé(milliers FCFA)	16 020 411	17 622 598	18 335 218	17 673 245	20 538 241
part du budget de la santé dans le budget général (%)	6	6	5	4	4
Budget alloué à HAB ⁴ (milliers FCFA)	37 250	35 780	37 605	46 840	49 146
Part de Budget MS alloué à HAB(%)	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2
Part de Budget BG alloué à HAB (%)	0,014	0,012	0,011	0,009	0,009

Source : DAHM, 2012

4.2. Diagnostic du cadre réglementaire et politique

4.2.1. Textes et lois relatifs au secteur d'hygiène et d'assainissement

Au Togo les interventions en matière d'hygiène et d'assainissement sont régies par les textes et lois qui constituent le cadre réglementaire. Au nombre de ces lois, on peut inscrire (i) la Loi-cadre sur l'environnement, (ii) la loi portant code de la santé publique, (iii) la loi portant code de l'eau.

- La loi n° 2008-005 le 30 mai 2008 portant sur l'environnement contient des dispositions relatives à l'assainissement vu plutôt sous l'angle du rejet des substances polluantes que de la promotion de l'assainissement. En effet, les quelques dispositions qui se rapportent à l'hygiène et à l'assainissement de base précisent seulement les mesures de protection de l'environnement, des eaux continentales, les conditions matérielles et techniques de stockage, de traitement et d'élimination des déchets urbains, industriels et de soins ainsi que la typologie des déchets urbains. Ainsi, les eaux usées domestiques et les excréta sont cités comme appartenant à ces type de déchets. Cette loi stipule que les collectivités territoriales assurent l'élimination des ordures ménagères, excréta, eaux usées et autres déchets assimilés sur l'étendue de leur territoire en collaboration avec les services publics ou privés chargés de l'hygiène et de l'assainissement.

⁴Budget pour les activités, ne comprennent pas la charge du personnel et les investissements

La loi-cadre sur l'environnement paraît insuffisante pour répondre aux préoccupations des acteurs de l'assainissement. Toutefois, il serait une bonne référence pour la mise en place de nouveaux textes d'application dans le sous-secteur de l'assainissement de base.

Auparavant le décret n° 2006-058/PR du 05 juillet 2006, définit entre autres la liste des travaux, activités et documents de planification soumis à une étude d'impact sur l'environnement permettant d'apprécier leurs conséquences. Les activités, projets, programmes et plans de développement qui, par l'importance de leurs dimensions ou leurs incidences sur les milieux naturel et humain, sont susceptibles de porter atteinte à l'environnement sont soumis à une autorisation préalable du ministre chargé de l'environnement. Aussi selon ce décret, les réseaux d'assainissement collectif des eaux usées au niveau des centres urbains et semi-urbains, les réseaux d'évacuation des eaux pluviales, l'épandage de boue en provenance des stations d'épuration ou de traitement d'eau, des unités de traitement des déchets hospitaliers, la décharge pour les déchets domestiques font partie des installations dont leur mise en place est assujettie à une étude d'impact en Environnement simplifiée ou approfondie.

- S'agissant de la loi n° 2009-007 du 15 mai 2009 portant code de la santé publique, elle innove en intégrant un code de l'hygiène publique. Ce code habilite les autorités administratives locales à établir un règlement sanitaire qui détermine les prescriptions destinées à :
 - la salubrité des maisons, des dépendances, des espaces et des voies privées closes ou non à leur extrémité, des canaux d'irrigation ou d'écoulement des eaux, des logements loués en garni, des hôtels, des restaurants, des bars, des services et entreprises publics ou privées et des agglomérations quelle qu'en soit la nature ;
 - l'alimentation en eau potable et la surveillance des sources d'eau, des ouvrages d'évacuation, des matières usées et autres ouvrages d'assainissement ;
 - toute autre forme de détérioration de la qualité du cadre de vie, due aux déchets issus de l'activité humaine ou tout autre facteur de pollution du sol, de l'air ou de l'eau, notamment les déchets industriels, domestiques, les pesticides, les engrais et autres substances chimiques, les eaux usées ou pluviales stagnantes.

Toujours dans cette loi, une disposition préconise qu'en attendant l'installation d'un système d'assainissement collectif dans les communes, l'assainissement individuel doit avoir lieu selon les dispositions ci-après :

- le traitement commun et l'évacuation des eaux vannes et des eaux ménagères peuvent être réalisés par une fosse septique toutes eaux suivies, soit d'un épandage souterrain constitué de tranchées filtrantes si la superficie d'un terrain le permet, soit d'un puits d'infiltration;
- le traitement et l'évacuation séparée des eaux vannes doivent être réalisés dans les périmètres urbains au moyen de latrines à fosses alternées et ventilées, et hors des périmètres urbains, au moyen de latrines à fosse unique et ventilée;

- le traitement et l'évacuation séparée des eaux ménagères doivent être réalisés au moyen d'un puits d'infiltration.

En référence à cette loi :

- les communes peuvent, en vue de faciliter leur assainissement ou leur aménagement, enclencher le processus de la déclaration d'insalubrité d'un immeuble, d'un groupe d'immeubles, d'un îlot ou d'un groupe d'ilots.»
 - les services de santé scolaire et universitaire sont chargés d'assurer aux élèves, aux étudiants et à leurs encadreurs le meilleur état de santé possible à travers des activités aussi bien promotionnelles, préventives, curatives que ré-adaptatives. Ils couvrent tous les établissements scolaires et universitaires, publics, privés, confessionnels, professionnels depuis le jardin d'enfants jusqu'à l'université ;
- La loi n° 2010-004 du 09 juin 2010 portant code de l'eau stipule que :
 - la réalisation ou modification des systèmes d'adduction ou de distribution d'eau, publics ou privés, destinés aux besoins d'une collectivité, est soumise à un contrôle préalable de la qualité de l'eau par le service compétent du ministère chargé de la santé.
 - «Quiconque exploite un système d'adduction, de distribution et de traitement des eaux doit effectuer, à ses frais et à des intervalles réguliers fixés par le ministre chargé de l'eau, des analyses des eaux par un laboratoire agréé et en transmettre les résultats aux ministres chargés de l'eau et de la santé »
 - «Toute création de piscine ou lieu de baignade ouvert au public doit faire l'objet d'une demande d'autorisation adressée aux autorités chargées de la santé et de l'eau. Toute piscine doit faire l'objet d'un double contrôle portant sur le fonctionnement des installations et sur la qualité de l'eau. Les exploitants doivent prendre toutes les mesures utiles pour éviter des dangers d'ordre sanitaire et s'assurer que l'eau des établissements qu'ils exploitent est saine. Ils sont tenus de se conformer aux exigences du contrôle sanitaire incluant notamment des visites de l'établissement, les vérifications des appareils de désinfection et les prélèvements d'échantillons d'eau pour les analyses»
 - La loi N°2007-011 du 13 mars 2007 relative à la décentralisation et aux libertés locales, confie d'importantes attributions aux collectivités territoriales dans les domaines suivants :
 - élaboration du plan communal d'aménagement du territoire ;
 - création, réhabilitation et entretien de la voirie, des voies de communication à caractère communal, y compris les voies navigables ;
 - la construction et gestion des marchés et des abattoirs locaux ;
 - établissement et mise en œuvre des plans d'élimination des ordures et déchets ménagers, des déchets industriels, végétaux et agricoles ; organisation de la collecte, du transport, du traitement et de la disposition finale des déchets ;
 - collecte et traitement des eaux usées ;
 - réglementation relative à la protection de l'environnement, concernant en particulier la circulation et les équipements des véhicules à moteur, les lieux publics, les rassemblements de personnes, les machines et équipement en fonctionnement dans les communes, y compris

les appareils de radiodiffusion et de télévision, la possession d'animaux ainsi que la production de fumées et de substances incommodes ou toxiques ;

- gestion et entretien des bornes fontaines, des puits, des forages et des retenues d'eau ; distribution de l'eau potable.

4.2.2. Politiques et stratégies

Le sous-secteur de l'hygiène et de l'assainissement se caractérise par un certain nombre de documents de politique et stratégies élaborés ces dernières années avec le plus souvent l'implication des principaux acteurs. Les politiques et stratégies ayant abordé essentiellement les questions d'hygiène et d'assainissement sont entre autres :

- La politique nationale de la santé

La politique nationale de la santé en tant qu'instrument de base du système de santé prend en compte l'hygiène et l'assainissement en les positionnant dans la première orientation stratégique notamment « le renforcement des services de prévention, d'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement au niveau familial ». Malheureusement le PNDS qui est le document d'opérationnalisation de cette politique n'aborde pas de façon explicite, les questions d'hygiène et d'assainissement.

- La politique nationale d'hygiène et d'assainissement au Togo (PNHAT)

La PNHAT vise à promouvoir des solutions objectives et durables aux problèmes et contraintes en matière d'hygiène et d'assainissement à travers les objectifs spécifiques suivants :

- Définir les principes de base ;
- Préciser les orientations et les stratégies favorisant sa mise en œuvre ;
- Clarifier les rôles et responsabilités de ses parties prenantes de manière lever les contraintes de mise en œuvre découlant des chevauchements et de la non coordination institutionnelle.

Elle décrit :

- Les sous-secteurs de l'assainissement ou domaines de l'assainissement qui sont :
- Les principes de base devant régir la politique nationale d'hygiène et d'assainissement qui sont relatifs aux aspects politiques, institutionnels, socioculturels, économiques, financiers et technico-environnemental.
- Les orientations stratégiques qui sont d'ordres juridiques, institutionnels, socioculturels, technologiques, économiques et financiers; et
- La revue des différents acteurs avec leurs rôles et responsabilités dans la mise en œuvre de la politique nationale. Il s'agit de l'État, des collectivités locales, du secteur privé, des ONG, des populations, des institutions de financement (formelles et informelles), des partenaires techniques et financiers et de l'unité de coordination.

La Politique Nationale d'Hygiène et d'Assainissement du Togo est assortie d'un document d'opérationnalisation développé séparément, qui définit les stratégies et un programme d'actions.

- La politique sous-sectorielle de l'assainissement collectif (PSSAC)

La PSSAC constitue le document de référence de politique sous sectorielle en matière de l'hygiène et de l'assainissement. Elle propose les orientations stratégiques suivantes :

- Harmonisation des textes, Adoption de textes complémentaires, Application des textes ;
- Clarification des rôles des départements ministériels, Renforcement des capacités des collectivités locales, Appui aux PME, Développement du PPP ;
- Prise en compte des plus pauvres, Approche par la demande, adoption d'approches participatives, Intégration de l'approche genre, Renforcement de l'intervention des femmes, Promotion des structures associatives, Prise en compte des personnes à mobilité réduite ;
- Développement du service sur la base d'une planification stratégique, Réhabilitation des infrastructures existantes, Identification et adoption de technologies appropriées, Développement de la recherche appliquée dans le domaine de l'assainissement
- Amélioration de la programmation et de l'exécution budgétaire, contribution des principaux acteurs dans les investissements, mobilisation des ressources des bénéficiaires, accès au crédit ;
- Appui à la formation diplomate, formation des techniciens communaux, formation continue, intégration des modules d'assainissement dans les écoles
- Développement des moyens et supports de communication, Intégration du volet Ingénierie sociale, Mise en place d'un manuel de procédure pour harmoniser les interventions, Accès aux TIC

- Politique nationale d'AEPA en milieu rural et semi urbain

Elle vise l'amélioration des conditions de vie des populations à travers l'accès à l'eau potable et à l'assainissement en milieu rural et semi-urbain. Elle fait de l'hygiène et assainissement un maillon important et exige que les projets en matière d'eau et assainissement soient pris en compte aussi bien les points d'eau potable que les ouvrages d'assainissement et l'éducation à l'hygiène.

- La politique nationale pour la gestion intégrée des ressources en eau (GIRE)

La GIRE constitue le deuxième document de la politique nationale du secteur de l'eau et de l'assainissement. Elle identifie les stratégies nationales conformément aux principes de la gestion intégrée des ressources en eau, et dresse un plan d'actions en deux grandes phases. Le document de politique et stratégies pour la gestion intégrée des ressources en eau (GIRE) au Togo montre que la dégradation de l'environnement constitue une cause majeure de la pollution des ressources en eau.

- Document complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-C)

Le Document Complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-C) a relevé la corrélation qui existe entre la pauvreté et la dégradation de l'environnement et des ressources naturelles. Il a reconnu qu'une stratégie de réduction de la pauvreté se doit d'internaliser la dimension environnement dans son processus d'élaboration et de mise en œuvre. Aussi, le deuxième axe stratégique du DSRP-C intitulé «Consolidation des bases d'une croissance forte et durable » comporte-t-il des domaines prioritaires dont le sixième est la Gestion efficace des ressources naturelles, de l'environnement, du cadre de vie et des catastrophes naturelles.

Tirant profit des leçons apprises de la mise en œuvre du DSRP-C, la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) vient comme une réponse à ce défi majeur. Elle comporte un certain nombre de fonctionnalités saillantes, qui en font le cadre de référence de la politique du Gouvernement pour la période quinquennale 2013-2017.

Le Gouvernement entend mettre en œuvre en priorité les actions inscrites dans le cadre d'accélération des OMD du secteur pour atteindre en 2017, une proportion de 65% de la population qui utilise une source d'eau potable

4.2.3. Analyse du cadre réglementaire et politique

L'ensemble des textes et loin'aborde pas de façon spécifique le sous-secteur de l'assainissement. Il est important de mettre en place un code de l'assainissement de base(CAB) qui fournira l'outil réglementaire nécessaire au pilotage sectoriel. Ce Code fera une synthèse des dispositions dispersées dans le code de l'eau, le code de l'hygiène et le code de l'environnement. En plus, il permettra également de fixer des dispositions plus précises afférentes :

- Aux normes de conception et dimensionnement des ouvrages d'assainissement aussi bien au niveau individuel que public ;
- Au cahier de charges des services d'assainissement ;
- Aux procédures d'intervention dans le sous-secteur d'hygiène et d'assainissement ;
- Aux conditions de la participation du privé dans le secteur de l'assainissement.

4.3. Analyse de l'offre et de la demande en matière d'hygiène et assainissement de base au Togo

4.3.1. Approvisionnement En Eau Potable

En matière d'approvisionnement en eau potable, on distingue trois zones d'intervention (i) le milieu rural, (ii) le milieu semi-urbain et (iii) le milieu urbain. Les concepts "milieu rural" concerne les zones de 1500 habitants, "milieu semi-urbain", celles de 1500 habitants et plus et enfin "milieu urbain" couvre les localités chefs-lieux des préfectures et de sous-préfectures.

- En milieu rural et semi urbain

La politique d'AEPA en milieu rural et semi urbain clarifie le cadre institutionnel et opérationnel d'intervention dans lesdits milieux. Les points d'eau en milieu rural sont des forages et puits équipés de pompes à motricité humaine (PMH) et mini AEP en milieu semi urbain. Les taux de desserte de la population en eau sont relativement faibles, 30% en milieu rural et 29% en milieu semi urbain⁵ et le taux de panne des PMH de 29,5% en 2007. La situation s'est caractérisée par la non appropriation de la politique d'AEPA par l'ensemble des acteurs.

- En milieu urbain

Le service de distribution d'eau en milieu urbain au Togo revient normalement à la TdE. Le Taux de couverture en eau potable estimé à 39% en 2007⁶, est très variable en fonction des centres urbains. Seulement 22 chefs-lieux de préfecture sont couverts sur les 35 que compte le Togo.

Le contrôle de la qualité de l'eau de consommation est assuré à Lomé par l'INH en collaboration avec étroite avec la DAHM et la TdE. A l'intérieur du pays, le contrôle se fait seulement dans le cadre des projets d'hydraulique villageoise et de la demande d'agrément par les producteurs d'eau ensachée. Cependant, il s'agit ici d'un contrôle initial qui ne saurait attester de la qualité permanente de l'eau surtout si des mesures appropriées d'assainissement autour des points d'eau ne sont pas élaborées et appliquées.

⁵Inventaire DGEA/AFD, 2007

⁶ Rapp007

4.3.2. Hygiène des denrées alimentaires

Les établissements d'approvisionnement et de vente des denrées alimentaires en milieu urbain et rural sont des lieux privilégiés de transmission des maladies lorsque des règles et mesures élémentaires d'hygiène n'y sont pas respectées. Le contrôle de l'hygiène des denrées alimentaires concerne ces établissements aussi bien en milieu urbain que rural..

- Milieu urbain et semi urbain

Le contrôle se fait par les techniciens d'hygiène et d'assainissement au niveau des bars et restaurants. Ils travaillent en collaboration avec les services de santé animale pour les visites d'inspection des viandes et produits carnés.

- Milieu rural

C'est l'agent de santé qui est habilité à inspecter les denrées alimentaires dans l'aire sanitaire de l'USP. C'est un contrôle qui se limite souvent au respect des règles d'hygiène alimentaire. Les habitants, méconnaissant souvent l'importance du contrôle des viandes s'y soustraient.

4.3.3. Eau et assainissement dans les structures publiques

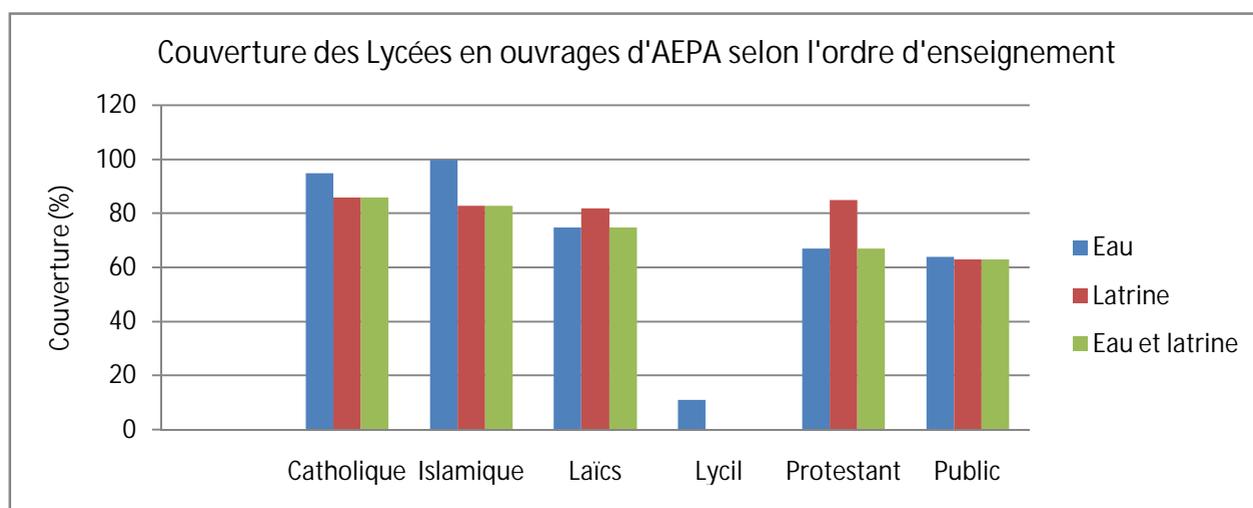
4.3.3.1. Milieu éducatifs

Dans les établissements scolaires comme tout autre milieu d'éducation, les équipements minimum requis sont constitués de latrine et de point d'eau. Les sections qui vont suivre, en présente la situation en fonction du degré d'enseignement.

- Ouvrages d'AEPA dans les Lycées

La couverture en ouvrages d'AEPA varie en fonction de l'ordre d'enseignement

Figure 4.2: Répartition des ouvrages d'AEPA en fonction de l'ordre d'enseignement



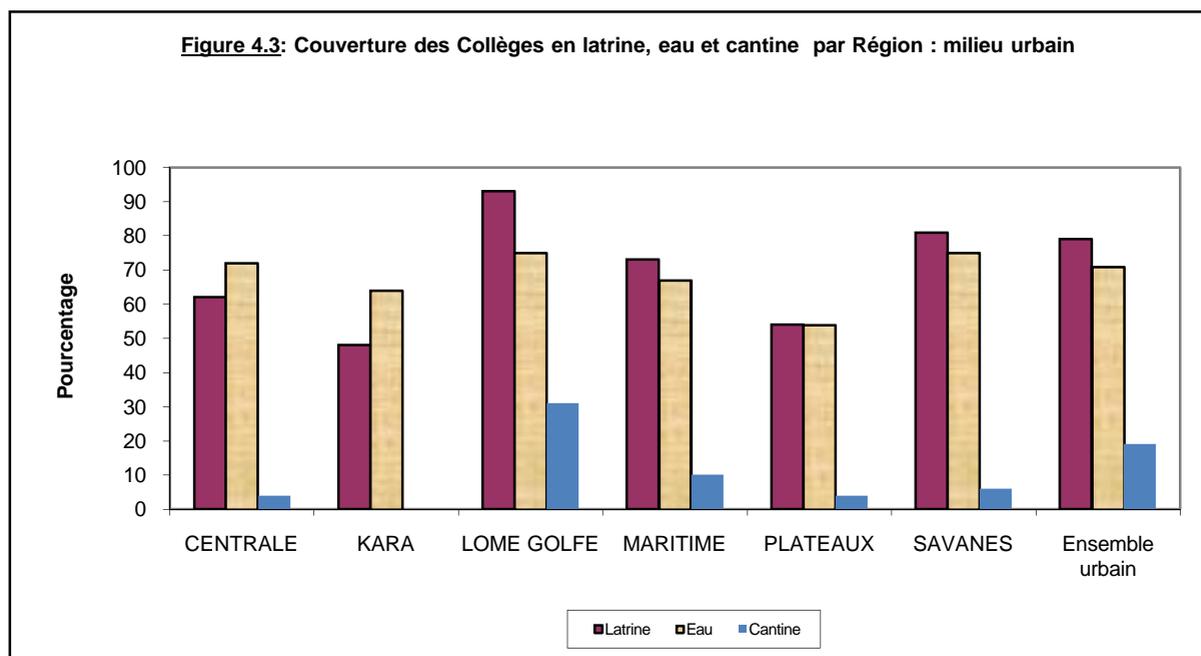
Source : Base MEPSA, 2012

La couverture des lycées en ouvrages d'AEPA est en moyenne de 67% sur l'étendue du territoire. Elle est de 69% pour les latrines seules. Les couvertures d'AEPA les plus faibles sont enregistrées respectivement dans les lycées publics (63%) et lycées d'initiative locale (0%).

- Ouvrages d'AEPA au niveau des CEG

Les figures 4.3 et 4.4 donnent la répartition des ouvrages d'AEPA et des cantines en fonction du milieu :

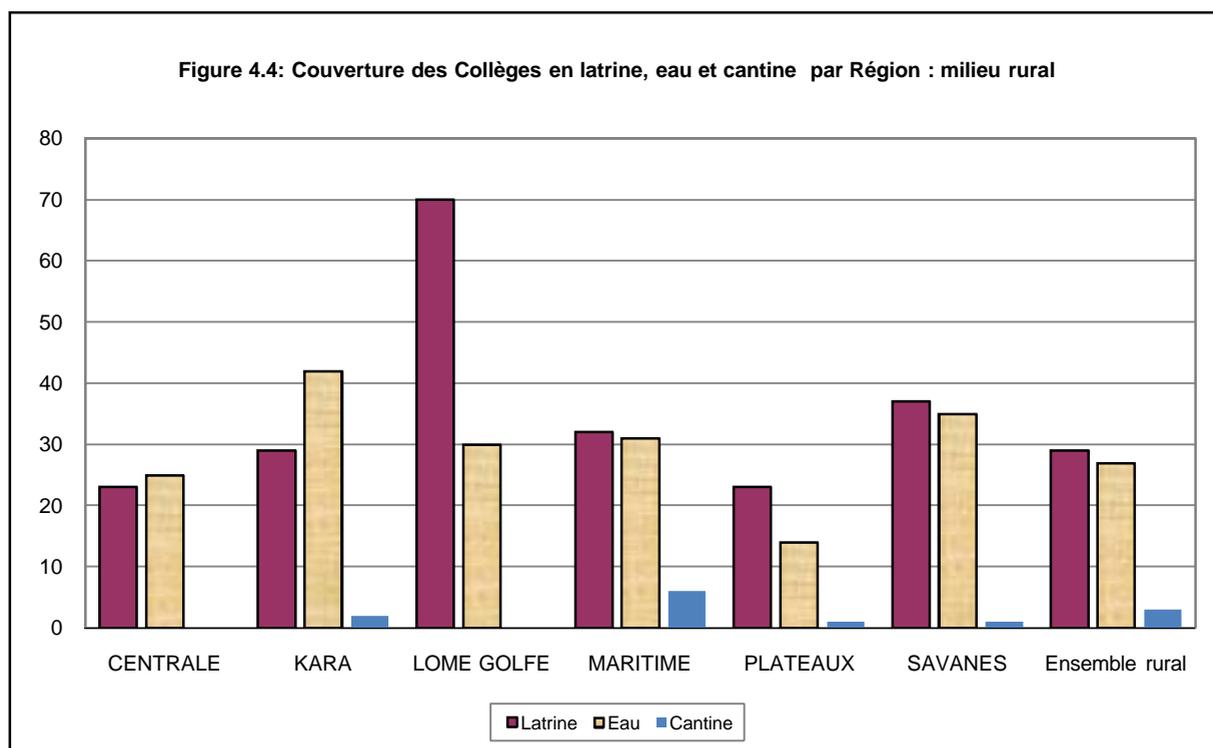
Figure 1.3: Couverture des Collèges en latrine, eau et cantine par Région : milieu urbain



Source : Base MEPSA, 2012

Sur le plan national les couvertures sont respectivement de 79% pour les latrines, 71% pour les points d'eau et de 19% pour les cantines. Les taux de couverture les plus faibles des CEG en paquet minimum d'ouvrages d'AEPA se retrouvent dans les Plateaux (54%) et Kara (48%).

Figure 4.4 ; Couverture des Collèges en latrine, eau et cantine par Région en milieu rural

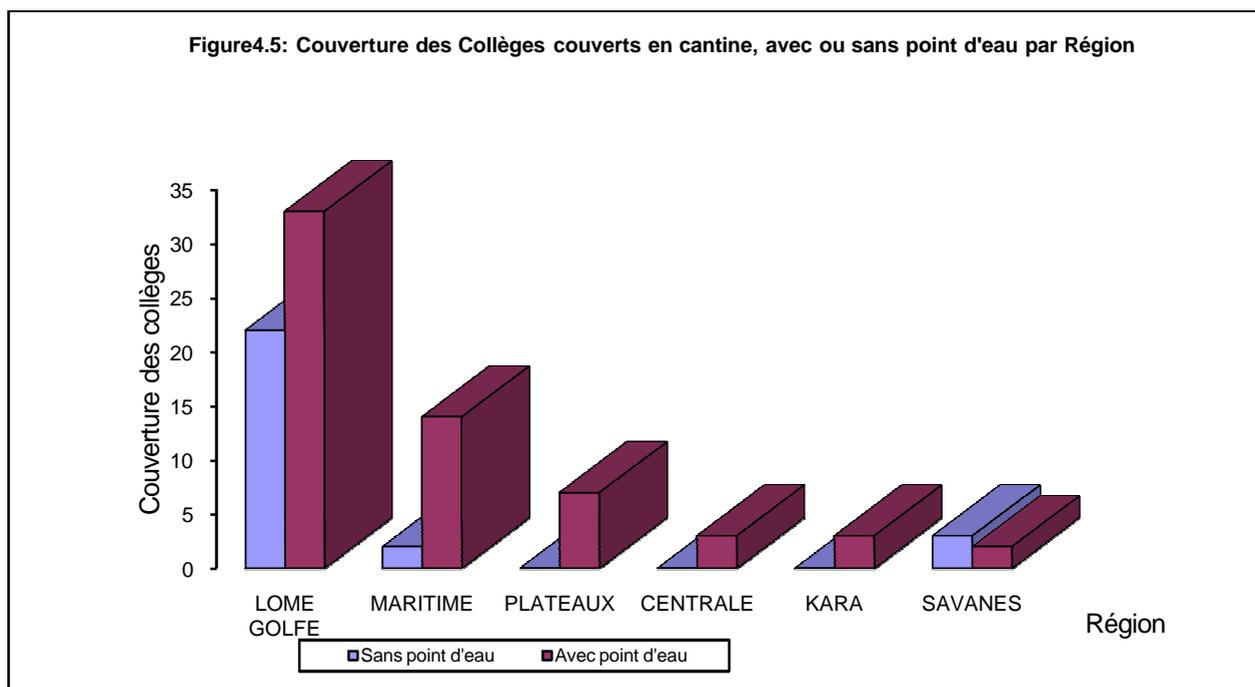


Source : Base de MEPSA, 2012

Les couvertures en ouvrages d'AEPA et cantines sont plus faibles en milieu rural. Elles sont de 29% en latrines et 27% en point d'eau. Les couvertures les plus faibles en paquet minimum d'ouvrages d'AEPA, se retrouvent dans les plateaux (14%) et centrale (23%)

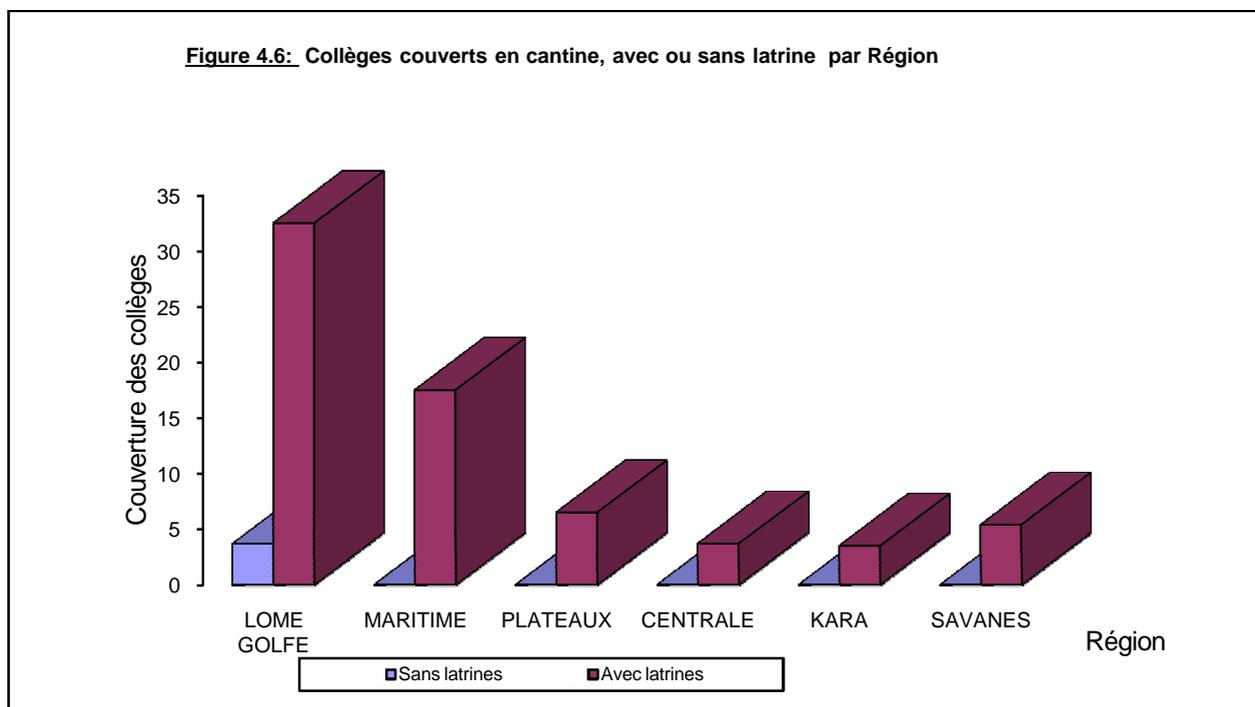
S'agissant des cantines, la couverture est de 3%. On note une disparité dans l'ouverture des cantines dans les collèges en fonction de la disponibilité des ouvrages d'AEPA (Figure 4.5 et Figure 4.6)

Figure 4.5: Couverture des Collèges couverts en cantine, avec ou sans point d'eau par Région



Source : Base de MEPSA

Figure 4.6 : Collèges couverts en cantine, avec ou sans latrine par Région



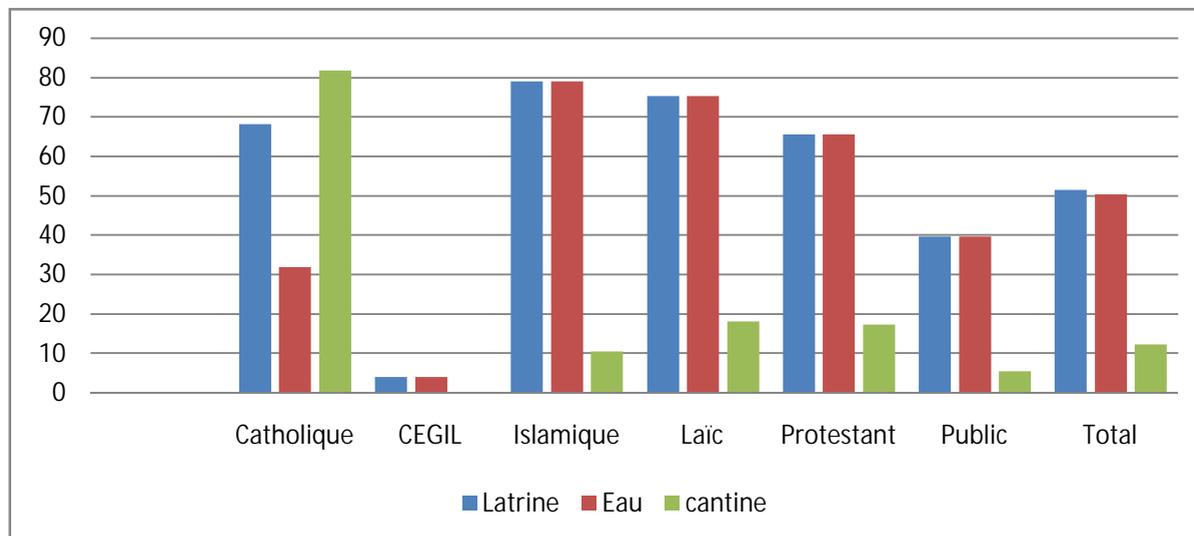
Source : Base MEPSA, 2012

La sécurité sanitaire des aliments servis aux élèves ne peut pas être assurée dans les écoles sans un minimum d'équipements d'AEPA. Les résultats montrent que dans Lomé-commune 3,7% des cantines se retrouvent dans les CEG ne disposant pas de latrines. En plus le pourcentage de collèges sans point d'eau et

qui abritent une cantine est de 22% dans Lomé-Commune, de 2% dans la Maritime et de 3% dans les Savanes.

La disparité se manifeste également en fonction des régions et de l'ordre d'enseignement.

Figure 4.7: Répartition des ouvrages d'AEPA et cantine selon l'ordre d'enseignement

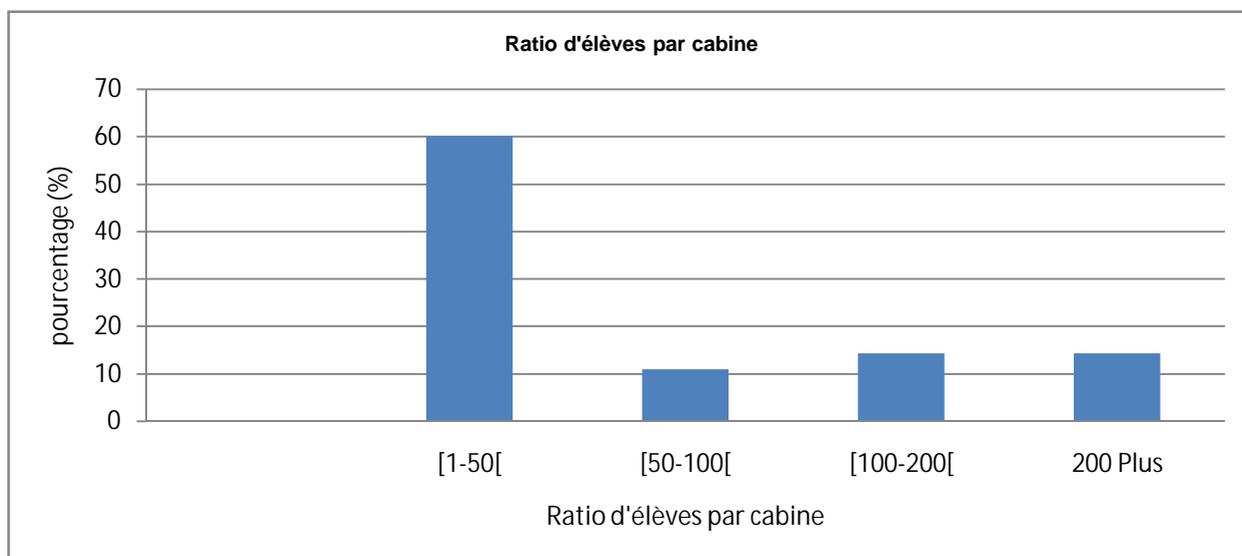


Source : Base MEPSA, 2012

La couverture en ouvrages d'AEPA et cantine est beaucoup plus faible au niveau des CEG publics et des CEG d'initiative locale (CEGIL). La couverture en latrine décroît sensiblement d'un ordre à un autre. Elle est supérieure 60% dans les CEG islamique, laïc, protestant et catholique et inférieure à 40% dans les CEG publics et CEGIL.

Le nombre de blocs de latrine au niveau des écoles est en principe, proportionnel à l'effectif total des élèves pour garantir une meilleure satisfaction des besoins des enfants. La figure 4.8 donne une synthèse de ratio d'élèves par cabine dans les collèges.

Figure 4.8: Ratio d'élèves par cabine



Source : Base MEPSA, 2012

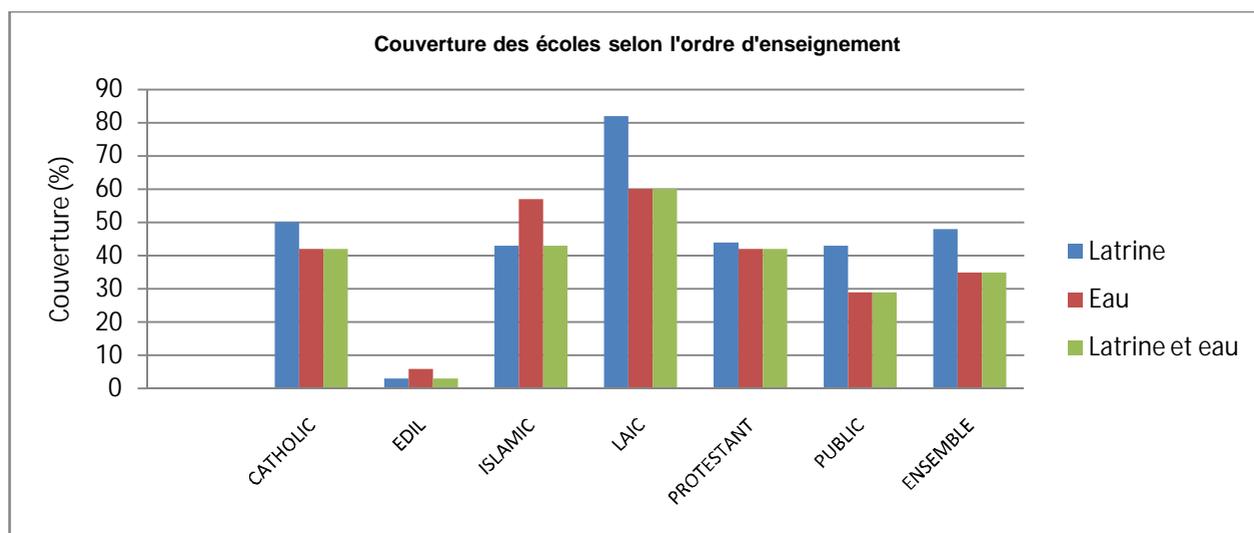
Les résultats montrent que c'est seulement 60% des collèges qui respectent le ratio de 50 élèves au plus par cabine.

- Ouvrages d'AEPA dans les écoles primaires

La répartition des ouvrages d'AEPA est fonction des régions, des milieux de résidence et de l'ordre d'enseignement.

- Répartition des ouvrages selon l'ordre d'enseignement

Figure 4.9: Répartition des ouvrages d'AEPA selon l'ordre d'enseignement

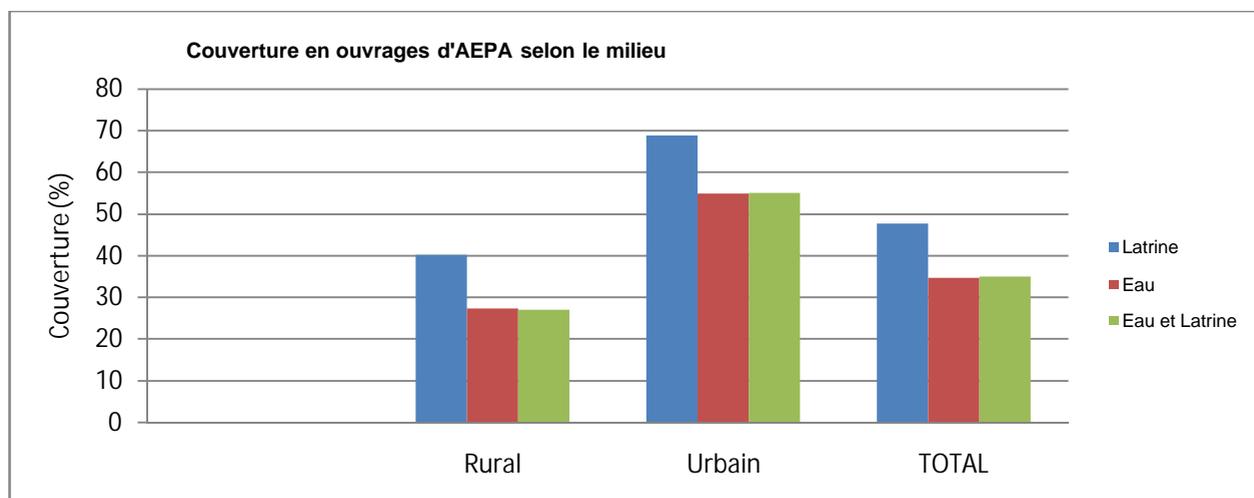


Source : Base MEPSA, 2012

La figure montre que les écoles qui disposent du paquet minimum d'équipements d'AEPA représentent 35% de l'ensemble. En effet sur l'étendue du territoire seulement 48% des écoles disposent des latrines et 35% d'eau. Ces ouvrages sont inégalement répartis. La couverture demeure faible dans les écoles publiques (43%) et les Ecoles d'initiative locales (3%).

- La répartition des ouvrages d'AEPA selon le milieu se présente comme suit :

Figure 4.10 : Répartition des ouvrages d'AEPA selon le milieu

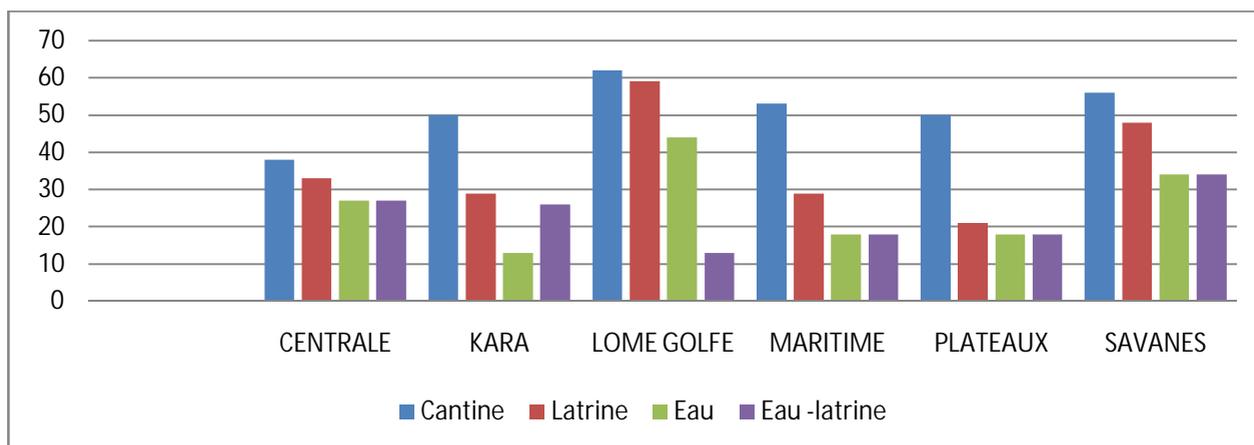


Sources : MEPSA, 2012

La proportion des écoles primaires équipées à la fois d'ouvrages d'eau et de latrine est de 35% sur l'étendue du territoire. Elle cache une disparité en fonction des milieux. Elle est de 27% en milieu rural et de 55% en milieu urbain.

- Répartition des cantines scolaires selon l'existence ou non d'ouvrages d'AEPA est consignée dans la Figure 4.11

Figure4.11 : Répartition des cantines dans les écoles selon l'existence d'ouvrages d'AEPA



Source : Base MEPSA ; 2012

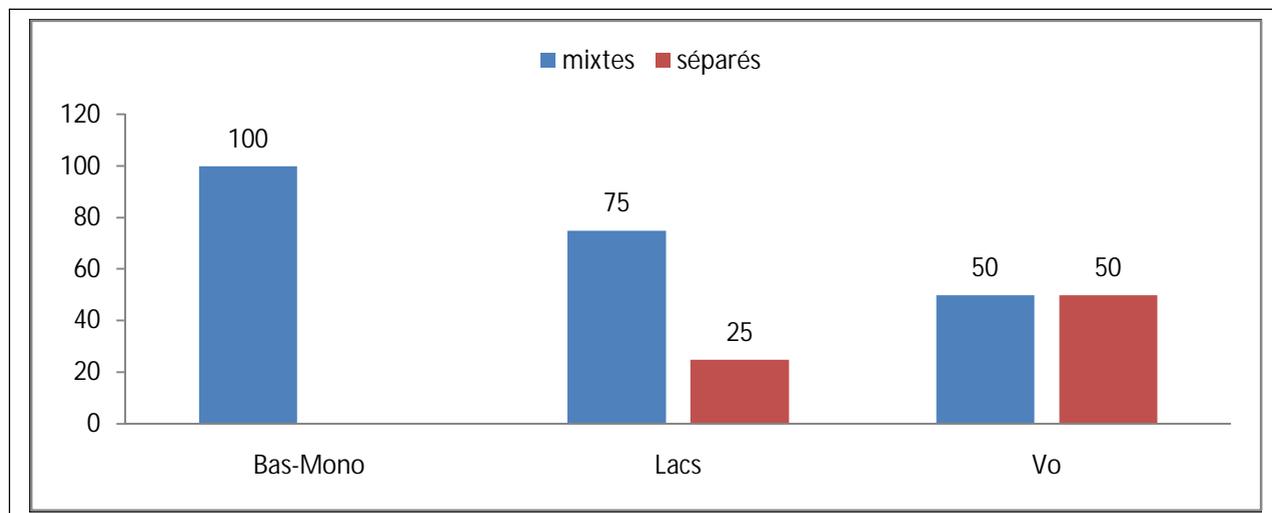
Sur 309 cantines réparties sur l'ensemble des écoles primaires, seules 136 sont installées dans les écoles disposant le paquet minimum d'équipement d'AEPA (44%). Le reste se retrouve dans 219 écoles équipées seulement de latrines

- Répartition des écoles selon la séparation ou non des blocs de latrines

Le respect du principe « d'équité genre » dans la répartition des blocs de latrines dans les écoles se fait à travers la séparation des blocs des latrines selon le sexe. Cela suppose que les écoles disposent suffisamment de cabines et de blocs séparés pour les filles et les garçons. En plus, il est ressort que ce principe n'est pas non plus respecté.

Le graphique suivant donne la situation dans les préfectures de Bas-mono, Lacs et vo dans la région maritime

Figure4.12 : Répartition des écoles selon la séparation ou non des blocs de latrines

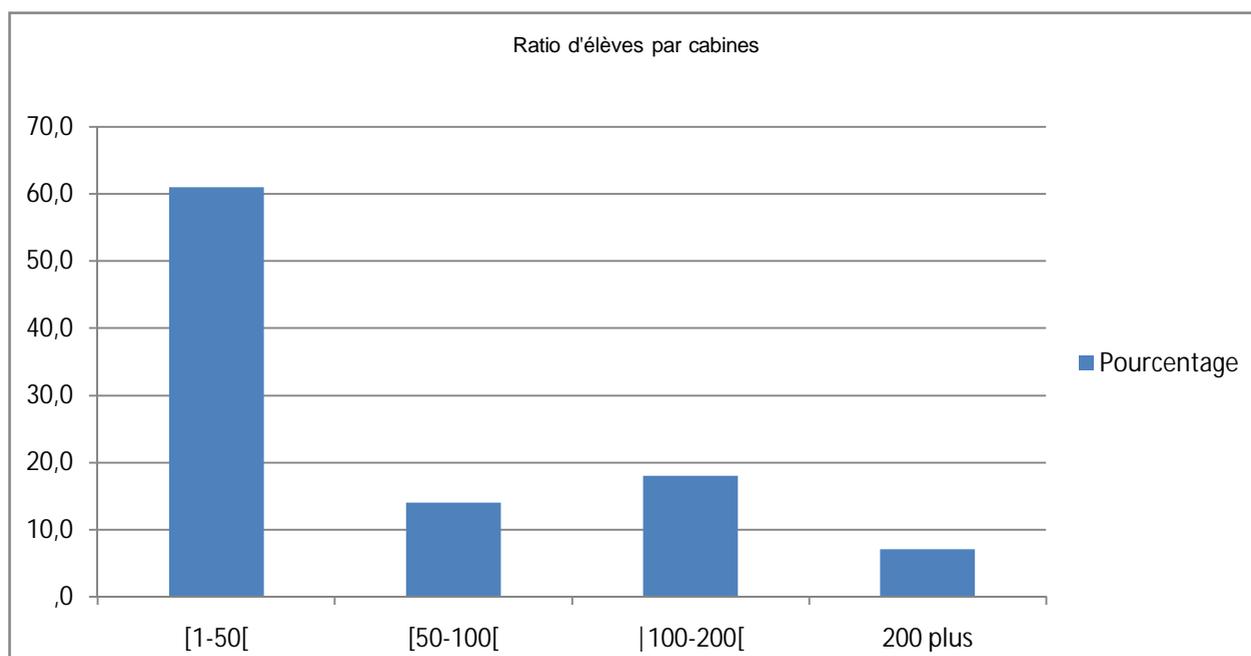


Source : Etablissement Etat de départ projet Facilité Eau-UE/région maritime

La séparation des blocs pour filles et garçons est une pratique observée dans quelques écoles surtout celles qui ont bénéficié des appuis des partenaires. C'est la cas des Lacs et Vo. Excepté ces cas, la séparation des blocs n'est guère respectée dans la plupart des projets ainsi que le principe de discrimination positive en faveur des handicapés.

- La synthèse du ratio d'élèves par cabine est consignée dans la figure 4.13

Figure 4.13 : Ratio d'élèves par cabine dans les écoles primaires



Source : Base de MEPSA, 2012

Sur l'ensemble des écoles, c'est seulement 60% qui possèdent des blocs de latrines qui satisfont au ratio moyen de 50 élèves par cabine. Il transparaît que dans 40% des écoles équipées de latrines, il y a besoin de construire d'autres blocs de latrines

4.3.3.2. Au niveau des USP

La norme prévoit qu'on ait un paquet minimum d'équipements dans les USP. Il s'agit des points d'eau et des latrines améliorés et des incinérateurs pour la gestion des déchets de soins médicaux.

- Sources d'eau

Les sources d'eau utilisées dans les formations sanitaires sont généralement composées de sources d'eau améliorées (eau courante, de forages, de puits équipés de pompes à motricité humaines), de sources d'eau non améliorées (puits non protégés et de citernes)

- Installations sanitaires

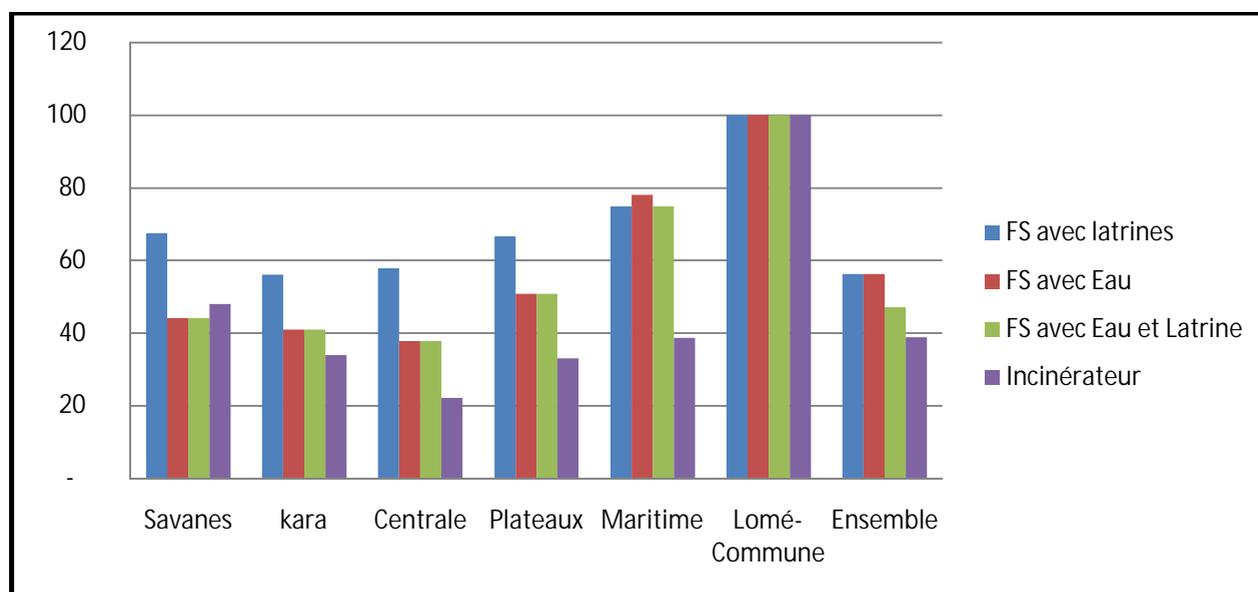
Pour les installations sanitaires, la norme prévoit deux (2) cabines de douche et deux (2) cabines de latrine fonctionnelles et qui remplissent les conditions minimum en règle d'hygiène. On dénombre différents types de

latrines dans les formations sanitaires. Il s'agit des latrines améliorées : latrines à fosse ventilées (VIP et EcoSan) des Toilettes à Chasse Manuelle (TCM), des latrines à fosses étanche, des latrines à fosse septique et des latrines non améliorées : latrines traditionnelles dans certaines USP en milieu rural.

- Incinérateurs

En termes de traitement des déchets de soins médicaux, quelques pratiques saines ont été observées dans certaines formations sanitaires. Il s'agit de l'incinération contrôlée dans un four à une température supérieure à 900°C. La répartition des ouvrages sus mentionnés est présentée dans la Figure 4.14

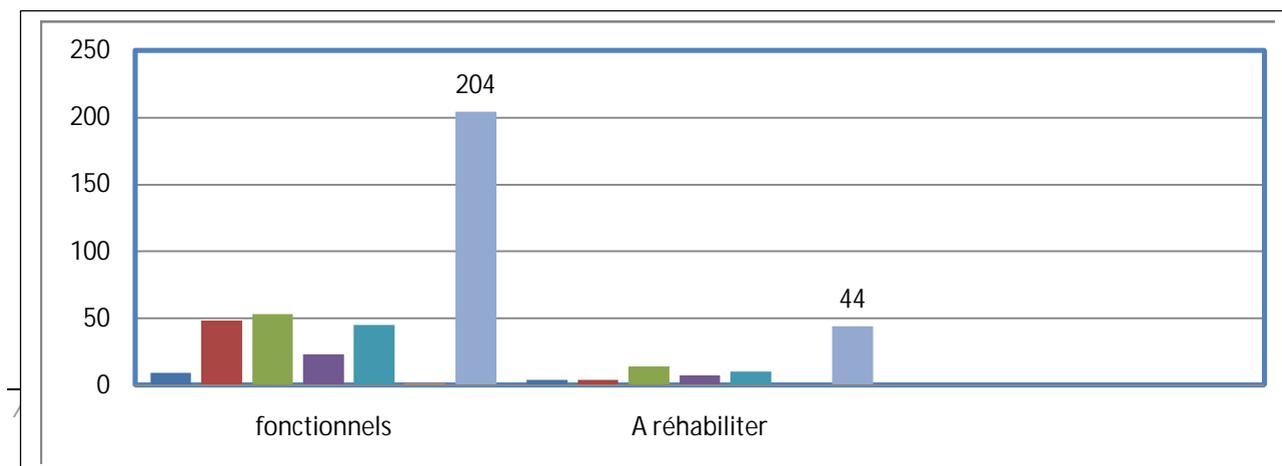
Figure 4.14 : Répartition des ouvrages d'AEPA dans les formations sanitaires



Source : DAHM, 2012

La couverture des Formations sanitaires en paquet minimum d'équipements sanitaires est de 39%. Elle se présente comme suit : en latrine (56%), en point d'eau (56%), en latrine et point d'eau (47%) et en incinérateur(34%). On note toutefois, une disparité dans la répartition des équipements en fonction des régions. La couverture en ouvrages d'AEPA est beaucoup plus élevée dans Lomé Commune (100%) et Région maritime (75%). Cependant l'état de fonctionnement des incinérateurs varie en fonction des régions

Figure 4.15 : Etat des lieux des incinérateurs fonctionnels et à réhabiliter



Source : Rapport d'activités DAHM, 2012

Au total 204 incinérateurs de type Montfort desservent les formations sanitaires. Ils sont répartis en fonction des formations sanitaires aussi bien en rural qu'en milieu urbain. Il y a un besoin de réhabilitation (44) et de construction (214) d'autres incinérateurs de ce type.

4.3.3.3. Au niveau communautaire

Au niveau domestique ou communautaire, le taux de couverture en assainissement est relativement faible au Togo. Selon l'enquête MICS 2010, seulement 34,9% des ménages sur l'ensemble du territoire ont accès installations sanitaires améliorées. Ce taux se répartit de façon inégale en fonction des milieux de résidence : 73,1% en milieu urbain et 11,8% en milieu rural. Toutefois, la situation est très contrastée selon que l'on considère la capitale Lomé et les autres villes. (Tableau 4.4).

Tableau 4.4: Taux de couverture en assainissement domestique au Togo

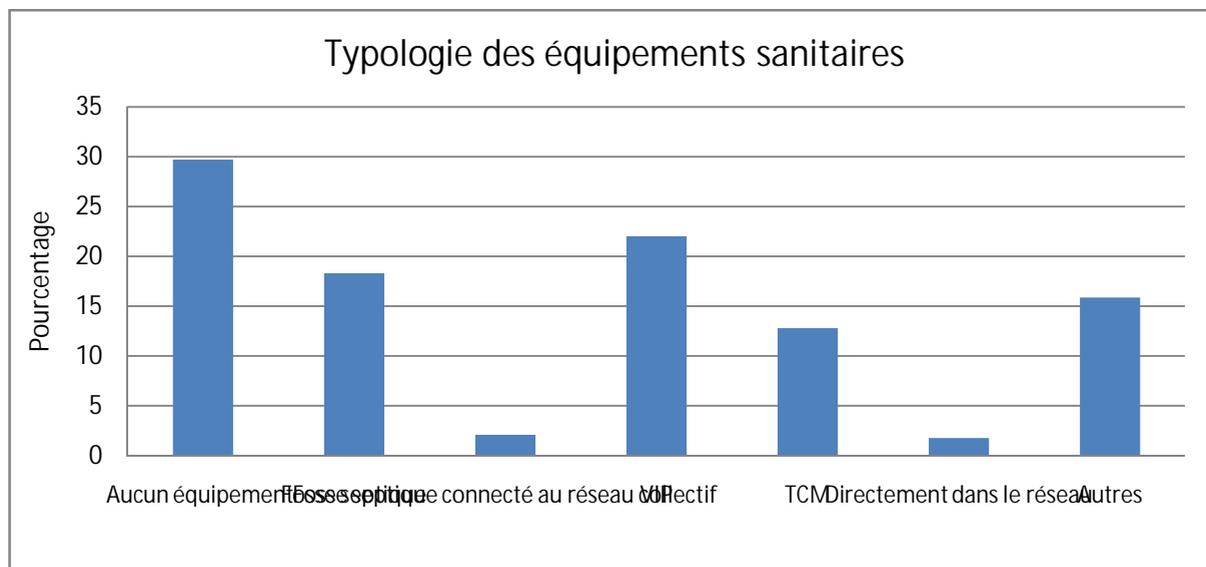
Région	Milieu rural	Milieu urbain	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritime (sans Lomé)	Lomé
Taux d'accès des ménages aux installations sanitaires améliorées	73,1%	11,8%	12,9%	14,5%	26,1%	15,6%	47,4%	87,6%

source : MICS, 2010

La zone rurale connaît une situation alarmante, avec seulement 11,8% d'accès global à l'assainissement, exclusivement par des ouvrages individuels. Mais, si l'on se réfère à la définition du JMP qui exclut de l'accès à l'assainissement les populations disposant d'ouvrages non améliorés⁷, ce taux pourrait chuter davantage. En zone urbaine, la situation est nettement meilleure avec un taux d'accès à l'assainissement amélioré de 87,6% L'essentiel des ouvrages d'assainissement y sont de type individuel dont la répartition est présentée dans la figure

⁷Le JMP considère les ouvrages suivants comme non améliorés : chasse d'eau vers d'autres destinations que l'égout, latrine à fosse non couverte ; toilette à seau ; latrine suspendue et les latrines publiques.

Figure 4.16 : Répartition des ouvrages d'AEPA dans les formations sanitaires



Source : Enquête dans le cadre de PSSAC, 2012

- Modes d'assainissement autonome à Lomé

Les ouvrages d'assainissement à Lomé sont réalisés presque exclusivement sur propres initiatives des ménages. En 1986, l'enquête sur l'assainissement individuel menée par SOGREAH a inventorié trois modes d'assainissement autonome à savoir la fosse septique, la fosse étanche et les tinettes.

- Les fosses septiques

Toutes les eaux usées générées par un ménage, c'est-à-dire les eaux de toilettes dites eaux vannes et les eaux ménagères : vaisselle, lessive et cuisine peuvent être rejetées dans une fosse septique. C'est un atout considérable dans le contexte de Lomé où le réseau collectif n'est qu'embryonnaire.

Les principales contraintes du système sont les suivantes : (i) les rejets issus des fosses peuvent polluer la nappe phréatique qui est vulnérable ou affleurante surtout dans les quartiers situés au sud et sud-est de la lagune, (ii) la fosse septique nécessite un appel minimum de 30 litres d'eau par jour et par personne pour le bon fonctionnement de la fosse septique. Un fonctionnement optimal du système n'est réellement assuré que par la présence d'un branchement d'eau potable sur la parcelle (iii) la construction d'un tel système peut être financièrement lourde pour certains ménages. Cependant, le coût de l'entretien et la quantité de boues produite sont relativement peu importants et n'imposent qu'une vidange tous les 3 ans en moyenne.

- Fosses étanches

Une fosse étanche est sensée recueillir uniquement les eaux vannes. Seules les latrines des habitations y sont raccordées. La seule fonction de la fosse étanche est la rétention provisoire des effluents avant leur évacuation. Dans son étude, SOGREAH affirmait qu'en majorité les cuves des fosses n'étaient pas étanches. En raison de défauts de construction, la majorité des fosses étanches de Lomé serait en réalité des « fosses sèches ou fosses perdantes ».

- Les latrines à tinette

Le système d'évacuation des excréta provenant des latrines à tinettes constitue l'une des formes les plus anciennes de l'assainissement organisé. Cette latrine comporte un seau ou autre récipient, la tinette, qui reçoit les matières fécales et qu'on enlève périodiquement pour élimination. La vidange de la tinette est souvent confiée à des vidangeurs manuels qui passent un contrat avec les usagers. Les vidangeurs transportent les tinettes à la main ou sur la tête ou encore sur des charrettes. Le déversement du contenu des tinettes se fait dans la mer. Elles sont bon marché mais présentent plusieurs inconvénients à savoir le dégagement de mauvaises odeurs, la prolifération des mouches, les risques pour les vidangeurs et les utilisateurs des boues et la pollution de l'environnement.

Pour des raisons susmentionnées l'utilisation des tinettes à Lomé est interdite depuis 1979. Pour cette raison, cette latrine est très peu rencontrée aujourd'hui même dans les anciens quartiers

- Autres modes et pratiques d'assainissement

En plus des systèmes individuels à la parcelle, il existe à Lomé des systèmes d'assainissement dits communautaires ou les latrines publiques. Ces ouvrages sont inégalement répartis sur le territoire communal. En 1986, au nombre de 21 latrines en fonctionnement, 17 se retrouvent au Sud de la lagune contre seulement 4 sur le plateau de Tokoin. Les latrines publiques sont généralement des fosses étanches (parfois des fosses septiques) de très grande capacité. Ce sont des lieux d'aisance pour une partie des populations qui ne bénéficie pas d'installations sanitaires à domicile (Agoè et Bè). En dehors, on note des édifices publics dans les milieux scolaires et dans les formations sanitaires.

▪ Modes d'assainissement autonome hors de Lomé

A l'instar de Lomé, la construction des latrines se fait sur l'initiative des chefs de ménages. Dans les autres villes sur l'étendue du territoire. Les ouvrages d'assainissement en milieu rural sont réalisés presque exclusivement sur l'initiative de programmes, avec une répartition géographique et par nombre d'habitant assez inégal. La majorité des programmes réalisent et font la promotion des latrines améliorées.

Les projets et programmes, dans leur grande majorité, ne présentent pas d'offre diversifiée pour répondre à l'éventail de demandes, mais réalisent plutôt des objectifs quantitatifs préalablement définis, à atteindre à la fin du projet. La démarche et l'approche varient cependant d'un programme à l'autre, que ce soit dans l'importance de la sensibilisation, de la formation (groupes locaux, maçons, etc.), pour la contribution de la population à l'investissement (importance et mode de contribution) et dans l'identification et la quantification des ouvrages à réaliser. Les principaux ouvrages d'assainissement rencontrés sont les suivants :

- Les ouvrages d'évacuation des eaux ménagères

Le bac à laver comprend un lavoir connecté à un puisard qui collecte et infiltre les eaux usées, ménagères provenant essentiellement de la cuisine et de la lessive dans le sol.

La douche puisard quant à lui collecte les eaux pour les évacuer à travers une conduite de liaison dans un puisard qui les infiltre dans le sol ;

Les ouvrages ménagers d'évacuation des eaux vannes sont constitués des ouvrages de type sec et de type humide.

Les ouvrages de type « sec » n'admettent pas beaucoup d'eau dans la fosse) :

- ✓ la latrine Sanplat : c'est une latrine à simple fosse, améliorée par l'adjonction d'une dalle en béton armé et d'un évent. Un couvercle pour le trou de défécation est obligatoire si la superstructure de la latrine est une cabine découverte la latrine VIP (Ventilated Improved Pit) : elle comporte systématiquement une cabine couverte reposant sur une fosse ventilée en maçonnerie. L'infrastructure peut être compartimentée en deux fosses utilisées en alternance afin de faciliter l'évacuation des excréta après un délai de compostage dans la fosse ;

- ✓ La latrine ECOSAN comprenant une cabine couverte reposant sur une fosse ventilée à deux compartiments alternants. Dans la cabine, la collecte des urines est séparée de celle des fèces. Les fèces sont recueillies dans la fosse où elles seront biodégradées alors que les urines sont recueillies dans des récipients et réutilisées après 45 jours pour des périmètres maraîchers ou des champs agricoles.

Les ouvrages de type « humide » ont besoin d'eau pour fonctionner et évacuent les excréta vers la fosse par une conduite d'évacuation. L'OMS recommande ces ouvrages dans les zones où la disponibilité en eau est au moins égale à 35l/habitant/jour). Ils comprennent :

- ✓ la fosse étanche : elle est constituée d'un réservoir à un compartiment en maçonnerie ou en plastique qui reçoit et stocke les effluents provenant des sanitaires. Elle est recommandée dans les zones à nappe haute ou affleurant et équipée d'un réseau d'eau potable. Il nécessite un service de vidange performant et aux normes (existence de camions de vidange et de station de traitement des boues de vidange) ;
 - ✓ la fosse septique : elle comprend une fosse étanche à deux ou trois compartiments qui clarifie les effluents entrant par flottaison, décantation et digestion par voie biochimique pour les envoyer ensuite vers un ouvrage d'épuration (tranchées, puisard, etc.) et de rejet dans un exutoire (infiltration dans le sol, rejet dans un émissaire, plan d'eau, etc.). Elle est recommandée de préférence pour les zones où les maisons sont équipées de branchements d'eau privés, et nécessite comme la fosse étanche l'existence d'un service de vidange performant et aux normes ;
 - ✓ la toilette à chasse manuelle (TCM) à deux fosses alternantes : elle comprend une cabine reliée à deux fosses séparées, alternantes et non étanches pour permettre l'infiltration dans le sol de la fraction liquide des effluents entrant. La fraction solide ainsi retenue sera vidangée 2 à 3 ans après le remplissage de la fosse. Cette fraction solide sera totalement minéralisée au bout de cette période et pourra être utilisée pour amender les sols agricoles.
- Ouvrages communautaires et semi-collectifs.

Les édicules publics : ce sont des répliques des ouvrages ménagers ci-dessus mais pour des besoins plus importants. Ces ouvrages comportent en général une superstructure à plusieurs cabines et une infrastructure dimensionnée pour recevoir les effluents produits. Les questions de genre y sont souvent prises en compte avec notamment la mise en place de blocs séparés femmes / hommes ou l'aménagement de cabines pour les handicapés (rampe d'accès, barres d'appui)

4.3.4. Contraintes liées à l'analyse de l'offre et de la demande

L'analyse de l'offre et de la demande en matière de l'hygiène et de l'assainissement de base soulève un certain nombre de contraintes :

- Contrôle de la qualité de l'eau et des denrées alimentaires

La situation de la santé au Togo est préoccupante : le taux de mortalité infantile est élevé (78‰) ; et celui de la mortalité infanto-juvénile est de 124‰⁸. Pour une part importante, cette situation est liée à la mauvaise qualité de l'eau et à un environnement climatique et aquatique qui favorise le développement et la transmission de nombreuses maladies liées à l'eau et aux aliments : infections bactériennes, virales et parasitaires. Les diarrhées sont fréquentes et sont en partie la cause de la mortalité infantile ; le choléra est également présent et affecte de façon récurrente les populations les plus démunies. S'agissant de contrôle de

⁸Enquête MICS, 2010

la qualité de l'eau, la situation est caractérisée par l'incapacité de la TdE à desservir les quartiers périphériques de Lomé et plusieurs centres urbains. Ce besoin est comblé par des producteurs privés de plus en plus nombreux qui mettent à la disposition des populations de l'eau ensachée ou à partir des forages. Des échantillons d'eau sont généralement prélevés et analysés avant la mise en service du point d'eau. Il s'agit ici d'un contrôle initial qui ne saurait attester de la qualité permanente de l'eau surtout si des mesures appropriées d'assainissement autour des points d'eau ne sont pas appliquées.

A Lomé, par faute de moyens, l'INH n'arrive pas à assurer le contrôle de la qualité tel que recommandé par l'OMS.

A l'intérieur du pays, la situation n'est guère meilleure. En dehors du projet pilote de surveillance de la qualité de l'eau de consommation initiée 2007 par la DAHM avec l'appui de l'OMS, aucune activité véritable de contrôle n'est menée.

En somme, la surveillance de la qualité de l'eau et des aliments est mal organisée. Il est chose courante de retrouver dans la rue des vendeuses de nourriture, à situation sanitaire non établie, avec des étalages d'aliments non couverts, exposés aux mouches et à la poussière. Il n'existe presque pas de contrôle sanitaire auprès de celles-ci, sauf chez celles qui vendent dans les écoles où les enseignants eux-mêmes assurent le contrôle, en matière d'hygiène. Il faut dire que sur ce point, le pays a énormément régressé, puisque ce contrôle se faisait encore il y a une trentaine d'années.

- Installations sanitaires

Selon l'enquête réalisée dans le cadre de la PSSAC, 56,3% des installations sanitaires sont construites à l'intérieur des concessions.

Dans l'ensemble, les ouvrages sont conçus et réalisés par des maçons locaux sans aucun contrôle technique, généralement sans respect des règles de l'art. Les conséquences sont la présence d'odeurs, un risque important de pollution de la nappe, un mauvais fonctionnement de l'ouvrage, etc.

En effet, les eaux usées de ces dispositifs mal construits, peuvent entraîner une pollution de la nappe phréatique abritée par un aquifère de sable dunaire et peu humifère dans la zone du littoral. Ce qui cause ainsi d'énormes problèmes sanitaires dont les conséquences se présentent comme suit :

- Les gens font leurs besoins « dans la nature », c'est-à-dire sur la plage, dans les forêts, etc. Les sols sont souillés par les excréta. Les parasites intestinaux (anguillules, ankylostomes, etc.) trouvent alors des conditions idéales pour leur prolifération surtout en saison des pluies. De même, les agents pathogènes des maladies infectieuses trouvent ainsi un terrain favorable pour leur dissémination au sein de la population,
- Les puits sont contaminés par les infiltrations des fosses soi-disant étanches, rendant impropre l'eau pour tout usage possible. L'eau de puits contaminés est cependant très souvent utilisée comme eau de boisson. L'eau est le principal vecteur de transmission des maladies à contamination féco-orale (par exemple l'hépatite A),
- Les rongeurs, mouches et autres insectes prolifèrent. Ils sont dans la plupart des cas vecteurs de maladies,
- Les impacts sur l'environnement et le cadre de vie suivants étaient induits par cette situation,
- Les habitants de certains quartiers se plaignent des mauvaises odeurs issues des fosses étanches et des excréta déposés dans la nature,

- Contaminés par les excréments (via l'eau), les sols des rues et parcelles où jouent les enfants peuvent propager des maladies (de transmission féco-orale) bactérienne ou virale, par exemple la dysenterie et l'hépatite A,
 - Faible priorité et demande pour les installations sanitaires,
 - Préférence en milieu urbain pour les latrines à fosse « type humide »(fosse septique, fosse étanche et TCM) et en milieu rural pour les latrines à fosse « type sec » mais le coût demeure un obstacle.
- Gestion des déchets de soins médicaux

En matière de gestion saine et contrôlée de ces déchets sur l'ensemble du territoire, la situation varie d'un centre hospitalier à l'autre, d'un centre de santé à l'autre et d'une clinique à l'autre. Les déchets sont soit brûlés soit enfouis dans des dépotoirs sauvages sis dans l'enceinte des centres hospitaliers ou de centres de santé, soit incinérés dans les quelques incinérateurs artisanaux de type Montfort qui ne sont destinés que pour des déchets tranchants et piquants. Ces types d'incinérateurs, mal opérés, polluent l'air par des gaz toxiques (les furannes et dioxines) contenus dans les fumées qu'ils produisent.

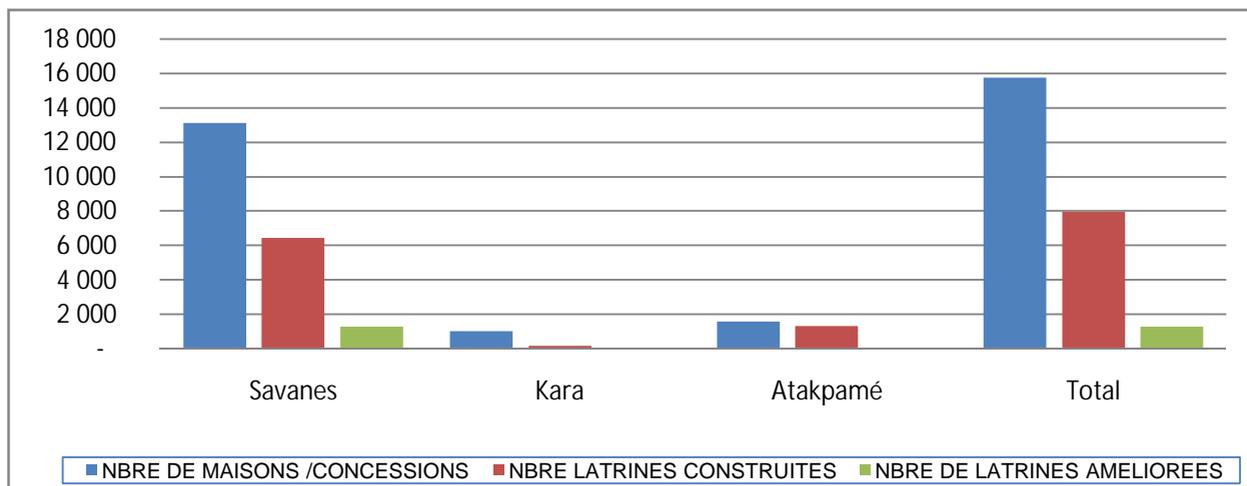
4.3.5. Diagnostic de la promotion de l'hygiène et de l'assainissement

En matière de promotion de l'hygiène et de l'assainissement, le secteur est caractérisé par une multiplicité d'interventions avec des approches différentes, des localisations géographiques non reliées entre elles, des modèles de latrines et des modes de subvention différents, etc. En effet, il n'existe pas de politique cohérente de promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base.

Les programmes de promotion de l'Hygiène et des infrastructures d'assainissement à travers l'approche ATPC sont en phase d'expérimentation au niveau national. Les quelques initiatives développées dans ce sens le sont par le biais de programmes ou projets ponctuels comme la Composante EAU-HYGIENE-ASSAINISSEMENT du programme de Coopération TOGO-UNICEF (2008-2012) dans les Régions des Savanes, Kara, Plateaux et Maritime puis dans le cadre du Projet Facilité Eau UE-UNICEF(2011-2015) dans la Région Maritime et le Projet de Promotion des droits de l'enfant à l'eau potable et à la santéenvironnementale2011-2015) dans la Préfecture de Blitta.

La figure 4.17: synthétise les produits obtenus à la suite des activités d'ATPC menées dans les Régions de Dapaong, Kara et Atakpamé depuis 2008.

Figure 4.17 : Produit des activités d'ATPC en fonction des régions



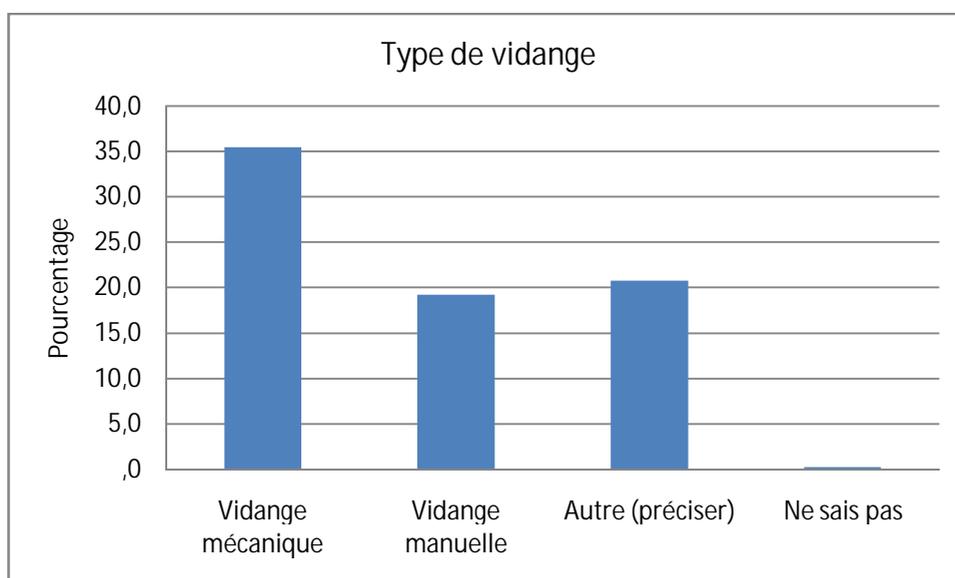
Source: Rapport DAHM, 2012

En tout 259 villages ont été déclenchés dans la région des savanes, Kara et Plateaux. Les résultats montrent que 7955 latrines ont été construites. Seulement 1286 peuvent être considérées comme améliorées. Ce qui représente un taux de 16,2%. L'ATPC se veut une approche innovante de promotion de l'hygiène et de l'assainissement qui devrait permettre de booster l'atteinte des OMD7. Il est important de développer une stratégie unique pouvant servir de cadre d'intervention pour tous les acteurs intervenant dans le sous-secteur.

4.3.6. Gestion des boues des ouvrages d'assainissement individuel

La problématique de la vidange des fosses des ouvrages individuels se pose de manière différente selon la typologie des ouvrages: La répartition des populations selon le typologie de vidange est donnée par la figure

Figure 4.18 : Mode de vidange des installations sanitaires



Source : Enquête dans le cadre de PSSAC, 2012

- ✓ *Pour les fosses septiques et étanches*, deux pratiques sont en cours concernant la gestion des boues de vidange. Il s'agit de la vidange manuelle et mécanique. Le coût de la vidange varie en fonction de plusieurs paramètres dont le volume vidangé, la profondeur de la latrine et l'accès facile à l'ouvrage.

- ✓ *Pour les latrines sèches*, la vidange se fait manuellement, la vidange mécanique étant impossible en raison de la consistance des boues. Cette pratique comporte des nuisances et des risques sanitaires liés au fait que la fosse étant unique, les matières fécales ne restent pas suffisamment longtemps dans la fosse pour une bonne stabilisation et hygiénisation.

Le secteur de la vidange des fosses est également caractérisé par un déficit de réglementation dû à l'absence des textes d'application du code de l'hygiène. Cependant dans le cas de la PSSAC, il est prévu la construction des stations d'épuration des boues pour Lomé et pour certaines grandes villes de taille supérieure à 50 000 habitants.

4.3.7. Diagnostic financier

Le financement du secteur de l'assainissement est assuré par l'Etat, les populations, les collectivités locales, les partenaires techniques et financiers et les ONG.

L'Etat prend en charge certains investissements de petite à moyenne envergure et les frais de fonctionnement des structures en charge de l'assainissement que sont la TdE, la DAHM et ses services déconcentrés..

La grande partie de la population assure le financement de son ouvrage d'assainissement qui est alors de type individuel. Une frange infime de la population, celle concernée par les réseaux d'égout de Lomé paye une redevance perçue par la TdE sur la facture d'eau (0,75FCFA/m³).

Les partenaires au développement appuient l'Etat dans le financement des investissements de grande envergure, alors que les ONG contribuent au financement de projets de petite envergure.

Chapitre 5: **Revue des stratégies d'interventions développées**

5.1. Stratégies développées

Le Togo a lancé en juin 2006, le processus d'élaboration des stratégies nationales axées sur les OMD, avec l'appui technique et financier des PTF. L'objectif du millénaire pour le développement spécifique à l'eau et à l'assainissement est de réduire de moitié à l'horizon 2015, la proportion de la population n'ayant pas accès de façon durable à l'eau potable et à un assainissement de base.

A cet effet, les principaux axes prioritaires des stratégies dans le secteur de l'AEPA ont été les suivants :

- Axe1 : Amélioration du système de gestion des ressources suivant une approche GIRE ;
- Axe2 : Amélioration de la desserte en eau potable des populations en milieu rural, semi urbain ;
- Axe3 : Renforcement des capacités nationales ;
- Axe4 : Amélioration des connaissances dans le secteur.

Dans le secteur de l'assainissement de base, ont été adopté quatre axes prioritaires dont les stratégies d'intervention sont présentées ci-après :

- Axe1 : Elaboration, adoption et mise en place d'une Politique Nationale de l'Hygiène et de l'Assainissement :
 - *Adopter la Politique nationale d'hygiène et d'assainissement du Togo*
 - *Affecter les missions de mise en œuvre des différents sous-secteurs de la politique nationale aux départements ministériels*
 - *Mettre en place des normes techniques pour les dispositifs d'assainissement autonomes et d'hygiène*
 - *Renforcer l'assainissement des eaux usées et excréta dans les écoles élémentaires*
 - *Renforcer l'assainissement dans les lieux publics (latrines publiques)*
 - *Assister les collectivités locales dans l'élaboration de leurs plans locaux d'assainissement autonome des EUE et à la promotion de l'hygiène*
 - *Elaborer une stratégie de gestion des déchets biomédicaux*
 - *Mettre en œuvre un plan d'équipement des 6 régions en incinérateurs conventionnels*
 - *Mettre en œuvre le PNSSA*
 - *Renforcer la coordination dans le secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base*
- Axe2 : Amélioration des connaissances sur les conditions de l'assainissement en particulier dans les centres urbains hors Lomé :
 - *Acquérir les données, organiser et structurer le sous-secteur pour une meilleure diffusion des informations ;*
 - *Lancer les enquêtes tant en milieu rural qu'en milieu semi urbain sur les différents aspects de l'assainissement (inventaires des infrastructures sanitaires de base, état des lieux de leur fonctionnement, identification des priorités et des perceptions de la population ;*
 - *Evaluer de façon précise les besoins à satisfaire*
 - *Réaliser le Plan Directeur d'Assainissement des centres urbains*
- Axe3 : Promotion de programmes d'éducation sanitaire et par la construction de systèmes d'assainissement de base à faible coût :
 - *Mettre en œuvre l'assainissement autonome en milieu rural, semi urbain et urbain avec appui sur les PME et artisans, constructions des installations sanitaires adaptés aux*

différents contextes, vulgarisation des mesures incitatives, éducation de la population, création des IMF)

- *Encourager la construction des technologies appropriées à faible coût en milieu rural*
 - *Promouvoir des programmes d'IEC en matière d'hygiène et assainissement*
 - *Associer à tous les projets d'eau la réalisation des installations sanitaires*
- Axe4 : Le renforcement des capacités nationales.
- *Développer des capacités à tous les niveaux ;*
 - *Renforcer et encourager les communautés à prendre en charge la gestion et la promotion du secteur de l'assainissement ;*
 - *Créer un Centre de Formation sur les métiers de l'Eau et de l'assainissement (CFMEA)*
 - *Renforcer les capacités des techniciens d'assainissement des secteurs publics que privés assainissement*

Cette revue des stratégies peut être complétée par les propositions de projets prioritaires présentées dans le document du plan stratégique de mise en œuvre de la politique nationale de l'hygiène et de l'assainissement au Togo en 2009 et celui de la SCAPE. Ces derniers touchent principalement quatre axes:

- Actions d'ordre juridique et institutionnel
- Élaboration de programmes sous sectoriels nationaux ;
- Communication et plaidoyer
- Coordination

5.2. Orientations stratégiques retenues

5.2.1. Identification des goulots d'étranglement dans le sous-secteur de l'hygiène et de l'assainissement.

La revue des différentes stratégies développées et les faiblesses relevées à travers les différents volets du secteur de l'hygiène et l'assainissement oscillent au tour des principaux points suivants :

- Faible engagement politique en faveur du secteur de l'hygiène et de l'assainissement ;
- Absence de gestion des ressources en eau selon une approche de gestion intégrée ;
- Faible niveau d'accessibilité des populations services d'hygiène et d'assainissement de base adéquats en milieu rural, semi urbain et urbain ;
- Faible performance du secteur liée au niveau de renforcement des capacités de l'administration et de la gestion des services ;
- Insuffisance de collaboration des interventions dans le sous-secteur de l'hygiène et de l'assainissement ;
- Evacuation inadéquat des eaux usées et excréta en milieu urbain et rural
- Insuffisance de collaboration intersectorielle dans la programmation du développement ;
- Dégradation croissante de l'environnement physique (existence de dépotoirs non contrôlés, etc..) ;
- Faible taux d'utilisation des installations sanitaires améliorées
- Manque d'utilisation des installations sanitaires améliorée
- Faible niveau de mise en œuvre et d'application des documents de politique et stratégiques du sous-secteur d'hygiène et d'assainissement de base.
- Insuffisance dans le système de collecte de données et dans le système de surveillance de la qualité de l'eau ainsi qu'au niveau des prévisions et réalisations des dépenses au niveau de la Division Assainissement et Hygiène du Milieu (DAHM).
- Faiblesse institutionnelle des services chargés de l'hygiène et de l'assainissement de base ;

5.2..2. Stratégies d'intervention retenues

Au regard des éléments ressortis de l'état des lieux et des insuffisances relevées, en s'appuyant sur les résultats du diagnostic posé selon l'approche participative, sur les orientations sectorielles nationales et sur l'évolution de la mise en œuvre effective du nouvel organigramme, notamment la création de la Direction nationale en charge de l'hygiène et assainissement de base, le Plan de l'hygiène et assainissement de base au Togo s'articulera autour de trois (3) axes stratégiques qui guideront les actions des intervenants dans le secteur au cours des cinq années à venir. Il s'agit des axes suivants :

- Axe 1 - le renforcement des politiques, plans et des institutions en matière d'hygiène et assainissement de base ;
- Axe 2 – le développement des interventions en hygiène et assainissement de base
- Axe 3 – le renforcement des capacités des services déconcentrés et des acteurs locaux
- Axe 4 – le renforcement des capacités du système national d'information sanitaire en prenant en compte le volet hygiène et assainissement de base.

5.3. Cadre logique

Au regard des éléments ressortis de l'état des lieux et des insuffisances relevées, en s'appuyant sur les résultats du diagnostic posé selon l'approche participative, sur les orientations sectorielles nationales et sur l'évolution de la mise en œuvre effective du nouvel organigramme, notamment la création de la Direction nationale en charge de l'hygiène et assainissement de base.

La mise en œuvre des axes se fera à travers la logique suivante :

Tableau 5.1: Cadre logique

Axes	Interventions/actions	Indicateurs	Résultats	Sources de vérification	Hypothèses
Axe 1					
. Renforcement et opérationnalisation des cadres institutionnels, légaux et financiers du sous-secteur en matière d'hygiène et assainissement de base	1.1 Créer/Renforcer un cadre multisectoriel de mise en œuvre des politiques à tous les niveaux	Arrêté de création	Cadre multisectoriel fonctionnel	Rapports d'activités	Mobilisation des parties prenantes
	1.2 Accélérer l'opérationnalisation du nouvel organigramme du Ministère de la Santé	Arrêtés d'application	Structures déconcentrées du sous-secteur HAB fonctionnelles	Registres de courriers du Ministère de la Santé	Disponibilité des principaux responsables du MS
	1.3 Faire un plaidoyer pour adopter les textes d'application des documents de politique (code de la santé, PNHAT)	Arrêtés d'application	Application des politiques	Registres de courriers du Ministère de la Santé	Disponibilité des principaux responsables du MS
	1.4 Elaborer et mettre en œuvre un plan de vulgarisation des documents de politiques	Plan de vulgarisation	Large diffusion des documents de politiques	Rapports de diffusion/vulgarisation	Disponibilité du cadre multisectoriel

Axes	Interventions/actions	Indicateurs	Résultats	Sources de vérification	Hypothèses
	Harmoniser la procédure d'intervention dans le secteur d'hygiène et d'assainissement de base	Manuel de procédure	Harmonisation des interventions dans le secteur		
	1.5 Impliquer le secteur privé, la société civile et les communautés dans les interventions d'HAB	Arrêté de création du Comité multisectoriel	Mobilisation de tous les acteurs	Rapports d'activités du Comité	Motivation des parties prenantes
	1.6 Mettre en place la police sanitaire	Arrêtés de création	Application des politiques	Registres de courriers du Ministère de la Santé	Adhésion et disponibilité des principaux responsables du MS
	1.7 Mettre en place des normes techniques pour les dispositifs d'assainissement autonomes et d'hygiène (y compris les procédures pour la conduite des projets de construction de latrine)	Document de normes	Application des politiques	Rapports d'activités	Motivation des parties prenantes
	1.8 Renforcer les capacités de supervision des collectivités dans les communautés	Nombre de supervisions effectuées	Collectivités locales fonctionnelles	Rapports de réunions/supervision	Mobilisation des acteurs Disponibilité financière
Axe. 2.					
Développement des interventions en hygiène et assainissement de base	2.1 Développer un système adéquat de gestion des cimetières	Document de gestion des cimetières	Niveau de propreté des cimetières	Rapports d'activités	Adhésion des communautés Disponibilité de ressources
	2.2 Améliorer les conditions d'hygiène en milieu scolaire et dans les FS	Nombre d'installations améliorées réalisées par type de structure	Réduction des cas morbides liés à l'HAB	Rapports de supervision	Engagement des parties prenantes Disponibilité financière
	2.3 Renforcer l'assainissement dans les lieux publics (latrines publiques)	Nombre de latrines publiques fonctionnelles dans les lieux publics	Réduction des cas morbides liés à l'HAB	Rapports de supervision	Engagement des parties prenantes Disponibilité financière
	2.4. Susciter la demande à travers la promotion de l'ATPC dans les communautés				
	2.5. Assurer la qualité de l'eau de boisson				
Axe.3:					
Renforcement des capacités des	3.1. Identifier et valider les besoins en renforcement des				

Axes	Interventions/actions	Indicateurs	Résultats	Sources de vérification	Hypothèses
services déconcentrés et des acteurs locaux ;	capacités des services déconcentrés d'hygiène et d'assainissement de base et des acteurs locaux du sous-secteur				
	3.2. Mettre en place et opérationnaliser la police sanitaire				
	3.3. Elaborer, valider, vulgariser et mettre en œuvre la stratégie de renforcement de capacités des services déconcentrés d'EPHAB et des acteurs locaux				
Axe 4.					
Renforcement des capacités du système d'information sanitaire en prenant en compte le volet hygiène et assainissement de base	3.1 Renforcer les capacités de gestion des données du sous-secteur (personnel, matériel, fournitures diverses, ...)	Nombre de structures du sous-secteur fonctionnelles	Production périodiques des informations et indicateurs pour les prises de décision	Rapports d'activités par niveau du système de santé	Mobilisation des acteurs Disponibilité financière
	3.2 Développer des outils harmonisés de collecte des données à tous les niveaux prenant en compte les autres secteurs	Nombre de structures du sous-secteur fonctionnelles	Transmission périodiques des informations collectées	Fiches de collecte remplies Rapports d'activités par niveau du système de santé	Mobilisation des acteurs Disponibilité financière
	3.3 Mettre en place une base de données dynamique dans le domaine	Base de données complètes	Exploitation périodiques des informations collectées	Fiches de collecte remplies Rapports d'activités par niveau du système de santé	Mobilisation des acteurs Disponibilité financière

5.4. Analyse des opportunités et des risques

5.4.1. Atouts et opportunités

- L'eau devenue un enjeu planétaire après la DIEPA (1981-1990)
- Dublin en 1992 (valeur économique de l'eau)
- La Haye en 2000 1ère édition du Forum Mondial de l'Eau (6ème en 03/12 à Marseille)
- Bonn 2001 (diversification des sources de financement – PPP, marchés financiers)
- Kyoto 3ème FME – Rapport CAMDESSUS « Financer l'eau pour tous »
- Travaux de l'OCDE sur l'approche économique de l'eau ;

- Partenariat « Eau & Assainissement pour tous ». L'eau et l'assainissement reconnus comme un droit humain reconnu par les Etats Membres des Nations Unies ;
- La Loi Oudin-Satini, votée en 2005 en France permet aux collectivités territoriales et agences d'eau d'affecter jusqu'à 1% de leur budget aux actions de coopération décentralisée pour l'eau potable et l'assainissement ;
- La création/mise en place du Fonds Mondial pour l'Assainissement (GSF) en mars 2009 sous l'impulsion du WSSCC.
- Engagements et initiatives au plan africain :
 - Vision africaine de l'eau en 2025 et son cadre d'action adoptés en 2000
 - Naissance d'AMCOW en 2002
 - Mise en place de la Facilité Africaine de l'Eau (FEA) en 2004 sous administration BAD
 - Déclaration de Sham El Scheick en 2008
 - Engagement d' e Thekweni (0,5% du PIB à l'assainissement)
 - Rôle appréciable de l'EAA depuis 23 ans dans l'accompagnement technique des gouvernements

Au plan régional

- Initiatives du NEPAD;
- Fonds sous régionaux « Eau » de l'UEMOA et de la CEDEAO (BIDC)

Au plan national

- Alignement des cadres de politiques, stratégies et actions de développement sur les engagements internationaux ;
- Existence de cadre partenarial autour de banques de développement, agences de coopération bilatérale et multilatérale ;
- Présence d'ONG
- Coopération avec UE
- Erection future de la DAHM en DHABselon le nouvel organigramme du MS

5.5.2. Risques et menaces

- Les perspectives dans la mise en œuvre du plan dépendront des facteurs suivants qui constituent des menaces :
 - Non-mobilisation des financements au niveau espéré
 - Conséquences : mauvais alignement des indicateurs d'accès, impact négatif sur les conditions de vie et la pauvreté
 - Lenteur du processus de la décentralisation
 - Conséquence : absence de transfert des compétences en EPHAB aux collectivités locales
 - Absence de visibilité des missions d'hygiène et d'assainissement au sein du ministère de la santé à tous les niveaux ;
 - L'intérêt des donateurs et bailleurs de fonds pour le financement des actions requises ;
 - Non adoption des documents de politique : PNHAT, PSSAC, PANGIRE etc.
 - Non opérationnalisation de la nouvelle réforme organisationnelle

Chapitre 6: Planification budgétaire

6.1. Stratégies de mobilisation des ressources

Il est évident que la réussite de la mise en œuvre du PNHAT est tributaire du niveau de mobilisation des ressources financières nécessaires. Le financement de l'ensemble du plan peut faire appel à des ressources nombreuses et de natures diverses. On peut les regrouper en cinq (5) principales sources de financement savoir : crédit de l'Etat, Prêts et dons, Tarification sur les services publics (assainissement collectif,

téléphonie), financement des usagers et financements des collectivités territoriales. Ces différentes sources peuvent être scindées en deux catégories :

- Les ressources internes
 - L'état à travers l'appui à la mise en œuvre des projets identifiés dans le secteur.
 - La capacité d'autofinancement générée par les cotisations des ménages pour l'amélioration et la réparation des ouvrages d'hygiène et assainissement et la gestion des boues de vidange et ordures ménagères. Ce type de financement est très nécessaire dans le secteur de l'économie sociale et solidaire car il permet un certain degré d'autonomie à l'égard des financeurs institutionnels.
 - Les contrats de partenariat avec les entreprises, la contribution des collectivités locales, associations et ONG nationales
 - Les taxes au niveau des ménages et sociétés de gestion des ordures et autres déchets
- Les ressources externes
 - Les subventions : elles comportent les aides de toute nature accordée à l'état togolais, les partenaires bilatéraux et multilatéraux qui auront répondu favorablement aux projets pour mettre en œuvre le plan.
 - La contribution partenaires financiers et ONG qui sert généralement à l'équipement et le plus souvent la mise en œuvre des actions innovantes. Chaque partenaire a sa logique propre et des secteurs spécifiques d'intervention. Les partenariats traditionnels devront être valorisés afin de mobiliser les ressources pour le financement du plan. Il s'agit entre autres de : OMS, UNESCO, GTZ, AFD etc.
 - Le recours aux mécanismes multilatéraux de financement du GSF, FEM, BAD, BOAD, UE et aux mécanismes spécifiques prévus par les différents conventions et protocoles ratifiés ou signés par le Togo dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement.

6.2. Procédures de gestion des ressources

La gestion des ressources mobilisées pour la mise en œuvre du Plan doit se faire conformément, non seulement aux règles de gestion et de procédures en vigueur au niveau du Ministère mais aussi selon les exigences du bailleur. Toutefois, ces procédures doivent tenir compte des grands aspects suivants :

- Gestion des Achats et des Contrats
 - Procédures d'Achats
 - Sous-traitance
 - Gestion du Matériel
 - Gestion des Ressources Humaines
 - La structure catégorielle du personnel relevant du sous-secteur
 - Le suivi des recrutements et déploiement
 - Le suivi des motivations, salaires et indemnités versés
 - L'évaluation des performances
- Gestion des voyages et des formations
 - Les autorisations
 - Identification de la logistique
 - Achats des titres de voyage
 - Les inscriptions
 - Le séjour des participants
 - Les rapports et justifications
- Gestion des Finances et de la Comptabilité
 - Les signatures autorisées sur les projets
 - Ouverture et clôture du compte bancaire
 - Plan de Gestion des Ressources Financières
 - Plan de trésorerie (par projet)

- Tenue de la trésorerie
- Avances de Fonds
- Etablissement du Rapport Financier
- Engagement des Fonds et Procédures Comptables
- La gestion des flux et rapports financiers
- Gestion des Fonds
- Procédures de Décaissement des Fonds

- Suivi et Evaluation
- Evaluation des Projets
- Audit des Projets

6.3. Plan d'action

Tableau 6.1: Plan d'action(à compléter en atelier de planification)

Axes	Objectifs	Activités	Indicateurs de résultats	Responsable	Période		
					1	2	3
Axe 1							
Renforcement et opérationnalisation des cadres institutionnels, légaux et financiers du sous-secteur en matière d'hygiène et assainissement de base	Renforcer le cadre de mise en œuvre du plan	Renforcer un cadre multisectoriel de mise en œuvre des politiques à tous les niveaux	Arrêté de création	MS	x		
		Accélérer l'opérationnalisation du nouvel organigramme du Ministère de la Santé	Arrêtés d'application	MS	x		
		Faire un plaidoyer pour adopter les textes d'application des documents de politique (code de la santé, PNHAT)	Arrêtés d'application	MS	x		
		Elaborer et mettre en œuvre un plan de vulgarisation des documents de politiques	Plan de vulgarisation	MS	x	x	x
		Harmoniser la procédure d'intervention dans le secteur d'hygiène et d'assainissement de base	Manuel de procédure	MS	x		
		Impliquer le secteur privé, la société civile et les communautés dans les interventions d'HAB	Arrêté de création du Comité multisectoriel	MS	x		
		Mettre en place la police sanitaire	Arrêtés de création	MS	x		
	Renforcer les capacités de mise en œuvre des interventions	Mettre en place des normes techniques pour les dispositifs d'assainissement autonomes et d'hygiène (y compris les procédures pour la conduite des projets de construction de latrine)	Document de normes	MS	x		
		Elaborer un guide de supervision des activités spécifiques à l'HAB pour tous les niveaux	Guide	MS	x	x	x
		Former les acteurs des collectivités dans les communautés en méthodes de supervision	Nombre d'acteurs formés	MS	x	x	x
Doter les acteurs de supervision en matériel, fournitures et logistiques		Nombre d'acteurs équipés	MS	x	x	x	
Axe 2							
Développement des		2.1 Développer un système adéquat de gestion des	Document de				

interventions en hygiène et assainissement de base		cimetières	gestion des cimetières				
		2.2 Améliorer les conditions d'hygiène en milieu scolaire et dans les FS	Nombre d'installations améliorées réalisées par type de structure				
		2.3 Renforcer l'assainissement dans les lieux publics (latrines publiques)	Nombre de latrines publiques fonctionnelles dans les lieux publics				
		2.4. Susciter la demande à travers la promotion de l'ATPC dans les communautés					
		2.5. Assurer la qualité de l'eau de boisson					
Axe 3							
Renforcement des capacités des services déconcentrés et des acteurs locaux ;		3.1. Identifier et valider les besoins en renforcement des capacités des services déconcentrés d'hygiène et d'assainissement de base et des acteurs locaux du sous-secteur					
		3.2. Mettre en place et opérationnaliser la police sanitaire					
		3.3. Elaborer, valider, vulgariser et mettre en œuvre la stratégie de renforcement de capacités des services déconcentrés d'EPHAB et des acteurs locaux					
Axe 4							
Renforcement des capacités du système d'information sanitaire en prenant en compte le volet hygiène et assainissement de base		3.1 Renforcer les capacités de gestion des données du sous-secteur (personnel, matériel, fournitures diverses, ...)					
		3.2 Développer des outils harmonisés de collecte des données à tous les niveaux prenant en compte les autres secteurs					
		3.3 Mettre en place une base de données dynamique dans le domaine					

Chapitre 7: **Suivi-évaluation**

Afin de suivre et d'évaluer la mise en œuvre du plan, un dispositif de suivi-évaluation doit être mis en place à tous les niveaux pour suivre l'avancement des actions en termes de résultats et d'impact sur les populations et le système de santé à l'échéance de 5 ans.

7.1. Cadre et acteurs du suivi-évaluation

Le processus de suivi/évaluation du Plan se fonde sur un cheminement clair et logique axé sur des résultats. Pour assurer un suivi cohérent du Plan, les différents acteurs cités au niveau du volet hygiène et assainissement de base sont regroupés autour d'un système d'informations pour le suivi et l'évaluation. Il s'agit des parties prenantes suivantes :

- ✓ la Direction en charge de l'hygiène et assainissement ;
- ✓ le niveau régional ;
- ✓ le niveau préfectoral et les communautés ;
- ✓ les structures connexes (ministères de l'éducation, ITRA et collectivités) ;
- ✓ partenaires internationaux (multilatéraux et bilatéraux).

Les différents acteurs auront quatre rôles essentiels à jouer : (i) la production de données et d'informations du secteur ; (ii) l'analyse des résultats issus de ces données et informations ; (iii) la diffusion des analyses sous forme de rapport et (iv) la coordination de tout le système.

Le système d'information doit viser (i) la production systématique des indicateurs et/ou des informations de base pour le suivi des progrès enregistrés et (ii) l'établissement des données d'informations pour l'évaluation d'impacts des actions menées en faveur de la population.

7.2. Outils et indicateurs pour le suivi-évaluation

Le système d'information pour le suivi de la mise en œuvre du Plan s'appuiera en partie sur les outils disponibles dans le système de santé en la matière et sur les parties prenantes ci-dessus décrites. Par rapport aux spécificités de l'hygiène et assainissement de base et à la mise en place de la base de données, il sera élaboré des outils appropriés de collecte et d'exploitation des données en faisant appel à un spécialiste et aux experts du système d'information sanitaire.

Il est proposé les principaux indicateurs suivants pour l'appréciation des processus, des résultats et des impacts des différentes actions menées dans le secteur de l'hygiène et assainissement. Un tableau de bord permet de comparer la situation antérieure et par rapport aux objectifs fixés. Le tableau suivant donne les principaux indicateurs par composante :

Tableau 7.1: Liste des principaux indicateurs de suivi des activités et de mesures des impacts par composante

Intitulé de l'indicateur	Mode de calcul (numérateur et dénominateur)	Niveau de collecte des données	Interprétation (donner un exemple)	Niveaux de calcul	Périodicité de calcul
Couverture des concessions en latrines	N : Nombre de concessions disposant au moins d'une latrine fonctionnelle D : Nombre total de concession de l'aire sanitaire	Communauté	Renseignement sur la problématique du péril fécale (risques de propagation des maladies liées) Détermination de la proportion de la population utilisant une latrine	District Région Niveau Central	Semestrielle Annuelle
Couverture des concessions en latrines fonctionnelles et hygiénique	N : Nombre de concessions visitées disposant une latrine fonctionnelle hygiénique D : Nombre total de concessions visitées	Communauté	Renseigné sur l'utilisation et la bonne gestion de latrine et le et la mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiènes	District Région Niveau Central	Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Couverture des concessions aux services d'assainissement adéquats (Latrine+ système d'évacuation des eaux usées et d'ordures)	N : Nombre de concessions visitées disposant une latrine fonctionnelle hygiénique, un système adéquat d'élimination des ordures ménagères et eaux usées D : Nombre total de concessions visitées	Communauté	Niveau de maintien parfait de lhygiène au sein des communautés	District Région Niveau Central	Semestrielle Annuelle
Couverture des concessions en VAD pour la surveillance de l'hygiène et de l'assainissement	N : Nombre de concessions visitées organisées par les techniciens d'assainissement D : Nombre total de concessions de l'aire géographique concernée	Communauté	Mesure de la performance dans la surveillance de l'hygiène publique par les services d'assainissement dans les communautés	District Région Niveau Central	Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Proportion de personnes accédant à une eau potable pendant une catastrophe	N: Nombre ayant accès à l'eau D: nombre de sinistrés	DHAM/DRS/DD S	Niveau de couverture et de prise en compte des populations vulnérables	NA	NA

Intitulé de l'indicateur	Mode de calcul (numérateur et dénominateur)	Niveau de collecte des données	Interprétation (donner un exemple)	Niveaux de calcul	Périodicité de calcul
Proportion de maisons disposant d'un paquet minimal d'ouvrages d'assainissement fonctionnel (latrine et ouvrage d'évacuation des eaux grises)	N: Nombre de maisons disposant d'un paquet minimal d'ouvrages d'assainissement fonctionnel D: Nombre total de maisons de la zone cible	DHAM/DRS/DD S/USP	Contribution à la réduction des maladies hydriques au sein des populations Disponibilité en plein temps de paquet minimum	District Région Niveau Central	Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Proportion de personnes ayant bénéficié des séances de sensibilisation de communication pour un changement de comportement	N: Nombre de personnes ayant bénéficié des séances de sensibilisation de communication pour un changement de comportement D: Population cible	Communauté	Apprécie les pratiques préventives au sein des ménages	District Région Niveau Central	Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Taux de couverture des points du réseau d'eau en contrôle du chlore résiduel	N : Nombre des points suivis répondant pas aux normes D : Nombre de points testés (représentant l'échantillonnage représentatif du réseau)	Réseau d'eau TdE	Renseigne sur la qualité des eaux consommées dans les communautés et les risques sanitaires associées à une éventuelle contamination	District Région Niveau Central	mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Taux de couverture des piscines en contrôle du chlore résiduel	N : Nombre de piscines testées répondant aux normes D : Nombre total de piscines recensées	Etablissements hôteliers	Renseigne sur les risques sanitaires associés à la baignade	District Région Niveau Central	mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Pourcentage des points d'eau hygiéniques	N: Nombre de points d'eau (forage, kiosque à eau, borne fontaine) bien entretenus avec puits perdu. D: Nombre total de points d'eau visités par un technicien	Communauté	Renseigne sur le niveau d'hygiène autour des points d'eau pour réduire les risques de contamination,	District Région Niveau Central	Semestrielle Annuelle

Intitulé de l'indicateur	Mode de calcul (numérateur et dénominateur)	Niveau de collecte des données	Interprétation (donner un exemple)	Niveaux de calcul	Périodicité de calcul
Taux d'accès des populations à de l'eau saine	N: Proportion de la population ou ménage consommant de l'eau traitée D: Population totale des villages de l'intervention	Communauté	Renseigne sur les mesures individuelles prises pour soutenir/préserver la qualité de l'eau de boisson. Apprécie la proportion de la population qui consomme de l'eau traité	District Région Niveau Central	Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Proportion de la population ayant accès à une source d'eau améliorée	N: Nombre de personnes ayant accès à une source d'eau potable D: Population de la zone cible	Communauté	Renseigne sur les mesures individuelles prises pour soutenir et préserver la qualité de l'eau de boisson.	District Région Niveau Central	Annuelle
% de la population sachant se laver les mains avec du savon avant de manger	N: Nombre de personnes pratiquant systématiquement le lavage des mains D: Population cible	Communauté	Apprécie les pratiques préventives individuelles au sein des ménages	District Région Niveau Central	Annuelle
Pourcentage des femmes connaissant les messages clés sur l'hygiène personnel et des denrées alimentaires	N: Nombre de femmes connaissant les messages clés sur l'Hygiène D: Ensemble des femmes de la zone cible	Communauté	Rensigne sur le niveau de connaissance des femmes en matière d'hygiène individuel et des aliments	District Région Niveau Central	Annuelle
Couvertures des formations sanitaires en eau potable	N : Nombre de formations sanitaires disposant d'une source d'eau potable au sein du centre D : Nombre total de formations sanitaires	FS	Disponibilité en eau potable en plein temps pour les activités sanitaires au sein de la formation	District Région Niveau Central	Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Intitulé de l'indicateur	Mode de calcul (numérateur et dénominateur)	Niveau de collecte des données	Interprétation (donner un exemple)	Niveaux de calcul	Périodicité de calcul
Pourcentage des manipulateurs d'aliments ayant les bonnes pratiques d'hygiène (renouveler la carte deux fois par an).	N: nombre de manipulateurs ayant effectués le suivi médical au moins deux fois par an D: Nombre total de manipulateurs d'aliments touchés.	DHAM/DRS/DD S/USP	Indique les mesures d'hygiène individuelle et le niveau de changement de comportement prises par les manipulateurs d'aliments pour protéger à tout moment les aliments, de la contamination par les vecteurs et les corps étrangers,	District Région Niveau Central	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Taux de morbidité due aux maladies liées à l'EHA (diarrhées, dysenteries, parasitoses intestinales, fièvres typhoïdes, hépatites virales etc...)	N:Nombre de nouveaux cas en consultation curative pour cause maladies liées à l'EHA D:Nombre totale nouveaux cas en consultation curative	FS	Indique le poids des maladies diarrhéiques dans la morbidité et mortalité	District Région Niveau Central	Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Couverture des formations sanitaires en incinérateurs	N : Nombre de formations sanitaires disposant d'un incinérateur fonctionnel D : Nombre total de formations sanitaires	FS	Capacité de chaque formation sanitaire à incinérer les déchets produits au niveau du centre (renseignement sur la gestion efficace des déchets biomédicaux) et de limiter les risques d'infections	District Région Niveau Central	Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Couverture des formations sanitaires en latrines fonctionnelles et hygiéniques	N : Nombre de formations sanitaires disposant de latrine fonctionnelle D : Nombre total de formations sanitaires	FS	Capacité de chaque formation sanitaire à limiter les risques d'infections liées au péril fécal dans l'environnement	District Région Niveau Central	Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Intitulé de l'indicateur	Mode de calcul (numérateur et dénominateur)	Niveau de collecte des données	Interprétation (donner un exemple)	Niveaux de calcul	Périodicité de calcul
Taux de disponibilité de latrine dans les établissements scolaires	N: Nombre total de cabine par type d'établissement D: Effectif par type d'établissement /50	Etablissements scolaires	Renseigne sur le ration d'élèves par cabine et le risque de la DAL malgré l'existence de latrine	District Région Niveau Central	Semestrielle Annuelle
Couvertures des écoles en latrines fonctionnelles	N : Nombre d'écoles disposant à son sein une latrine fonctionnelle D : Nombre total d'écoles	Ecoles	Capacité de maintien d'hygiène en milieu scolaire	District Région Niveau Central	Semestrielle Annuelle
Pourcentage des écoles disposant un paquet d'assainissement requis (latrine fonctionnelle+point d'eau potable)	N : Nombre d'écoles disposant le paquet d'assainissement requis (latrine fonctionnelle+point d'eau potable) D : Nombre total d'écoles	Ecoles	Capacité de maintien d'hygiène en milieu scolaire	District Région Niveau Central	Semestrielle Annuelle
Taux de couverture des écoles en surveillance à l'hygiène.	N: Nombre d'écoles ayant reçu une surveillance à l'hygiène visitée D: Nombre total d'écoles visitées par les techniciens d'assainissement	Ecoles	Renseigne sur le niveau d'hygiène en milieu scolaire,	District Région Niveau Central	Semestrielle Annuelle
Pourcentage des écoles disposant d'infrastructures améliorées d'eau et d'assainissement	N: Nombre de structures disposant d'infrastructures D: Nombre total de structures de la zone cible		Contribution à la réduction des maladies hydriques dans les lieux publics. Mesure la qualité des pratiques d'hygiène	District Région Niveau Central	Semestrielle Annuelle
Pourcentage des	N: Nombre de		Contribution à la		

Intitulé de l'indicateur	Mode de calcul (numérateur et dénominateur)	Niveau de collecte des données	Interprétation (donner un exemple)	Niveaux de calcul	Périodicité de calcul
Nombre de travaux communautaires organisés (opérations de salubrité, désinfection/désinsectisation...)	Nombre de travaux communautaires réalisés pour éliminer les sources de prolifération des vecteurs. D: Nombre total de travaux communautaires planifiés.	Communauté	Renseigne sur les actions des populations et les efforts des techniciens d'assainissement pour protéger les communautés contre les maladies vectorielles.	District Région Niveau Central	Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Taux de réalisation de supervisions formatives	N: Nombre de supervisions formatives réalisées au cours de la période D: Nombre de supervision formatives planifiées	DHAM/DRS/DP S/USP	Renseigne sur l'intensité de l'appui technique apporté par les membres de l'équipe cadre de district aux structures de premiers contacts que sont les USP, sur le fonctionnement de l'équipe cadre de district.	District Région Niveau Central	Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Taux de réduction de la prévalence des maladies liées à l'EHA (choisir les maladies)	N: Nombre d'écoles/ménages disposant de latrines D: Nombre d'écoles/ménages dans la zone cible	Communauté	Renseigne sur la performance des dispositions prises pour lutter contre les maladies liées à l'insalubrité	District Région Niveau Central	Annuelle
Taux de réalisation de latrine ATPC	N: Nombre de latrines réalisées D: nombre de concessions du village déclenché	DHAM/DRS/DD S/USP	Apprécie les efforts menés et l'utilisation des financements	District Région Niveau Central	Annuelle
Pourcentage de formations sanitaires de la zone cible	N: Nombre de formations sanitaires disposant d'un paquet		Renseigne sur la performance des dispositions prises	District	

Intitulé de l'indicateur	Mode de calcul (numérateur et dénominateur)	Niveau de collecte des données	Interprétation (donner un exemple)	Niveaux de calcul	Périodicité de calcul
Dépenses par tête habitant à l'accès aux services d'assainissement	N : Subvention de l'Etat pour l'accès aux services d'assainissement de base D : Population totale de l'aire géographique concernée	DHAM/DRS/DD S	Contribution de l'Etat à la promotion de l'hygiène/l'assainissement de base Le niveau d'engagement du Ministère de la Santé au secteur	District Région Niveau Central	Semestrielle Annuelle
Taux d'exécution du budget du plan opérationnel par source de financement ou taux de consommation budgétaire	N: Montants par source de financement exécuté ou consommés D: montant total alloué par source de financement	DHAM/DRS/DD S	Capacité de la structure sanitaire à exécuter les activités financées en temps imparti des crédits alloués	District Région Niveau Central	Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Proportion des forages disposant des résultats d'analyse bactériologique et physico-chimiques satisfaisant avant la mise en service	N: Nombre de forages ayant fait des analyses D: Ensemble des forages de la zone	DHAM/DRS/DD S/USP	Effort de surveillance et d'assurance qualité des ouvrages d'hygiène et assainissement	District Région Niveau Central	Semestrielle Annuelle
Part des financements internes dans le budget total de l'Etat	N: Montant financement interne D: Total des financements de l'Etat	DHAM/DRS/DD S	Niveau d'engagement de l'Etat en matière de promotion d'HA	District Région Niveau Central	Annuelle
Part des financements externes	N: Montant financement externe D: Total des financements de l'Etat	DHAM/DRS/DD S	Niveau d'engagement des partenaires pour le soutien de l'Etat en matière de promotion d'HA	District Région Niveau Central	Annuelle
Proportion des	N: Montant		Niveau		

Intitulé de l'indicateur	Mode de calcul (numérateur et dénominateur)	Niveau de collecte des données	Interprétation (donner un exemple)	Niveaux de calcul	Périodicité de calcul
Taux d'exécution des budgets en HA sur ressources externes	N: Montant total des dépenses ressources externes D: Total du budget ressources externes	DHAM/DRS/DD S	Effort de consommation ou d'absorption des financements reçus	District Région Niveau Central	Annuelle
Proportion de ressources mobilisées pour le secteur de l'HA dans la localité	N: Ressources réservées à l'HA D: Ressources globales	DHAM/DRS/DD S/USP	Niveau d'engagement de l'Etat et de ses partenaires en matière d'HA	District Région Niveau Central	Annuelle
Participation des ONG au financement du secteur de l'AEPA au Togo (estimation, montants exprimés en US\$)	N: Nombre d'ONG ayant contribué au financement D: Nombre total d'ONG au Togo	DHAM/DRS/DD S/USP	Contribution des ONG au financement AEPA Niveau d'engagement des ONG matière d'HA	District Région Niveau Central	Annuelle
Taux de couverture nationale d'assainissement (en %) de la population)	N: Nombre de maisons disposant d'ouvrages d'assainissement D: Nombres total de concessions	DHAM/DRS/DD S/USP	Contribution à la réduction des maladies hydriques dans les communautés Mesure la qualité des pratiques d'hygiène au sein de la population	District Région Niveau Central	Semestrielle Annuelle
Pourcentage des hôpitaux/centres de santé disposant d'infrastructures améliorées d'eau et d'assainissement	N: Nombre de structures disposant d'infrastructures D: Nombre total de structures de la zone cible	FS	Contribution à la réduction des maladies hydriques dans les lieux publics et les mesures de prévention. Mesure la qualité des pratiques d'hygiène	District Région Niveau Central	Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Intitulé de l'indicateur	Mode de calcul (numérateur et dénominateur)	Niveau de collecte des données	Interprétation (donner un exemple)	Niveaux de calcul	Périodicité de calcul
Taux d'accès des populations aux installations sanitaires améliorées	N : Populations ayant accès à une latrine améliorée D : Population totale	DHAM/DRS/DD S	Permet d'avoir une idée sur la frange de la population encore privée d'installations sanitaires	District Région Niveau Central	Semestrielle Annuelle
Taux de disponibilité de latrines par type d'établissements éducatifs	N : Nombre total de cabines par type d'établissement éducatif D : Effectif total de l'établissement /50	DHAM/DRS/DD S	Permet d'apprécier le ratio d'utilisateurs par cabine dans les établissements éducatifs	DHAM/DRS/ DDS	Semestrielle Annuelle
Pourcentage des marchés équipés de latrines	N : Nombre de marchés équipés de latrines D ; Nombre total de marchés	DHAM/DRS/DD S	Permet d'apprécier le ratio d'utilisateurs par cabine dans les établissements éducatifs	DHAM/DRS/ DDS	Semestrielle Annuelle
Pourcentage de gares routières équipées de latrines	N : Nombre de gares routières équipées de latrines D ; Nombre total de gares routières	DHAM/DRS/DD S	Permet d'apprécier le ratio d'utilisateurs par cabine dans les établissements éducatifs	DHAM/DRS/ DDS	Semestrielle Annuelle

7.3.Mécanisme de suivi-évaluation

Le suivi des activités sera mis en œuvre à travers (i) la supervision et le monitoring des acteurs de mise du domaine, (ii) l'organisation des revues périodiques des activités, (iii) la tenue des rencontres de partage ou d'échanges avec la communauté bénéficiaire et (iv) la réalisation des campagnes de sensibilisation de la population.

L'évaluation de l'efficacité et de l'efficience de chaque action doit intervenir au plus tard six mois après la fin

modernes, de caniveaux, nombre de ménages couverts, nombre d'écoles équipées en ouvrages d'assainissement ;

- ✓ Quels ont été les résultats directs ? Il s'agit de déterminer les indicateurs de produits pour les prestations de services : par ex. nombre de ménages nouvellement équipés, nombre d'égouts réhabilités, etc. ;
- ✓ Quels ont été les résultats à court et moyen terme? Il s'agit de déterminer les indicateurs d'effets en rapport avec le système d'hygiène et assainissement (fonctionnalité des structures, gestion efficace et efficiente), les couvertures, les bénéficiaires, les équipements des structures et les changements de comportement ;
- ✓ Quels ont été les résultats à long terme? Il s'agit de déterminer les indicateurs d'impact sur la population : par ex. Incidence et prévalence des maladies diarrhéiques, taux de reproduction des maladies hydriques, impact économique liés aux maladies, etc.

Conclusion générale

