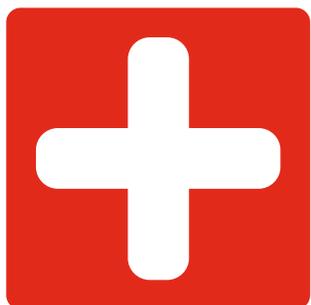


Transformer les systèmes de santé :

Le rôle essentiel de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène



Synthèse et appel à action

En 2015, l'OMS et l'UNICEF ont publié le premier rapport mondial consacré à l'état des services d'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (EAH) dans les établissements de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire¹. Ce rapport a révélé que les structures de soins sont souvent privées d'eau courante, de sanitaires et des moyens de préserver une bonne hygiène, ce qui affecte gravement la qualité de la prise en charge.

Depuis lors, WaterAid a travaillé avec des partenaires et les ministères en charge de la santé pour améliorer les services EAH en milieu médical dans plusieurs pays. Ce rapport présente un aperçu

des changements positifs obtenus. Il détaille l'approche de renforcement des systèmes de santé adoptée par WaterAid, et en quoi ces interventions ont contribué à des améliorations durables des services EAH dans les structures de soins.

Il reste encore beaucoup à faire pour que se concrétise l'accès universel à l'EAH et à la couverture santé universelle (CSU) d'ici 2030, comme le prévoient les Objectifs de développement durable (ODD). En documentant les leçons tirées et en faisant connaître les activités qui ont accompagné ces réussites, nous espérons contribuer à provoquer le changement d'échelle nécessaire pour atteindre le but fixé à l'horizon 2030 dans le Plan d'action mondial pour l'accès à l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé :

« ...que chaque établissement de santé, où qu'il se trouve, dispose d'installations fiables et gérées en toute sécurité d'accès à l'eau potable, d'assainissement et d'hygiène, associées à des pratiques adéquates, qui permettent de répondre aux besoins du personnel et des patients en vue de dispenser des soins de qualité, sûrs et axés sur la personne en prêtant une attention particulière aux besoins des femmes, des filles et de l'enfant² ».

« Nous devons agir pour empêcher la propagation des maladies. Améliorer les services d'eau et les conditions d'hygiène et d'assainissement dans les établissements de santé est un aspect vital de cette démarche ».

António Guterres,
Secrétaire général de l'ONU, mars 2018



Nous appelons les gouvernements, guidés par les ministères de la Santé, ainsi que les partenaires financiers, les chercheurs et les ONG, à redoubler d'efforts pour faire en sorte que chaque établissement de santé dispose des services d'eau et des conditions d'hygiène et d'assainissement nécessaires pour faire de la CSU une réalité.

Ce que vous pouvez faire



Intégrer les services EAH dans les établissements de santé en tant que composante

centrale des politiques, stratégies et programmes de santé pertinents pour la concrétisation de la couverture santé universelle.



Financer les services EAH dans les établissements de santé dans le cadre des politiques

d'investissement plus larges des systèmes de santé, avec des fonds domestiques et internationaux pérennes.



Évaluer les services EAH dans les établissements de santé dans le cadre des systèmes

réguliers de suivi de la santé, et contribuer à étoffer la base de connaissances sur les solutions probantes.



Coordonner et aligner les efforts engagés par les différents secteurs, ministères et

organisations pour maximiser l'impact.

1. Le contexte

En 2015, le rapport de l'OMS et de l'UNICEF « *L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire* » a révélé l'état catastrophique des services EAH dans les structures de santé de 54 pays. Il montrait que près de 40 % des établissements de santé n'avaient pas accès à l'eau, qu'un sur cinq n'avait pas d'installations d'assainissement « améliorées », et que plus d'un tiers n'avaient pas d'équipements pour le lavage des mains¹.

Outre ces conclusions alarmantes sur l'état des infrastructures, le rapport indiquait aussi que d'autres éléments nécessaires pour garantir des services EAH adéquats dans les établissements de santé étaient également absents. Les politiques, normes et budgets nécessaires au niveau national faisaient souvent défaut¹ et les systèmes de suivi étaient inexistantes ou n'étaient pas alignés sur les niveaux de services de base reconnus au plan international^{1,3,4}. D'autres études ont ensuite exposé le manque de personnel et de formation aux questions d'EAH et de prévention et de contrôle des infections (PCI)⁵, un manque de coordination et de leadership au sein et entre ministères au sujet de l'EAH dans les établissements de santé⁶, et l'absence de mécanismes d'accréditation ou de régulation des acteurs privés de la santé⁷.

Pour répondre à la situation révélée dans le rapport, l'OMS et l'UNICEF ont élaboré un plan d'action mondial pour l'EAH dans les établissements de santé².

Ce plan s'articule autour de cinq objectifs de changement (voir figure 1) qui portent sur le plaidoyer et le leadership ; les politiques et les normes ; le suivi ; la recherche et les connaissances et enfin les améliorations à apporter au niveau des structures de santé mêmes. Il insiste sur le fait que la responsabilité de porter et de piloter l'amélioration des services EAH dans les établissements de santé incombe aux acteurs de la santé, avec l'appui du secteur EAH. Il recommande que toutes les mesures visant à améliorer la situation participent à accroître la qualité des soins dans l'optique finale de concrétiser la CSUⁱ, à renforcer les systèmes de santé existants, et impliquent la coordination entre les ministères en charge de la santé, de l'EAH et du financement.

Avec ses partenaires, WaterAid a soutenu l'élaboration et la mise en place du Plan d'action mondial dès le départ, la réalisation de ce plan constituant un aspect essentiel de sa vision : faire de l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène une réalité partout et pour tous d'ici 2030.

Ce rapport présente les diverses façons qui nous ont permis de catalyser et d'accompagner les mesures prises par les autorités pour améliorer l'EAH dans les établissements de santé et détaille les approches suivies, en partenariat avec les intervenants de la santé, pour renforcer les systèmes de santé et la qualité des soins. En mettant en lumière des exemples de progrès dans divers pays, et en identifiant les insuffisances qui subsistent, nous espérons qu'il éclairera les futurs efforts engagés pour faire en sorte que tous les lieux où sont dispensés des soins soient équipés en services EAH sûrs, adéquats, accessibles et inclusifs d'ici 2030.

ⁱ L'OMS définit la Couverture santé universelle comme suit : « Faire en sorte que tout individu ait accès aux services de santé dont il a besoin, en termes de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation, et que ces services soient d'une qualité suffisante pour être efficaces, tout en veillant à ce que leur coût n'entraîne pas de difficultés financières pour les personnes concernées. »

D'ici 2030, chaque établissement de santé, où qu'il se trouve, dispose d'installations fiables et gérées en toute sécurité d'accès à l'eau potable, d'assainissement et d'hygiène, associées à des pratiques adéquates, qui permettent de répondre aux besoins du personnel et des patients en vue de dispenser des soins de qualité, sûrs et axés sur la personne.

OC 1

Les services EAH dans les établissements de santé sont priorités en tant que contribution nécessaire à l'atteinte de tous les objectifs de santé nationaux et mondiaux, en particulier ceux qui sont liés à la couverture santé universelle. Les principaux décideurs et leaders d'opinion défendent la question de l'accès à l'EAH dans les structures de soins.

OC 2

Tous les pays se dotent de normes nationales et de politiques sur l'EAH dans les établissements de santé et établissent des budgets dédiés à l'amélioration et au maintien des services.

OC 3

Les efforts mondiaux et nationaux de suivi intègrent des indicateurs de base et élargis harmonisés pour mesurer les services EAH dans les établissements de santé.

OC 4

La base de connaissances existante est revue et renforcée pour orienter les messages de plaidoyer et améliorer la mise en œuvre de services EAH dans les établissements de santé.

OC 5

Le personnel des établissements de santé, l'encadrement et les patients se mobilisent pour demander l'amélioration des services EAH. Des plans d'action fondés sur l'évaluation des risques sont mis en œuvre dans les établissements afin de soutenir une amélioration continue des services EAH, de la formation et des pratiques du personnel de santé.

Figure 1: But principal et objectifs de changement du Plan d'action mondial de l'OMS et de l'UNICEF pour l'EAH dans les établissements de santé. D'après OMS/UNICEF (2015)²

Parboti Rani Dhali, sage-femme, vérifie que tout va bien pour le bébé de Shokla Mondol, né 8 jours plus tôt à la polyclinique de l'upazila de Dacope, Chalna, Khulna, Bangladesh.



2. Les conséquences du manque d'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement dans les structures de soins

38 %

des établissements de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire n'ont pas accès à un système d'approvisionnement en eau potable¹.

15 % des patients des pays en développement contractent au moins une infection au cours d'un séjour à l'hôpital⁸.

Trois bébés meurent toutes les cinq minutes en Afrique subsaharienne ou dans le Sud asiatique de maladies tout à fait évitables comme la diarrhée, la septicémie, la méningite ou le tétanos, des maladies qui sont toutes fortement liées au manque d'hygiène⁹.

35 % des établissements de santé n'ont pas de savon pour le lavage des mains¹.

Les bébés qui naissent dans les hôpitaux des pays à revenu faible ou intermédiaire sont jusqu'à **20 fois plus à risque de contracter une septicémie à la naissance** que les bébés qui naissent dans les hôpitaux des pays à haut revenu¹⁰.

19 % des établissements de santé ne disposent pas de sanitaires adéquats¹.

Gloria Mkukawa nettoie une salle d'accouchement au centre de santé de Ntosa, Nkhotakota, Malawi.

Améliorer les services EAH dans les structures de soins contribue à :



- > Améliorer l'état de préparation et la réponse aux urgences sanitaires.
- > Améliorer la satisfaction des patients et la demande pour les soins.
- > Améliorer les conditions de travail ainsi que la santé et la sécurité du personnel de santé au travail.



- > Réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales.
- > Réduire le développement et l'expansion de la résistance aux antimicrobiens.
- > Réduire le risque de contracter une infection en milieu hospitalier.

L'un des principes fondamentaux de la médecine est « Avant tout, ne pas nuire »¹¹. Sans services EAH adéquats, ce principe ne peut pas être respecté. Si un établissement de santé ne dispose pas d'un approvisionnement en eau sûr et fiable, de toilettes hygiéniques et accessibles à tous – patients et personnel, hommes ou femmes, quel que soit leur âge et leurs capacités –, d'équipements et de pratiques adéquats pour le lavage des mains, d'un nettoyage efficace des lieux ou d'un système adapté de gestion des déchets, alors la santé et la sécurité des patients, de ceux qui s'occupent d'eux et du personnel est gravement compromise.

L'EAH ainsi que la prévention et le contrôle des infections réduisent le risque de contracter des maladies dans les établissements de santé¹². Si les éléments qui attestent les liens entre l'état des services EAH dans les structures de soins et les effets sur la santé sont limités à cause du peu de données disponibles^{13,14}, ils sont néanmoins suffisants pour justifier que des mesures urgentes soient prises.

Un risque accru d'infection dû à des services EAH insuffisants et au manque de prévention et de contrôle des infections peut affecter de multiples aspects d'une prise en charge médicale de qualité.

Des services EAH inadéquats peuvent entraîner :

- > Une hausse de la prescription, du mauvais usage et de la surconsommation d'antibiotiques, ce qui accélère la résistance aux antimicrobiens^{15,16} ;
- > Une moindre capacité à prévenir les urgences sanitaires, s'y préparer et y répondre, comme l'ont montré l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest et les récentes flambées de choléra dans plusieurs pays¹⁷ ;
- > Une baisse de la motivation chez les travailleurs de santé, de la satisfaction des patients et du recours aux soins ;
- > Une hausse des coûts de santé ;
- > Des séjours à l'hôpital plus longs et des visites répétées à cause d'infections contractées sur place, les infections résistantes aux antibiotiques en particulier ;
- > La nécessité pour le personnel d'aller chercher de l'eau, ce qui absorbe un temps précieux qui devrait être consacré aux soins et à l'accompagnement des patients¹⁴.

L'EAH n'est pas seulement une question d'infrastructures. Si les équipements en constituent un élément important, il faut aussi un système de santé robuste pour pérenniser des services de santé de qualité et un changement durable des comportements. Et un système de santé robuste repose sur une bonne gouvernance du secteur, et des politiques, moyens financiers et systèmes d'information sanitaire adéquats. Sachant cela, le constat du rapport 2015 de l'OMS et de l'UNICEF selon lequel aucun système national d'information pour la gestion de la santé ne collectait de données sur les services EAH dans les établissements de santé est très préoccupant. Le rapport notait pourtant dans le même temps que les pays ayant mis en œuvre et financé intégralement des politiques nationales axées sur l'EAH dans les établissements

de santé affichaient des taux de couverture plus élevés en services d'eau et d'assainissement¹.

Plus récemment, une étude de 129 557 structures de santé dans 78 pays à revenu faible ou intermédiaire a révélé des insuffisances majeures au niveau de l'hygiène environnementale et de la prévention et du contrôle des infections : 73 % des structures n'avaient pas d'équipement de stérilisation, la moitié n'avaient pas l'eau courante, un tiers n'avaient pas de sanitaires améliorés, 39 % n'avaient pas de systèmes adéquats pour l'élimination des déchets infectieux et l'hygiène des mains n'étaient pas assurée parce que 39 % n'avaient pas de savon pour le lavage des mains ; enfin, plus de la moitié ne disposaient pas d'un approvisionnement fiable en énergie^{18, ii}.

ii La définition des niveaux de services du JMP est disponible sur washdata.org/monitoring/health-care-facilities

Daniel Paul, sage-femme, tient un nouveau-né dans ses bras dans le service qui accueille les femmes ayant accouché par césarienne ou qui ont des complications post-partum à l'hôpital de Kiomboi, Iramba, Tanzanie.



WaterAid/ Anna Kari

3. Pourquoi adopter une approche de renforcement des systèmes de santé ?

Le renforcement des systèmes de santé est une priorité de la communauté mondiale des acteurs de la santé depuis maintenant dix ans, avec des pratiques qui se sont éloignées d'une logique programmatique verticale, axée sur la maladie, pour privilégier une action plus globale à l'échelle des systèmes visant à accompagner l'objectif de couverture santé universelle et à agir sur la santé publique. Parvenir à la CSU d'ici 2030 est désormais un objectif partagé par tous les États membres des Nations unies (dans le cadre de la cible ODD 3.8) ; elle a également été déclarée « priorité n°1 »¹⁹ de l'OMS, sous la direction de son directeur général Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, et constitue une priorité majeure pour plusieurs pays donateurs.

Les approches intervenant à l'échelle des systèmes nécessitent d'agir sur l'ensemble des éléments de base des systèmes de santé tels qu'ils ont été définis par l'OMS : le leadership et la gouvernance ; le financement des soins ; le personnel de santé ; les technologies et les produits médicaux ; l'information et la recherche et la fourniture des services de santé. Des approches modulables sont nécessaires, en ayant conscience que ces diverses composantes qui font partie d'un écosystème complexe sont interdépendantes et se chevauchent.

Résoudre des questions telles que l'organisation du système de santé, la coordination, les comportements, le financement ou encore les politiques et la régulation peut permettre d'accroître la qualité des prestations fournies de manière plus complète que ne pourraient le faire des programmes verticaux ciblant une seule composante ou une seule maladie ; cette approche peut en outre entraîner une réforme plus large du système de santé²⁰. Par ailleurs, on doit considérer avec soin le point de vue des patients et des professionnels de santé, et veiller à ce que les améliorations apportées répondent aux besoins des populations marginalisées et vulnérables.



« La couverture santé universelle relève, au final, d'un choix politique. Il est de la responsabilité de chaque pays et de chaque gouvernement de poursuivre cet objectif. »

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS¹⁹.

L'état des services EAH dans les établissements de santé décrit ici traduit le peu d'importance qu'accordent globalement les systèmes de santé aux déterminants environnementaux de la santé. Pour améliorer l'EAH et plus largement les déterminants environnementaux de la santé, la solution réside par conséquent dans l'adoption d'une approche globale, qui agit à l'échelle du système tout entier.

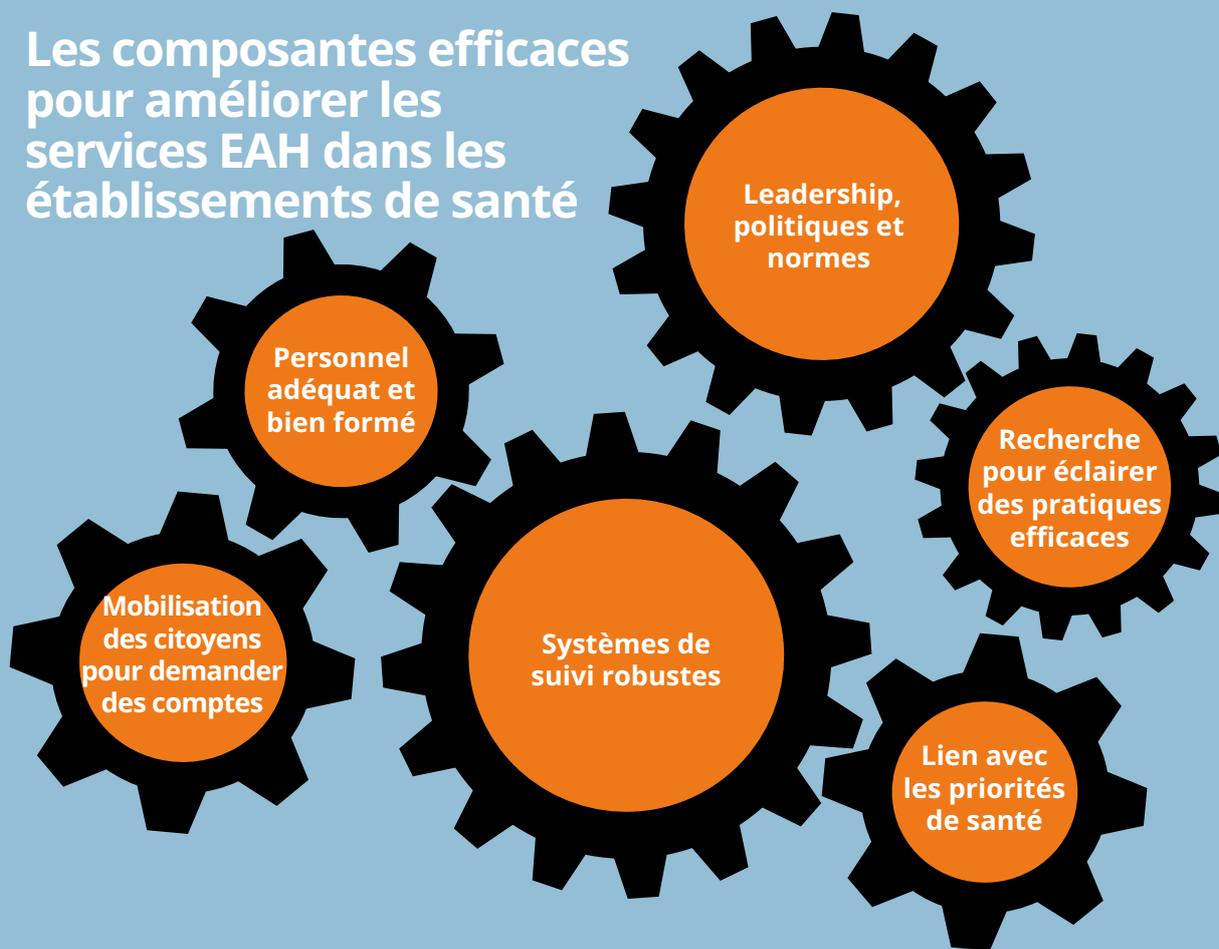
WaterAid et ses partenaires ont adopté des approches de ce type dans leurs interventions réalisées ces trois dernières années pour améliorer les services EAH dans les structures de soins. Ce rapport inclut un aperçu de l'action menée dans les pays où intervient WaterAid, qui porte sur le leadership et la gouvernance, le travail en partenariat pour influencer les politiques de santé, le suivi, la recherche pour prouver les effets des bonnes pratiques et les promouvoir et enfin la mobilisation des habitants

pour obliger les entités responsables à rendre compte. Si chaque exemple met en lumière un aspect différent de l'appui apporté par WaterAid aux systèmes de santé, tous font partie de programmes et de partenariats beaucoup plus larges.

Quelles solutions fonctionnent pour améliorer les services EAH dans les structures de santé ?

WaterAid s'est résolument engagée à jouer un rôle de catalyseur et à soutenir directement l'amélioration des services EAH dans les établissements de santé afin de concrétiser les ODD n°6 et 3.8. Nous savons que le leadership des acteurs de la santé sous-tend les initiatives qui parviennent à améliorer les services EAH en milieu médical, c'est pourquoi nous utilisons une approche de renforcement des systèmes fondée sur l'accompagnement et le soutien à l'action engagée par les ministères de la Santé, les acteurs du secteur et les habitants pour stimuler les progrès.

Les composantes efficaces pour améliorer les services EAH dans les établissements de santé



De par notre expérience, nous considérons que les étapes suivantes sont essentielles à la réussite :

1 Plaider à tous les niveaux des pouvoirs publics pour la priorisation, le financement, la mise en œuvre et l'entretien de services EAH dans tous les établissements de santé. Les gouvernements doivent intégrer cet aspect dans toute l'action menée dans le domaine de la santé, concernant notamment la santé maternelle et du nouveau-né, la résistance aux antimicrobiens, la préparation aux pandémies, la prévention et le contrôle des infections, la santé et les droits sexuels et liés à la reproduction, la qualité des soins et la CSU.

2 Cartographier et analyser les priorités de santé existantes, ainsi que les politiques, l'économie politique, l'organisation du système de santé et les mécanismes de mise en œuvre dès le départ, afin d'identifier les insuffisances et d'adapter les plans et les réformes pour améliorer le fonctionnement du système de santé.

3 Élaborer des mécanismes de coordination multisectoriels qui réunissent les acteurs de la santé et de l'EAH, au niveau gouvernemental et des ministères, et en impliquant de multiples acteurs, notamment les chercheurs, les agences de l'ONU, les ONG et les groupements de professionnels de santé. Ces parties prenantes doivent rester activement impliquées pour permettre la prise de décisions concertées et l'harmonisation des actions afin d'en maximiser l'impact.

4 Réunir un corpus de données spécifique au pays à propos de l'état des services EAH dans les établissements de santé, en s'appuyant sur des normes reconnues au plan national et international et sur des méthodes permettant d'identifier les facteurs systémiques et particuliers qui expliquent les carences en services EAH, et faire des recommandations ciblées allant du niveau local des établissements jusqu'au niveau national.

5 Soutenir la conception d'interventions visant à modifier les comportements d'hygiène fondée sur des données probantes, qui contribuera à identifier les déterminants comportementaux spécifiques au contexte. Ceci inclura par exemple un changement durable des pratiques de lavage des mains chez le personnel de santé et les patients.

6 Agir sur toutes les composantes du système de santé en améliorant les systèmes de suivi pour qu'ils incluent l'EAH, en soutenant l'élaboration et l'adoption de recommandations au sujet des services EAH dans les établissements de santé, en formant une main d'œuvre qualifiée, en veillant à la mise en place de normes pour la construction et l'équipement des bâtiments et à l'inclusion des services EAH en tant que priorité dans les politiques et objectifs nationaux relatifs à la santé.

7 Organiser des examens réguliers des avancées en matière de renforcement des systèmes de santé, formuler des mesures correctives et partager les leçons et les recherches sur les solutions efficaces, au plan national et mondial.

8 Travailler avec les habitants et les groupes de population marginalisés pour s'assurer que les entités responsables honorent leurs obligations vis-à-vis des droits fondamentaux en fournissant des services à tous les habitants, sans laisser personne de côté.

9 Fonder tous les efforts engagés sur le principe d'équité et les approches visant l'accès inclusif aux services et l'émancipation des femmes en ciblant l'accès à l'EAH et aux services de santé là où il est le moins développé, en mobilisant les habitants et les usagers des services – les femmes et les populations marginalisées en particulier – pour demander des comptes et participer aux espaces de décision, et en veillant à ce que les programmes axés sur les équipements et le changement des comportements répondent aux besoins de tous, hommes ou femmes, quel que soit leur âge ou leurs capacités.

4. Leçons tirées de l'expérience de WaterAid

Leadership, politiques et normes pour les services EAH dans les établissements de santé

Le Plan d'action mondial de l'OMS et de l'UNICEF pour l'EAH dans les établissements de santé² souligne à quel point il est important d'intégrer les composantes EAH dans les politiques nationales de santé, de définir des normes ou des recommandations pour guider les améliorations à apporter dans les établissements, et de mettre en place des mécanismes d'accréditation et de régulation des acteurs, en veillant à ce qu'ils soient respectés. WaterAid sait de par son expérience qu'établir des liens étroits et des mécanismes de coordination entre les acteurs de la santé et ceux de l'EAH, et comprendre l'économie politique et les priorités des décideurs de la santé, sont deux moyens qui permettent de soutenir les efforts de plaidoyer menés pour renforcer le niveau de priorité, le financement et l'action engagée autour de l'EAH dans les établissements de santé.

Cambodge : Travailler en partenariat pour influencer les politiques et le leadership



Principale leçon :
Investir dans des partenariats permet une action cohérente et efficace sur l'EAH dans les établissements de santé qui améliore l'impact, la portée et la qualité des interventions.

Au Cambodge, WaterAid a mandaté un état des lieux des politiques, des normes et du suivi des services EAH dans les établissements de santé qui a révélé un déficit inquiétant de données sur le taux de couverture en services EAH. Il n'existait par ailleurs aucun document décrivant de manière exhaustive les politiques et les plans nationaux, y compris à propos des normes et objectifs relatifs au taux de couverture.

Depuis 2016, WaterAid Cambodge a travaillé en partenariat avec le bureau de l'OMS au Cambodge, l'UNICEF et l'Université américaine d'Emory pour combler ces lacunes, en collaboration avec le ministère cambodgien de la Santé. Un groupe de travail a été créé avec ces partenaires

et agit sur plusieurs fronts notamment via un appui au ministère de la Santé pour identifier les insuffisances au niveau des infrastructures et ressources pour l'EAH, l'amélioration des équipements EAH dans les établissements, l'intégration des composantes EAH dans les recommandations, normes et stratégies existantes et nouvelles, ou encore la formation du personnel à la thématique EAH en lien avec la prévention et le contrôle des infections (PCI).

WaterAid Cambodge s'est appuyée sur cette expérience de l'amélioration des services EAH dans les établissements de santé pour contribuer à la révision des composantes EAH dans les recommandations nationales en matière de PCI ainsi qu'au référentiel des actions minimales dans les établissements de santé. WaterAid a également aidé le ministère de la Santé à élaborer les nouvelles recommandations nationales portant sur l'EAH dans les établissements de santé, qui viennent compléter les recommandations PCI et relatives aux actions minimales dans les établissements de santé.

« Quand on utilisait l'eau de l'étang, les patients étaient souvent malades mais ils le sont moins souvent maintenant. Et ils font aussi des économies parce qu'ils n'ont plus besoin d'acheter de l'eau. Nous informons toujours les patients qu'ils peuvent boire l'eau. Je suis très content de ça. »

Peu Aranhya, infirmier à l'hôpital référent de Thmor Kol, Cambodge

Birmanie : Positionner l'EAH en tant que composante de la qualité des soins dispensés aux mamans et aux nouveau-nés.



Principale leçon :
Comprendre les priorités en matière de santé, ainsi que l'organisation du système de santé, et adapter les interventions EAH pour qu'elles accompagnent

l'atteinte de ces objectifs.

En 2016, en partenariat avec l'OMS et l'UNICEF, WaterAid Birmanie a mandaté une étude du système de santé birman pour faire un état des lieux des politiques, des recommandations, du suivi, des normes et des rôles et responsabilités existantes en matière d'EAH et de PCI, et pour identifier comment ces différents éléments pouvaient être renforcés. Parallèlement, un groupe de travail national multisectoriel et interministériel a été mis en place. Le groupe est présidé par le ministre de la Santé et des Sports et comprend d'autres représentants du gouvernement ainsi que des organismes de recherche, des ONG et des partenaires de l'ONU ; sa principale mission est de piloter et d'aligner les interventions liées à l'EAH dans les établissements de santé sur les systèmes et priorités gouvernementales.

La santé maternelle et du nouveau-né étant une priorité majeure du gouvernement, les chercheurs se sont appuyés sur les « *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels*

et néonataux dans les établissements de santé »²¹ pour analyser les carences et les besoins en services EAH. Les résultats de l'étude ont permis de rédiger des recommandations claires, pragmatiques pour l'EAH dans les établissements de santé, au niveau local et national, à propos des politiques, des infrastructures, des systèmes, du leadership, de la formation, de la recherche et des actions sur les comportements, dans une optique générale d'amélioration des soins dispensés aux femmes et aux nouveau-nés.

Avec le ministère de la Santé et des Sports, WaterAid travaille en partenariat avec Jhpiego et le collectif SoapBox, organisations spécialisées dans les soins maternels et des nouveau-nés, pour appliquer les recommandations. Ils définiront ensemble des mécanismes d'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux qui mettront l'accent sur l'accouchement et les services EAH inclusifs, afin d'améliorer les soins dispensés aux femmes et aux nouveau-nés.

Inscrire le programme dédié à l'EAH dans les établissements de santé dans les priorités et plans gouvernementaux en matière de santé a permis de mener des interventions ciblées et réalisables à l'échelle nationale et locale dans les structures de santé, actions que les acteurs de l'EAH et de la santé peuvent poursuivre ensemble et généraliser à plus grande échelle.

Intégration aux priorités de santé

Pour pérenniser l'amélioration de l'EAH en milieu médical, et pour éviter que les secteurs EAH et de la santé n'agissent de manière cloisonnée, il est essentiel que les composantes EAH soient incorporées aux priorités et programmes de santé existants. L'amélioration des services EAH dans les établissements de santé sous-tend quasiment l'ensemble des priorités de santé auxquelles les gouvernements et les bailleurs accordent la plus grande attention au niveau politique qu'il s'agisse d'améliorer la qualité des soins, de préserver la santé de la femme et du nouveau-né au moment de l'accouchement, de ralentir le développement et l'expansion de la résistance aux antimicrobiens, de la prévention, de la préparation et de la réponse aux pandémies, de la sécurité sanitaire mondiale ou encore de la CSU.

Les acteurs du secteur EAH et de la santé ne peuvent pas présumer du fait que ce sujet est une évidence pour les décideurs de la santé, ni que ces derniers sont conscients des défis liés à l'EAH.

Pour s'assurer que les composantes EAH sont intégrées aux interventions menées dans le domaine de la santé, il faut mener un plaidoyer ciblé, qui expose avec soin en quoi les services EAH sont la base sur laquelle reposent les objectifs de santé, mais aussi réunir un corpus de données spécifique au pays qui démontre que des services EAH insuffisants ont un impact négatif sur la santé.

Les acteurs du secteur EAH et de la santé au niveau national et international doivent dialoguer activement avec les leaders politiques au sujet de leurs priorités de santé, quel que soit le contexte, et dire

avec force qu'améliorer les services EAH est un préalable nécessaire à l'atteinte des objectifs de santé. Les activités ne doivent pas être uniformes ; elles doivent être spécifiques à chaque contexte et adaptées à chaque priorité de santé. C'est seulement à ces conditions que la question de l'EAH s'imposera comme priorité politique et mobilisera l'attention nécessaire pour se traduire en moyens financiers et en action.

Renforcer le suivi des services EAH dans le cadre des mécanismes de contrôle des systèmes de santé qui existent déjà

Mesurer les progrès en matière d'accès à l'EAH dans les établissements de santé est indispensable à tous les niveaux, du niveau local des structures de santé pour orienter les améliorations, les décisions et les budgets, jusqu'au niveau mondial pour le suivi des ODD. En 2015, aucun système national d'information pour la gestion sanitaire (SIGS) identifié ne collectait de données sur les services EAH dans les établissements de santé, et il n'existait pas d'indicateurs définis au niveau mondial

pour évaluer les services EAH par rapport aux normes de base de l'OMS.

Dans le cadre de leur Programme commun de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP), l'OMS et l'UNICEF ont défini une série d'indicateurs de base permettant d'évaluer les services EAH dans les établissements de santé afin de mesurer les progrès vers la réalisation de l'ODD n°6³. Le défi consiste désormais à ancrer ces indicateurs dans les systèmes de suivi sanitaire réguliers et à élaborer des indicateurs pertinents au niveau national pour les services EAH plus sophistiqués des établissements qui dispensent des soins de plus haut niveau. Cet aspect sera essentiel, en particulier pour les hôpitaux de deuxième ou troisième niveau qui assurent la prise en charge d'actes chirurgicaux lourds ou accueillent des unités de soins intensifs. Dans le cadre du JMP, ces indicateurs élargis définis à l'échelle nationale sont désignés en tant que « niveaux de service avancés ».

Ouganda : Un suivi efficace pour favoriser la planification et les investissements.



Principale leçon : Mise en place d'un petit groupe de travail réunissant les partenaires gouvernementaux et externes pour contextualiser les indicateurs à inclure dans le Système d'information

pour la gestion sanitaire (SIGS).

En Ouganda, un obstacle majeur à l'amélioration des services EAH dans les établissements de santé résidait dans le manque de données de bonne qualité disponibles pour mesurer les progrès. Le service du ministère ougandais de la Santé en charge de la santé de l'enfant avait identifié ces carences et cherchait à établir un cadre d'évaluation efficace et à améliorer la collecte de données fiables pour les besoins de planification et d'investissement.

Avec le réseau des acteurs de la société civile UWASNET, l'AMREF, Water for People, l'UNICEF et l'OMS, WaterAid Ouganda a travaillé étroitement avec les autorités sur cette question dans le cadre du DPCC, le comité de coordination

sur la diarrhée et la pneumonie. WaterAid a joué un rôle de facilitation dans un groupe de travail du DPCC constitué pour réfléchir à l'amélioration des données et à la définition d'indicateurs adaptés à une utilisation nationale. En 2016, le groupe de travail a proposé une liste d'indicateurs standardisés recommandés pour une utilisation dans tout le pays dans le cadre du SIGS. Les discussions se sont focalisées sur divers sujets comme la définition de niveaux de qualité de l'eau adéquats et le recueil de données sexo-spécifiques pour l'assainissement. Les discussions ont également porté sur la nécessité d'une standardisation par rapport au système d'évaluation mondial du JMP tout en conservant suffisamment de flexibilité pour refléter la situation nationale.

En 2018, la dernière révision du SIGS a donné l'occasion à WaterAid d'actualiser les indicateurs relatifs à l'EAH dans les établissements de santé élaborés en 2016 pour qu'ils soient conformes aux indicateurs JMP les plus récents. WaterAid et l'UNICEF travaillent maintenant avec le ministère de la Santé à la définition de normes nationales pour les services EAH dans les établissements de santé.

Des recherches pour éclairer des pratiques efficaces

Comprendre les facteurs qui permettent d'impulser les améliorations et de les pérenniser, et collecter les éléments probants qui attestent de l'impact résultant de l'accès à de meilleurs services EAH sont deux éléments essentiels pour pouvoir transposer les interventions à l'échelle de tout le système de santé. On doit privilégier plus particulièrement les recherches opérationnelles qui visent à comprendre comment les interventions axées sur

les établissements, les comportements ou les systèmes peuvent améliorer les services EAH durablement et avec le meilleur rapport coût-efficacité. Ces données contribuent à étayer les progrès et la généralisation à l'échelle nationale. Mais elles seront aussi très utiles à l'échelle mondiale, où des lacunes restent à combler sur le plan de l'expertise technique et des connaissances relatives aux meilleures approches à adopter pour améliorer les services EAH en milieu médical, et ce à tous les échelons du système de santé.

Tanzanie : Transposition à grande échelle, et diffusion des bonnes pratiques.



Principale leçon : L'évaluation des programmes, la documentation des leçons tirées et l'utilisation de techniques de recherche solides permettent une

transposition à grande échelle efficace des interventions ayant donné des résultats positifs en matière d'EAH dans les établissements de santé.

En Tanzanie, les recherches visant à éclairer des pratiques efficaces ont été au cœur de l'approche de WaterAid qui s'est basée sur une cartographie des services EAH dans les établissements de santé de Zanzibar pour aider l'agence de santé concernée à élaborer un plan d'amélioration. En 2014, WaterAid a initié une intervention pilote pour améliorer l'EAH dans les structures de santé de la région de Singida, dans le centre du pays, en s'appuyant sur les leçons tirées de son action à Zanzibar. Le projet WaterAid a été mis en œuvre dans 22 centres de santé des districts de Singida et Iramba. Dès le départ, WaterAid Tanzanie s'est focalisée sur la manière d'utiliser ces résultats pour plaider en faveur d'une transposition à l'échelle nationale, en apportant des arguments solides attestant le rôle essentiel de l'EAH pour la CSU.

WaterAid et ses partenaires ont par exemple œuvré pour améliorer les conditions déplorables de l'hôpital de district de Kiomboi, qui n'avait accès à l'eau courante qu'une heure par jour. Les femmes devaient accoucher dans des lieux exigus, peu respectueux de leur intimité et sans accès à l'eau ; les toilettes ne fonctionnaient pas, ce qui les obligeaient à aller faire leurs besoins dehors en

plein air. Les femmes enceintes devaient souvent demander à des parentes d'aller chercher de l'eau à la rivière pour boire, faire à manger ou se laver.

Depuis l'intervention de WaterAid, qui a permis d'améliorer les services d'eau et d'assainissement à l'hôpital, le nombre de femmes qui viennent y accoucher a doublé. Le nombre d'accouchements qui se passent à domicile dans de mauvaises conditions d'hygiène a baissé, et le nombre de femmes qui se font suivre pendant la grossesse a augmenté. Si cet aspect n'a pas été évalué dans le cadre du projet WaterAid, le responsable médical du district déclare avoir constaté une baisse notable de la mortalité néonatale à l'hôpital depuis la rénovation des services, et un nombre beaucoup moins important de cas de septicémie. Ces résultats ne peuvent certes pas être imputés directement au projet, mais l'EAH est néanmoins un facteur important qui contribue aux améliorations observées en matière de santé néonatale.

WaterAid a travaillé avec divers partenaires pour appeler à la généralisation de cette approche à grande échelle. En collaboration avec l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA (Fonds des Nations unies pour la population), Jhpiego et deux ministères de la Santé (Zanzibar et Tanzanie continentale), le gouvernement vient de publier des *Recommandations nationales pour les services EAH dans les établissements de santé*²². WaterAid va maintenant travailler avec les autorités au renforcement et à la promotion de systèmes nationaux d'accréditation et de suivi pour l'EAH dans les établissements de santé.

« J'ai apporté de l'eau pour nettoyer le matelas en plastique qu'ils utilisent parce qu'il n'y a pas d'eau à l'hôpital. J'ai apporté un seau de 10 litres. Ils ne m'ont pas dit quelle quantité, juste que c'était pour laver les draps et les habits. C'est obligatoire d'arriver à la clinique avec de l'eau. Ils nous demandent de laver toutes les protections. Ma belle-sœur m'a aidée. Il y a un puits près de la maison mais il n'a pas de pompe. On doit puiser l'eau avec des seaux. »

Eva Paulo, jeune maman. Nyarugusu, district de Geita, Tanzanie



Mali : Une approche fondée sur le renforcement des capacités



Principale leçon : Mettre l'accent sur la formation et le renforcement des capacités d'un large éventail de personnes notamment les travailleurs de santé,

les journalistes et les spécialistes des droits fondamentaux permet d'améliorer les comportements et la capacité à demander des comptes.

D'après les estimations, 61 % des structures de soins au Mali ont une eau de mauvaise qualité, 24 % n'ont pas suffisamment d'eau pour répondre aux besoins essentiels des patients, et 68 % n'ont pas d'installations adéquates pour le lavage des mains²³. L'épidémie d'Ebola qui a sévi en Afrique de l'Ouest a mis en lumière l'urgente nécessité de remédier à l'insuffisance des services EAH dans les établissements de santé.

Au Mali, WaterAid travaille avec le ministère de la Santé, l'OMS et le Center for Disease Control and Prevention, avec l'appui financier de la fondation Conrad N. Hilton. En partenariat avec le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, WaterAid promeut une approche globale qui inclut :

- > La réalisation d'un état des lieux des services EAH dans les établissements de santé, accompagné de recommandations détaillant les mesures pour améliorer l'accès.
- > La réactivation du groupe de travail national sur l'EAH dans les structures de santé au Mali pour coordonner les efforts du secteur, partager les leçons issues du terrain et promouvoir l'action visant à améliorer les services EAH dans les structures de soins à l'échelle nationale. Ce groupe de travail est un espace de dialogue, présidé par le référent EAH de la direction nationale de la Santé (DNS).
- > La validation par le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique de la proposition de la DNS prévoyant un ensemble d'interventions minimales pour l'EAH dans les établissements de santé.
- > La mise en place de solutions à court et long terme pour les services EAH dans les établissements de santé.

- > Le renforcement des capacités concernant le fonctionnement et l'entretien à long terme de services d'eau sûrs et durables, ainsi que le suivi et l'évaluation des interventions.
- > Le développement de la planification et de la coordination entre les autorités locales et les partenaires de mise en œuvre pour renforcer le cadre de facilitation.

Un aspect essentiel de l'action de WaterAid Mali a été son approche de renforcement des capacités. L'organisation a formé les travailleurs de santé à la promotion de l'hygiène, à la gestion des déchets médicaux et à l'utilisation des outils d'évaluation et d'amélioration de l'EAH dans les structures de soins. Elle assure maintenant la formation des formateurs au niveau national pour que d'autres agences qui travaillent sur ces questions puissent faire appel à ce pool de formateurs. Les comités locaux chargés de la gouvernance des structures de soins ont reçu une formation sur la gestion des systèmes de santé, les budgets et la planification. WaterAid a également organisé des formations à l'intention des journalistes pour améliorer la couverture médiatique et l'information du public sur les liens entre EAH et santé. Enfin, un partenariat a été mis en place avec les spécialistes des droits fondamentaux pour former les travailleurs de santé et les habitants afin qu'ils puissent interpeller les autorités au sujet de leurs droits à l'EAH dans les structures de soins.



Des femmes et leurs enfants attendent de voir le médecin au Centre de santé communautaire de Kemeni. Cercle de Bla, région de Ségou, Mali.

« En tant qu'agent de santé, c'était vraiment horrible de voir les gens arriver pour se faire soigner et ensuite de constater que malheureusement, ils attrapaient des maladies après avoir bu de l'eau non potable au centre de soins. Maintenant, grâce au projet EAH, le centre de santé de Kemeni a un château d'eau et des robinets qui permettent à tout le monde d'avoir accès à l'eau potable. »

Mariam Diarra, infirmière en obstétrique, Centre de santé communautaire de Kemeni, Bla, région de Ségou, Mali



Des agents bien formés en nombre suffisant et couvrant les divers domaines de compétences, à tous les échelons du personnel de santé

Parce que l'EAH dans les établissements de santé est une question transversale et qui concerne l'ensemble du système, il est absolument crucial que le personnel dispose des bonnes compétences, et soit suffisamment nombreux à être formé aux responsabilités et aux comportements liés à l'EAH. L'éventail des catégories de personnel des établissements de santé qui doivent être impliqués dans les services EAH en milieu médical est large : décideurs, responsables de la planification, administrateurs, personnel soignant au contact des patients (dont les médecins, le personnel infirmier, les chirurgiens et les sages-femmes), mais aussi spécialistes de la promotion de la santé, chercheurs, agents d'entretien, aides-soignants ou ingénieurs.

Les besoins en ressources humaines du secteur de la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont bien documentés²⁴ et la formation et les ressources en matière d'EAH sont tout aussi insuffisantes. Les responsables de la planification et de l'encadrement des travailleurs de santé doivent par conséquent comprendre en quoi les questions d'EAH sont liées aux divers rôles et responsabilités du personnel. Il s'agit de prendre en compte par exemple l'hygiène des mains et la gestion des déchets pour les sages-femmes, la nécessité pour les agents d'entretien de suivre des protocoles de nettoyage minutieux et fréquents, ou de veiller à ce que les directeurs d'établissement possèdent les compétences budgétaires requises pour prioriser les travaux d'amélioration des équipements. Une évaluation des besoins et des compétences est nécessaire pour pouvoir capitaliser les points forts et engager des actions visant à renforcer la formation initiale et continue du personnel là où des lacunes restent à combler.

Mobilisation des citoyens pour demander des comptes

Les activités visant à renforcer les systèmes de santé ont tendance à se focaliser sur les interventions engagées à l'initiative des autorités pour améliorer divers aspects tels que le suivi, le financement, les politiques ou le leadership. L'implication des habitants, des usagers des services de santé, des travailleurs de santé et des populations vulnérables dans les décisions, la planification ou pour demander des comptes par rapport aux services est une composante importante de tout système

de santé robuste. Sans cette implication, il n'est pas possible de s'assurer que les processus et services de santé tiennent compte de la sexo-spécificité, sont socialement inclusifs et répondent aux besoins de tous.

Grâce aux liens étroits qu'elle entretient avec les habitants et à son approche fondée sur les droits fondamentaux, WaterAid a mis l'accent dans plusieurs pays sur la mobilisation des habitants et leur propre capacité à agir. Comme le montrent les exemples suivants, il existe de nombreuses manières de s'y prendre.



WaterAid / Dennis Lupenga

« Au niveau de l'assainissement, l'hôpital n'a pas assez de toilettes et de salles de bain. Hier, quand j'ai eu des contractions, j'ai voulu aller aux toilettes et elles étaient toutes occupées. J'ai fini par aller dehors dans les buissons les plus proches pour faire mes besoins. Ça me faisait peur mais je ne pouvais plus me retenir. Beaucoup de femmes sont obligées de faire ça. »

Ruth Anderson, jeune maman. Centre de santé de Ngokwe, Malawi

Malawi : Coordonner la pression exercée par la base et au plus haut niveau pour amener le changement.



Principale leçon : Mobiliser les habitants d'une communauté et leurs leaders pour interpeller les entités responsables par rapport aux mauvaises conditions d'EAH peut amener les autorités à prendre le leadership et à

agir, tout en favorisant la représentation des citoyens dans les espaces de décision.

L'approche de WaterAid Malawi a combiné la mise en place concrète de services EAH dans les établissements de santé, le développement des capacités des citoyens à demander des comptes aux entités responsables concernant l'accès à l'EAH, et l'amélioration des politiques et des pratiques des pouvoirs publics et des principaux acteurs à l'échelon national. En s'appuyant sur une approche émanant « de la base » tout en interpellant directement les décideurs nationaux pour impulser des changements à partir du sommet de l'État, WaterAid Malawi a contribué à des améliorations significatives pour les femmes et les enfants.

Au niveau local, WaterAid a travaillé avec les patients et les populations locales pour renforcer leur compréhension de leurs droits et développer leur capacité à se faire entendre. En s'associant aux leaders des communautés proches des centres de santé, WaterAid a organisé des réunions sur les droits à l'EAH dans les structures médicales et sur la manière d'interpeller les acteurs concernés (directeurs d'établissement, comités consultatifs, comités villageois et locaux de développement, conseillers municipaux, parlementaires, secrétariat du district et équipes locales en charge de la gestion de la santé).

L'utilisation de données collectées dans le cadre d'enquêtes nationales et d'études spécifiques dans des structures de soins où WaterAid est intervenue a permis de créer une boucle de feed-back efficace entre habitants et décideurs. On peut citer entre autres l'action d'un partenaire de WaterAid, le National Initiative for Civic Education, qui a animé des forums citoyens. Durant l'un de ces forums, les habitants, leurs chefs et les autorités traditionnelles ont interpellé leur député en lui reprochant de mal les représenter ainsi que la mauvaise utilisation des fonds de développement et son inaction s'agissant d'améliorer la propreté et les conditions de l'hôpital local. Après avoir adopté dans un premier temps une posture défensive, le député a accepté les critiques et s'est engagé à prendre des mesures. La presse nationale en a

parlé, ce qui a permis d'accentuer l'intérêt porté à cette question.

WaterAid Malawi a par ailleurs établi des relations privilégiées avec le ministre de la Santé, le président du comité parlementaire en charge de la santé et le groupe des femmes parlementaires. En travaillant avec ses partenaires, l'organisation a obtenu un siège dans les principaux forums politiques dédiés à la santé dont le groupe de travail sur le secteur de la santé, le sous-comité « Maternité sans risque » du comité technique « Santé reproductive », le comité technique « Gestion de la qualité », le comité technique « Promotion de la santé » et le groupe de travail sur la résistance aux antimicrobiens. WaterAid joue également un rôle de catalyseur de l'action, et de passerelle entre les secteurs.



Bertha Mwale s'exprime au nom de sa communauté durant une audience du comité mixte parlementaire avec les habitants de Kapyanga à Kasungu, Malawi.

Inde : Mobilisation des habitants pour les services EAH dans les structures de soins.



Principale leçon : Le soutien aux campagnes citoyennes oblige les autorités à rendre compte davantage et renforce l'implication des habitants dans le suivi et l'amélioration des services

EAH dans les structures de soins.

WaterAid Inde a réalisé des enquêtes dans 426 établissements de santé de 13 districts dans six États, qui ont révélé des conditions souvent désastreuses. Capitalisant sur l'attention politique autour de la mission Swachh Bharat (Inde propre) initiée par le Premier ministre Modi en 2014, WaterAid Inde a lancé en 2016 sa campagne « Un départ sain » pour demander une action concertée autour de l'EAH dans les structures de santé afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale. La campagne a fait l'objet d'un lancement officiel dans cinq États, en présence du ministre de la Santé et de la Famille à Delhi et Bhopal, de parlementaires, de hauts fonctionnaires et des membres du public ; des musiciens ont animé l'évènement en Uttar Pradesh, et toutes ces activités ont suscité une couverture médiatique positive.

Menée pour et avec les citoyens, la campagne vise à modifier le discours qui prédomine chez les décideurs de la santé, à sensibiliser davantage les habitants à l'importance vitale des services EAH pour dispenser des soins de qualité, et à remettre en cause l'idée selon laquelle les soins curatifs doivent prendre le pas sur les soins préventifs.

WaterAid Inde a par ailleurs travaillé avec la population locale et les professionnels de santé pour renforcer le statut social et la confiance en soi des agents chargés de l'assainissement dans les structures de soins. WaterAid a également mis en place un système de suivi communautaire des services EAH dans les établissements, suivi qui implique les usagers, le personnel soignant, les comités de gestion des hôpitaux, des élus et les habitants. L'implication citoyenne s'est par exemple traduite par une pétition remise au ministre de la Santé qui a réuni plus de 80 000 signatures et par la mobilisation des jeunes via des campagnes sur les réseaux sociaux.

L'action citoyenne amène les autorités à rendre compte. Ainsi, suite au lancement de la mission Swachh Bharat, son directeur et la mission nationale pour la santé dans le district de Sehore



« On me demande de me taire. Je dis ce que je pense et les gens n'aiment pas ça. Mais si je ne parle pas, comment va-t-on résoudre cette crise ? »

Aruna B., sage-femme auxiliaire, district de Nizamabad, Inde.

ont mandaté une évaluation des services EAH dans les structures de soins. Cette évaluation a conduit à l'élaboration de plans d'amélioration qui ont impliqué les associations de patients et des représentants élus pour une plus grande transparence. En 2017, le programme gouvernemental encadrant les établissements publics de santé a décerné deux prix « Kayakalp » pour la propreté de deux centres de santé où WaterAid Inde a travaillé de façon intensive avec les habitants.

Nicaragua : Améliorer les conditions en partenariat avec la population.



Principale leçon :
La mobilisation et l'éducation des femmes pour qu'elles participent aux espaces de décision sont des éléments clés permettant de s'assurer que les services de santé

répondent à leurs besoins spécifiques.

Au Nicaragua, le gouvernement a lancé l'initiative « *Vivir sano, vivir bonito, vivir bien* » en faveur de la santé et de l'hygiène. Il travaille avec les ONG et le secteur privé à l'amélioration de l'accès à l'eau au niveau individuel et institutionnel, notamment dans les hôpitaux, les centres de soins, les maternités et les écoles. Si des progrès ont été enregistrés dans la capitale Managua, la région autonome de la côte nord caribéenne accuse du retard.

Pour remédier à cette situation, WaterAid a formé une alliance avec l'organisation Salud Sin Limites qui lutte contre le manque d'accès aux soins et l'association de défense des femmes Nidia White, en s'attachant plus particulièrement aux liens entre EAH et santé maternelle et de l'enfant. L'initiative entend améliorer les conditions de vie en mettant en place de meilleures pratiques autour de la consommation de l'eau potable, de l'hygiène et de l'assainissement de base dans 24 communautés. WaterAid Nicaragua et ses partenaires ont organisé des ateliers et des réunions avec les comités locaux de santé, les sages-femmes, les travailleurs de santé et les enseignants. Les ateliers ont mis l'accent sur le renforcement du partage

des connaissances, l'identification des besoins en services EAH dans les communautés et les postes de santé, et la promotion de la gestion communautaire pour des services EAH durables.

WaterAid a contribué à améliorer les systèmes d'approvisionnement en eau (en réhabilitant des puits) et les services d'assainissement (en construisant et en améliorant les sanitaires) dans les postes de santé de plusieurs communautés. Les femmes de ces communautés sont désormais plus engagées dans la promotion des bonnes pratiques d'hygiène et de consommation de l'eau potable en tant qu'éléments essentiels de la santé de la femme. Les relations entre les ONG et les pouvoirs publics se sont également améliorées au niveau de la coordination et des aspects techniques.

L'axe principal du projet étant d'améliorer la santé des femmes, elles représentent la plus grande partie des personnes qui en bénéficient et qui y participent. Ce qui signifie que les femmes s'investissent dans l'amélioration de l'état de santé et du bien-être des autres femmes via des activités comme la promotion des bonnes pratiques d'hygiène – l'hygiène individuelle, menstruelle, intime, liée aux rapports sexuels mais aussi le lavage des mains ou l'hygiène pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Les sages-femmes jouent un rôle de leadership en matière de santé, et le projet leur apporte un soutien pour accompagner les femmes pendant et après la grossesse afin de s'assurer que de bonnes pratiques d'hygiène sont suivies à la maison.

« Je ne peux pas me laver les mains et je passe d'un patient à l'autre : ce que nous faisons, c'est quasiment de la contamination. »

Hazel Claribel Sarante, médecin.
Poste de santé de Sol Naciente,
Bilwi, Nicaragua.



WaterAid / Nathalie Fernandes

5. Les défis : domaines d'action

Malgré les progrès substantiels réalisés pour améliorer les services EAH dans les structures de santé de nombreux pays depuis le lancement du Plan d'action de l'OMS et de l'UNICEF et l'adoption des ODD en 2015, un immense travail doit encore être fait pour concrétiser la CSU – reposant sur des services EAH dans tous les établissements de santé – d'ici 2030. L'expérience de WaterAid et de ses partenaires dans le monde montre que des défis restent à surmonter à tous les échelons des systèmes de santé.

DES MESURES URGENTES DOIVENT ÊTRE PRISES DANS LES DOMAINES CLÉS SUIVANTS :

Leadership et volonté politique

Si les ministères de la santé de plusieurs pays ont fait preuve de leadership pour améliorer l'EAH dans les établissements de santé, comme l'attestent les exemples présentés ici, il reste encore beaucoup à faire. Les leaders et décideurs politiques doivent agir sur la question de l'EAH dans les établissements de santé en lien notamment avec la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, l'amélioration de la santé maternelle et du nouveau-né, la prévention et le contrôle des infections, la qualité des soins ou la CSU.

Les citoyens et les organisations de la société civile doivent faire entendre

leur voix et demander des comptes aux autorités par rapport aux promesses faites. Les acteurs engagés dans le plaidoyer doivent redoubler d'efforts pour amener les décideurs à comprendre que l'EAH n'est pas uniquement une question d'infrastructures. Ils doivent expliquer clairement d'une part que pour garantir des services EAH durables il faut des systèmes de santé fonctionnels et l'engagement financier et politique qui va avec, et d'autre part que la situation ne pourra s'améliorer qu'à ces conditions, parallèlement à l'évolution des comportements et des pratiques.

Gouvernance et régulation

L'attention s'est souvent concentrée sur les acteurs publics de la santé. Mais les systèmes de santé font pour la plupart appel à des acteurs divers, publics ou privés, pour dispenser les soins. Les niveaux de services EAH doivent faire partie des mécanismes d'accréditation et de régulation des prestataires publics et privés des services de santé et, en tout premier lieu, les autorités doivent faire un état des lieux des conditions d'accès à l'EAH dans tous les établissements quel que soit leur statut pour établir une base de référence à partir de laquelle des améliorations peuvent être apportées.

Financement

Trop souvent, les gouvernements n'accompagnent pas les politiques nationales visant l'amélioration des services EAH dans les établissements de santé des moyens financiers adéquats pour permettre leur mise en œuvre. Les pouvoirs publics et les acteurs privés de services de santé doivent augmenter et mieux utiliser les financements domestiques dans un but d'amélioration des services EAH. Ils doivent prévoir les budgets non seulement pour de nouveaux équipements ou la réhabilitation des équipements existants, leur fonctionnement et leur entretien, mais aussi pour le développement des compétences des travailleurs de santé, leur formation et les initiatives visant à modifier les comportements qui sont nécessaires pour que les changements perdurent.

Autre aspect clé pour combler les besoins de financement, les bailleurs doivent augmenter les fonds affectés à l'EAH dans les structures de santé, en s'alignant sur les efforts de renforcement des systèmes de santé menés par les autorités. Pour accompagner cette hausse nécessaire des moyens financiers, les décideurs de la santé et les responsables de la planification doivent développer les outils de chiffrage des améliorations à apporter dans les structures de soins. Il faut aussi établir de toute urgence des estimations du coût des services EAH au niveau macroéconomique, qui incluent

les investissements infrastructurels de grande envergure mais aussi les améliorations plus générales des systèmes, liées notamment à la montée en compétences du personnel de santé et aux initiatives axées sur le changement des comportements. Ces outils et estimations faciliteront la prise de décision et fourniront des éléments probants permettant de mieux comprendre le rapport coût-bénéfice résultant de l'amélioration des services EAH dans les établissements de santé.



WaterAid / Al Shahrar Rupam

Bimola Kobiraz, sage-femme, confie le nouveau-né à sa maman Hera, à la polyclinique de l'upazila de Dacope, Chalna, Bangladesh.

Suivi et cibles

Les indicateurs de base relatifs à l'EAH dans les établissements de santé et les recommandations concernant leur intégration aux systèmes standard de suivi, comme les SIGS, présentent une opportunité majeure pour les pays concernés d'ancrer ce suivi dans leurs systèmes existants et d'évaluer les progrès vers l'atteinte des objectifs nationaux et des ODD.

Le JMP publiera fin 2018 son premier rapport basé sur les indicateurs de référence. Sachant que seulement 54 pays disposaient de données sur l'accès à l'eau dans les structures de soins dans le rapport 2015, et qu'ils étaient encore moins nombreux s'agissant de l'hygiène ou de l'assainissement, les statistiques risquent d'être très lacunaires pour beaucoup de pays. Il faudra renforcer le plaidoyer pour encourager le suivi de l'EAH dans les établissements de santé de tous les pays, avec des données ventilées par territoire et niveau de soins. Et le plaidoyer ne suffira pas : les indicateurs doivent être approuvés par les autorités, des décisions prises à propos des méthodes et des moments choisis pour collecter les données, et des actions de renforcement des capacités mises en œuvre pour garantir le recueil, l'analyse et l'utilisation de données de bonne qualité. L'intégration des indicateurs dans les systèmes d'information pour la gestion de la santé sont une voie possible, mais si d'autres mécanismes plus robustes, plus efficaces existent, en particulier à l'échelon territorial, ils doivent aussi être envisagés.

Recherche et capitalisation

La dynamique autour de l'EAH dans les établissements de santé s'est accélérée au niveau mondial depuis la publication du rapport de l'OMS et de l'UNICEF. Mais il reste des lacunes à combler au niveau des connaissances à propos des approches efficaces permettant de guider les améliorations dans les structures de soins.

L'outil WASH FIT mis en place par l'OMS et l'UNICEF pour améliorer l'eau et l'assainissement dans les structures de santé²⁵, ainsi que d'autres outils comme l'approche « Clean Clinic » développée par USAID dans le cadre de son programme de lutte contre la mortalité maternelle et du nouveau-né²⁶ ou encore la boîte à outils

« WASH and clean » du collectif SoapBox²⁷ sont des outils prometteurs à cet égard. Si une évaluation robuste de leur efficacité reste à faire, il ne fait aucun doute que le fait d'incorporer des mécanismes solides de suivi, d'évaluation et de partage des connaissances aux efforts menés pour renforcer l'accès à l'eau et à l'assainissement dans les établissements de santé contribuera à généraliser à grande échelle les exemples qui ont prouvé leur efficacité.

Solutions techniques et conception des bâtiments

Malgré l'élaboration d'outils pour améliorer l'équipement des établissements, les solutions techniques liées aux infrastructures EAH sont encore insuffisantes. Ces lacunes concernent toutes les composantes de l'EAH comme la conception de sanitaires répondant aux besoins des personnes à mobilité réduite et des femmes au moment de l'accouchement, les systèmes d'élimination des déchets médicaux dont la conception d'incinérateurs respectueux de l'environnement, les équipements adaptés à des contextes particulièrement contraignants comme les cliniques flottantes, ou la conception d'équipements pouvant résister à l'évolution des conditions climatiques et aux pénuries d'eau.

De plus, on manque souvent de modèles standardisés pour la conception des installations EAH des bâtiments, ou bien ceux qui existent ne respectent pas les normes de qualité minimales recommandées ; en conséquence, les hôpitaux et les centres de santé sont construits sans infrastructures EAH adéquates. Des modèles de conception standardisés adaptés à l'environnement de l'établissement construit et qui remplissent les obligations minimales, accompagnés de recommandations relatives à leur fonctionnement et à leur entretien, permettraient de mieux planifier les services. Les bailleurs qui investissent dans l'amélioration des infrastructures doivent également s'assurer que leurs plans respectent les normes de construction du pays et intègrent les composantes EAH de manière appropriée. Aucune structure de santé nouvelle ne doit être construite sans services EAH adéquats.

Mi Phat et sa petite-fille Saymom boivent de l'eau au point d'eau de l'hôpital. Hôpital référent de Thmor Kol, Battambang, Cambodge.



6. Perspectives : Actions pour une amélioration radicale des services EAH dans les établissements de santé

L'expérience de WaterAid dans plusieurs pays en matière d'appui aux gouvernements pour améliorer l'alimentation en eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé montre qu'avec un leadership politique, des mécanismes robustes pour rendre compte et un financement suffisant, des progrès significatifs sont possibles. Mais il est tout aussi clair que pour concrétiser la couverture santé universelle d'ici 2030, une évolution radicale sera nécessaire sur le plan de l'engagement et des actions.

Nous appelons les décideurs de la santé tout particulièrement à s'engager aujourd'hui à renforcer les systèmes de santé en veillant à l'amélioration durable de l'accès à l'eau potable et des conditions d'hygiène et d'assainissement dans toute structure à vocation médicale.

Les gouvernements, via les ministères de la santé, doivent :

> Viser à ce que chaque structure de soins bénéficie : d'un approvisionnement en eau potable adéquat et fiable, de toilettes hygiéniques et accessibles pour les patients et le personnel des deux sexes, quel que soit leur âge et capacités ; d'équipements et de pratiques adéquates en matière d'hygiène des mains ; d'un nettoyage

régulier efficace des locaux et de systèmes sûrs de gestion des déchets. Ils doivent s'assurer que des procédures sont en place pour assurer l'entretien de ces services afin qu'ils continuent de fonctionner.

- > Au-delà de la fourniture de services EAH de base, définir pour les établissements de haut niveau – y compris les hôpitaux et les centres spécialisés – des niveaux avancés pour les services et équipements EAH, ainsi que des obligations relatives à la formation et aux pratiques dans ce type d'établissements.
- > Renforcer la coordination entre les ministères responsables de la santé, des finances et de l'EAH pour garantir un financement adéquat permettant la mise en œuvre de tous les aspects de l'EAH au sein du système de santé dans sa globalité.
- > Investir dans un nombre suffisant d'agents de santé bien formés et dotés des compétences et de la formation nécessaires pour résoudre les questions d'EAH en fonction des besoins. Ceci inclut une formation initiale et continue solide ainsi que des programmes de formation pour le personnel à tous les niveaux.
- > Établir des normes nationales minimales transparentes pour les services EAH dans tous les établissements de santé publics et privés. Incorporer les normes EAH aux systèmes d'accréditation et de contrôle.
- > Soutenir et faciliter les mécanismes permettant aux citoyens de demander des comptes pour que les normes relatives aux services EAH dans les établissements de santé soient respectées.
- > Intégrer les indicateurs relatifs à l'EAH dans les établissements de santé dans les systèmes de suivi qui existent actuellement au niveau national et territorial, et s'appuyer sur ces données pour prioriser l'action et évaluer les performances du système de santé.
- > Incorporer des cibles relatives à l'EAH dans les établissements de santé dans les politiques et stratégies relatives à toutes les priorités de santé pertinentes.

- > Établir des mécanismes de coordination interministériels robustes avec une contribution active des ministères en charge de l'EAH, de façon à articuler et aligner l'action menée par tous les acteurs concernés.

Les bailleurs et organismes financiers internationaux doivent :

- > Prioriser l'EAH dans les établissements de santé dans les stratégies relatives à la santé et les mécanismes de financement, en particulier lorsqu'ils portent sur la santé maternelle et du nouveau-né, la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, la sécurité sanitaire et la couverture santé universelle.
- > Concevoir les modalités de financement de façon à appuyer les programmes de renforcement des systèmes de santé portés par les autorités qui priorisent et ciblent les services EAH.
- > Soutenir la coordination et l'action intersectorielles via des mécanismes de financement flexibles qui accompagnent des approches à l'échelle globale des systèmes, y compris les politiques et directives nationales, le suivi et l'appui à la formation.
- > Inciter les gouvernements à affecter des fonds publics pour améliorer et entretenir les services EAH dans les établissements de santé.

L'OMS et l'UNICEF doivent :

- > Poursuivre leur rôle de leadership et l'élaboration de recommandations techniques dans le cadre du Plan mondial d'action pour l'EAH dans les établissements de santé.
- > Soutenir les efforts engagés pour coordonner l'action menée au niveau des pays et partager les consignes relatives aux bonnes pratiques via des plateformes mondiales.

Les acteurs de la recherche doivent :

- > Prioriser les recherches opérationnelles et liées à la mise en œuvre qui mettent l'accent sur la pérennisation des améliorations apportées en matière d'EAH, à tous les niveaux.
- > Développer les connaissances sur la manière d'améliorer durablement l'hygiène des mains ainsi que le changement de comportement lié plus largement à l'hygiène environnementale.

- > Diffuser le fruit des recherches auprès des décideurs et intervenants du secteur de la santé et de l'EAH, en encourageant la collaboration entre secteurs et le partage des bonnes pratiques entre pays sur l'amélioration des services d'eau et d'assainissement dans les établissements de santé.

Les ONG doivent :

- > Aider les habitants à demander des comptes aux responsables de la santé et des services EAH, et à être inclus dans les espaces de décision, en particulier pour s'assurer que les améliorations apportées répondent aux besoins des plus pauvres et accompagnent la mise en place de services accessibles à tous.
- > Orienter leurs efforts vers le renforcement du système de santé dans son ensemble plutôt que se focaliser sur des approches programmatiques verticales ou cloisonnées.
- > Coordonner leur action avec celle des partenaires du secteur EAH ou de la santé pour mettre en œuvre des programmes intégrés et globaux visant à améliorer la qualité des soins.
- > Jouer un rôle de catalyseur et encourager la mise en place de groupes de travail intersectoriels dynamiques à l'échelle nationale et territoriale de sorte que tous les efforts engagés en faveur des services EAH dans les établissements de santé soient alignés sur l'action du gouvernement en matière de santé et la fourniture de services de santé, et viennent les renforcer.

Références



- 1 OMS/UNICEF (2015). *Water, sanitation and hygiene in health care facilities. Status in low- and middle income countries and way forward*. Disponible sur www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/en/ (consulté le 12 mars 2018).
- 2 OMS/UNICEF (2015). *Global Action Plan for WASH in health care facilities*. Disponible sur www.washinhcf.org/action-plan/ (consulté le 12 mars 2018).
- 3 OMS/UNICEF (2016). *Monitoring WASH in Health Care Facilities*. Disponible sur www.washdata.org/monitoring/health-care-facilities (consulté le 12 mars 2018).
- 4 OMS/UNICEF (2017). *Scoping Study: Preparing for SDG reporting of WASH in health care facilities in the East Asia and Pacific Region*. Disponible sur www.washinhcf.org/fileadmin/user_upload/documents/SDG-WASH-HCF-EAPRO-FINAL.pdf (consulté le 12 mars 2018).
- 5 Cross S, Afsana K, Banu M, et al (2016). *Hygiene on maternity units: lessons from a needs assessment in Bangladesh and India*. Global Health Action. 9: 10.3402/gha.v9.32541. Disponible sur www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5155114/ (consulté le 12 mars 2018).
- 6 WaterAid (2015). *Towards safer and better quality health care services in Cambodia: a situation analysis of water, sanitation and hygiene in health care facilities. Report. Cambodia*. Disponible sur washmatters.wateraid.org/publications/towards-safer-and-better-quality-health-care-services-in-cambodia-2015 (consulté le 12 mars 2018).
- 7 OMS (2017). *Achieving quality universal health coverage through better water, sanitation and hygiene services in health care facilities - a brief focus on Cambodia and Ethiopia*. Genève : Organisation mondiale de la santé (OMS/HIS/SDS/2017.17). Disponible sur www.who.int/water_sanitation_health/publications/uhc-thru-water-sanitation-and-hygiene-services/en/ (consulté le 12 mars 2018).
- 8 Allegranzi, B et al (2011). *Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis*. Lancet 377 (9761): 228–41. Disponible sur www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21146207 (consulté le 12 mars 2018).
- 9 Calculé d'après les données 2016 de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS sur les causes de mortalité infantile. Disponible sur www.who.int/gho/child_health/mortality/causes/en/ (consulté le 12 mars 2018).
- 10 Zaidi AK, Huskins WC, Thaver D et al (2005). *Hospital-acquired neonatal infections in developing countries*. Lancet. 365(9465):1175–88. Disponible sur www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15794973/ (accessed 12 Mar 2018).
- 11 Sokol DJ (2013). *First do no harm revisited*. BMJ. 347:f6426. Disponible sur www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24163087 (consulté le 12 mars 2018).
- 12 OMS (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible sur www.who.int/gpsc/ipc-components/en/ (consulté le 12 mars 2018).

- 13** Velleman Y, Mason E, Graham W, et al (2014). *From Joint Thinking to Joint Action: A Call to Action on Improving Water, Sanitation, and Hygiene for Maternal and Newborn Health*. PLoS Medicine 11(12):e1001771. Disponible sur www.journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001771. (consulté le 12 mars 2018).
- 14** OMS, UNICEF, SHARE (2016). *Workshop Report: Global strategy, burden of disease, and evidence and action priorities*. Disponible sur www.who.int/water_sanitation_health/facilities/wash-in-hcf-london.pdf?ua=1 (consulté le 12 mars 2018).
- 15** Pearson M, Doble A, Glogows R, et al. (2018). *Antibiotic Prescribing and Resistance: Views from LMIC Prescribing and Dispensing Professionals*. Rapport au Secrétariat AMR de l'Organisation mondiale de la santé. Disponible sur www.who.int/antimicrobial-resistance/LSHTMAntibiotic-Prescribing-LMIC-Prescribing-and-Dispensing-2017.pdf (consulté le 12 mars 2018).
- 16** Graham WJ, Morrison E, Dancer S, et al (2016). *What are the threats from antimicrobial resistance for maternity units in low- and middle- income countries?* Global Health Action. 9:10.3402/gha.v9.33381. Disponible sur www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5027331/ (consulté le 12 mars 2018).
- 17** Abrampah NM, Montgomery M, Balle A, et al (2017). *Improving water, sanitation and hygiene in health-care facilities, Liberia*. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé 95: 526-530. Disponible sur www.who.int/bulletin/volumes/95/7/16-175802.pdf (consulté le 12 mars 2018).
- 18** Cronk R and Bartram J (2018). *Environmental conditions in health care facilities in low- and middle-income countries: Coverage and inequalities*. Int J Hyg Environ Health. Disponible sur www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29352706 (consulté le 12 mars 2018).
- 19** Ghebreyesus TA, Director-General of OMS, 17 July 2017. *'All roads lead to universal health coverage'*. Disponible sur www.who.int/mediacentre/commentaries/2017/universal-health-coverage/en/ (consulté le 12 mars 2018).
- 20** Chee G, Pielemeier N, Lion A, Connor C (2013). *Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed*. Int J Health Plann Manage. 28: 85–94. Disponible sur www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22777839 (consulté le 12 mars 2018).
- 21** OMS (2016). *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible sur www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/ (consulté le 12 mars 2018).
- 22** Tanzania Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and Children (2017). *The National Guidelines for Water, Sanitation and Hygiene in Health Care Facilities*. Disponible sur washmatters.wateraid.org/publications/national-guidelines-for-wash-services-in-health-care-facilities-in-tanzania (consulté le 12 mars 2018).
- 23** OMS Mali (2013). *Évaluation rapide de l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans les structures de soins au Mali*.
- 24** Scheil-Adlung X (2013). *Health workforce benchmarks for universal health coverage and sustainable development*. Bulletin of the World Health Organization 91: 888–889. Disponible sur www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-126953.pdf (consulté le 12 mars 2018).
- 25** OMS, UNICEF (2017). *Water and sanitation for health facility improvement tool (WASH FIT) A practical guide for improving quality of care through water, sanitation and hygiene in health care facilities*. Disponible sur www.who.int/water_sanitation_health/publications/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool/en/ (consulté le 12 mars 2018).
- 26** USAID (2017). *Maternal and Child Survival Program Clean Clinic Approach*. Disponible sur washforhealthcare.mcsprogram.org (consulté le 12 mars 2018).
- 27** SoapBox Collaborative (2016). *WASH and Clean Toolkit*. Disponible sur www.soapboxcollaborative.org/?page_id=3232 (consulté le 12 mars 2018).

Ce rapport met en évidence la manière dont WaterAid et ses partenaires ont influencé et accompagné l'action menée par les pouvoirs publics pour améliorer les services d'eau et les conditions d'hygiène et d'assainissement dans les établissements de santé. Il présente les approches adoptées, en partenariat avec les acteurs de la santé, pour renforcer les systèmes de santé et la qualité des soins.

Nous appelons les gouvernements, guidés par les ministères de la santé, ainsi que les partenaires financiers, les acteurs de la recherche et les ONG à redoubler d'efforts pour faire en sorte que chaque établissement de santé dispose des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène nécessaires pour faire de la couverture santé universelle une réalité.

wateraid.washmatters.org/transforming-health-systems

#HealthyStart

Photos de couverture, de haut en bas :

Chankna, infirmière avec sa fille Srey Pick, Sakon, sage-femme avec son fils Ratanak et Kimhong avec sa fille Hor. Centre de santé de Boeung Kontout, district de Krokor, Cambodge.

WaterAid/ Tom Greenwood.

Christine Sogoba, infirmière en obstétrique, debout près d'Awa Traore, l'aide à s'occuper de sa petite fille qui vient de naître, au centre de santé communautaire de Bougoura, Mali.

WaterAid/ Basile Ouedraogo.

Un seau d'eau prêt à être utilisé à la clinique du township de Gwagwalada, Abuja, Nigéria.

WaterAid/ Simivija.

WaterAid est une organisation à but non lucratif immatriculée comme suit : Australie : ABN 99 700 687 141 ; Canada : 119288934 RR0001 ; États-Unis : WaterAid America est une organisation sans but lucratif de statut 501(c) (3) ; Inde : U85100DL2010NPL200169 ; Royaume-Uni : 288701 (Angleterre et Pays de Galles) et SC039479 (Écosse) ; Suède : Org.nr: 802426-1268, PG: 90 01 62-9, BG: 900-1629



« L'eau c'est important. Sans eau, je ne peux pas faire mon travail et la clinique ne peut même pas fonctionner ; les toilettes ne seront pas propres, le personnel infirmier ne pourra pas soigner les patients et il y aura de la saleté partout. »

Yeartee Bartheh, agent d'entretien au Pipeline Health Centre, Monrovia, Libéria