

Un départ sain : le premier mois de la vie



Pour que chaque enfant ait accès à l'eau et aux bonnes conditions d'hygiène et d'assainissement dont il a besoin



Introduction

Mettre une nouvelle vie au monde devrait être un moment d'amour et d'espoir pour la maman et son bébé, où qu'ils vivent.

Pourtant, dans le monde, une naissance sur 50 mène à un déchirement pour les parents, quand cette petite fille, ce petit garçon si précieux meure alors qu'il n'a même pas un mois.

En 2014, plus de 2,6 millions de bébés sont décédés au cours des quatre premières semaines de leur vie. Ce fléau touche très massivement les pays en développement puisque plus de 99 % de la mortalité néonatale concerne des pays à revenu faible ou intermédiaire¹.

Mais cet immense gâchis de vies et de potentiel ne résulte pas pour l'essentiel de l'absence de soins intensifs coûteux comme il en existe dans les pays développés pour prendre en charge les nouveau-nés malades. La plupart des décès de nouveau-nés pourrait être évitée par des mesures simples et d'un bon rapport coût/efficacité².

Le plus tragique pour un nouveau-né sur cinq qui meure au cours du premier mois de sa vie dans un pays en développement, c'est que ce décès si prématuré aurait pu être évité si l'enfant avait simplement été lavé avec de l'eau propre et pris en charge dans un environnement où les soignants se seraient lavé les mains³.

En 2013, quatre bébés sont morts toutes les cinq minutes de causes aisément évitables

comme la septicémie, la méningite ou le tétanos en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud⁴, toutes ces maladies infectieuses étant étroitement liées aux mauvaises conditions d'hygiène. Les recherches montrent que si l'on fait en sorte que chaque nouveau-né commence sa vie dans de bonnes conditions d'hygiène, le risque de contracter ces maladies se réduit considérablement.

Il est difficile d'imaginer qu'un professionnel de santé, responsable ou ministre de la santé quel qu'il soit ignore les risques liés au fait d'exposer les nouveau-nés aux infections dues au manque de propreté et aux mauvaises pratiques d'hygiène qui entourent leur naissance. Pourtant, nombre de femmes accouchent encore aujourd'hui dans des lieux où il n'y a ni eau potable, ni savon, ni toilettes, ou sans être accompagnées de personnels pratiquant une hygiène adéquate.

Cela fait plus de 150 ans que l'on connaît les liens qui existent entre les mains sales, l'utilisation d'eau insalubre et la mortalité infantile. Il ne s'agit donc pas d'un problème qui attend une solution, mais d'une injustice contre laquelle il faut agir.

Maintenant que les dirigeants mondiaux se sont engagés au travers des Objectifs mondiaux à mettre fin à l'extrême pauvreté d'ici 2030, il est essentiel que la prochaine génération d'enfants bénéficie du meilleur départ possible dans la vie : un départ sain.



Le contexte

L'année 2015 a marqué le point culminant des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dont le quatrième visait à réduire des deux tiers la mortalité infantile par rapport au niveau de 1990.

Malgré les progrès impressionnants obtenus durant l'ère OMD, cet objectif n'a pas été atteint à la fin 2015. Au rythme actuel de progression, il faudra encore une dizaine d'années pour y parvenir⁵.

À l'échelle de la planète, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a été divisé de presque moitié, de 90 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 43 aujourd'hui. Actuellement, 16 000 enfants perdent la vie tous les jours, contre 35 000 en 1990. Le constat encourageant est que le rythme auquel baisse la mortalité est le plus rapide que l'on ait observé depuis 20 ans⁶.

Pourtant, en Afrique sub-saharienne, un enfant sur douze n'atteindra pas son cinquième anniversaire et près de six millions d'enfants meurent encore chaque année, le plus souvent de causes évitables.

La baisse de la mortalité néonatale a été plus faible :

elle n'a diminué que d'un tiers entre 1990 et 2012. En conséquence, les nouveau-nés qui meurent au cours des quatre premières semaines de leur vie représentent 45 % de la mortalité totale des enfants de moins de cinq ans, contre 37 % en 1990.

Si l'on se base sur le rythme de réduction de la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne, il faudra selon les estimations attendre jusqu'en 2166 pour que le risque qu'un bébé meure au cours des quatre premières semaines de vie en Afrique soit le même que le risque actuel dans les pays au revenu plus élevé⁷.

En 2015, les dirigeants mondiaux se sont engagés sur les Objectifs de développement durable, ou Objectifs mondiaux, qui ont pris la suite des objectifs du Millénaire pour le développement.

WaterAid appelle à une action concertée pour réaliser les nouveaux Objectifs mondiaux d'ici 2030. L'accès universel à l'eau et à l'assainissement (Objectif n°6) sera essentiel pour mettre fin aux décès évitables chez les nouveau-nés et les enfants (l'une des composantes de l'Objectif n°3).

Donner aux nouveau-nés un départ sain

Les premières semaines de la vie d'un enfant sont le moment où il est le plus vulnérable : le risque de mourir pendant cette période est 15 fois plus élevé qu'à tout autre moment au cours de sa première année⁸.

En Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud, près d'un décès sur cinq survenant au cours du premier mois de la vie est dû à la septicémie, à la méningite ou au tétanos⁹. En 2013, dans ces deux régions, ces infections ont tué plus de 400 000 nouveau-nés. La septicémie constitue le risque le plus important: elle provoque 18 à 20 % des décès néonataux¹⁰.

Dans les 80 pays qui enregistrent une forte mortalité néonatale, et qui représentent près de neuf décès sur dix au niveau mondial, 40 % des décès intervenant pendant la période néonatale tardive (entre le 7^e et le 27^e jour) sont dus à la septicémie¹¹.

Pour pouvoir infecter un être humain, les bactéries ont besoin d'un mode de transmission – un moyen de passer d'une personne à une autre. Le mode de transmission de ces trois maladies infectieuses est très étroitement lié aux mauvaises conditions et pratiques d'hygiène qui entourent la naissance. C'est pourquoi il est si important que les nouveau-nés bénéficient d'un départ dans de bonnes conditions sanitaires, qu'ils commencent leur vie et soient pris en charge dans un environnement hygiénique et sûr.

La septicémie

La septicémie est une infection invasive dont l'origine est généralement bactérienne. Les bactéries responsables de la septicémie néonatale infectent le nouveau-né juste avant, pendant ou après l'accouchement. Elles peuvent être présentes dans le sang de la mère ou sur sa peau, dans le canal génital avant ou pendant l'accouchement ou bien dans l'environnement pendant et après l'accouchement. L'utilisation d'eau propre, des sanitaires adéquats et le respect par les mères et les personnels de santé de bonnes règles d'hygiène dans les maternités peuvent réduire les risques d'infection dans les deux cas.

Des pratiques respectueuses de l'hygiène et le lavage des mains pendant l'accouchement ainsi que le lavage des mains des personnels soignants après l'accouchement sont nécessaires pour réduire les risques de septicémie. Les infections peuvent facilement être propagées si on utilise un instrument sale pour couper le cordon ombilical, ou par les surfaces contaminées comme les lits ou d'autres objets.

Si on ne s'assure pas qu'une femme vient accoucher dans un lieu propre, que la sage-femme, la personne qui vient aider à l'accouchement ou le médecin n'ont pas les mains propres quand ils interviennent et que la lame qui sépare l'enfant de sa mère en coupant le cordon ombilical n'est pas propre, le nouveau-né court le risque de contracter une septicémie.

L'étendue du problème

La mortalité néonatale due aux infections

La mortalité des nouveau-nés due aux infections diffère d'un pays en développement à l'autre. Si les deux tiers des décès néonataux sont concentrés dans seulement dix pays (voir tableau 1), la proportion de ces décès due aux infections varie selon ces différents pays.

Ainsi, l'Angola est le pays le plus dangereux au monde pour un bébé puisque près de 30 % de tous les décès néonataux sont causés par les différentes maladies infectieuses. Et si la Chine est l'un des pays qui enregistrent le plus de décès de nouveau-nés en chiffre absolu, le pourcentage de décès dus aux infections dépasse à peine 10 %.

Tableau 1 : Pays où la mortalité néonatale est élevée (sur la base des données 2013)¹²

Pays enregistrant la plus forte mortalité néonatale	Mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	Nombre de décès	Nombre de nouveau-nés décédés de septicémie/méningite/tétanos	% de mortalité néonatale due à la septicémie/méningite/tétanos
Inde	29,2	758 143	122 554	16,4
Nigéria	37,4	261 549	51 749	19,8
Pakistan	42,0	193 718	43 412	22,0
Chine	7,7	143 268	5 476	3,7
Rép. Dém. du Congo	38,2	104 604	19 509	18,6
Éthiopie	27,5	84 437	17 240	20,4
Bangladesh	24,2	76 722	14 852	19,3
Indonésie	14,4	65 828	8 934	13,5
Angola	46,6	42 625	9 053	21,2
Kenya	26,3	39 596	7 499	18,9

Témoignage

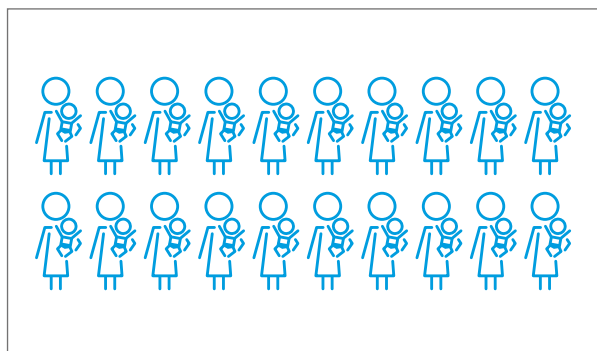
Mary Mwape, 39 ans, est sage-femme à l'hôpital de Lubwe, dans le nord-est de la Zambie. L'hôpital est l'établissement de référence pour la région malgré le fait qu'il n'ait pas d'accès adéquat à l'eau et à l'assainissement.

« Un service de maternité sans eau met la vie des nouveau-nés en danger. Si on lave un enfant qui vient de naître et qui a encore son cordon ombilical avec de l'eau qui vient d'un puits de surface ou avec de l'eau sale, il risque d'attraper une maladie infectieuse comme la septicémie ou le tétanos néonataux, qui peuvent lui être fatals.

Nous savons que nous sommes censées nous laver les mains soigneusement avant de passer à un autre patient, mais qu'est-ce que vous pouvez faire quand il n'y a pas d'eau courante ?

Nous expliquons aux futures mamans comment respecter de bonnes règles d'hygiène personnelle pendant la grossesse, mais le problème survient quand nous-mêmes, en tant que travailleurs de santé, ne sommes pas en mesure de fournir un environnement sûr et propre au moment où elles doivent accoucher. »





En Sierra Leone, où le taux de mortalité néonatale est l'un des plus élevés au monde, en moyenne, une femme sur 21 va durant sa vie perdre un enfant au cours du mois qui suit sa naissance à cause d'une infection. Au Royaume-Uni, ce même risque concerne une femme sur 7 518.

On observe que les pays qui enregistrent une mortalité néonatale relativement moins importante ont souvent également un pourcentage plus faible de décès dus à des infections. Inversement, dans les pays où la mortalité néonatale est plus élevée, entre un quart et un tiers de ces décès sont généralement dus à des infections évitables et qui peuvent être soignées¹³. Le risque qu'un bébé né en Afrique sub-saharienne meure à cause d'une infection pendant les quatre semaines qui suivent sa naissance est 30 fois plus important que dans un pays industrialisé, ces décès étant chose courante dans nombre de pays en développement. En Sierra Leone par exemple, où le taux de mortalité néonatale est l'un des

plus élevés au monde, en moyenne, une femme sur 21 va durant sa vie perdre un enfant au cours du mois qui suit sa naissance à cause d'une infection. Au Royaume-Uni, ce même risque concerne une femme sur 7 518 (voir tableau 2).

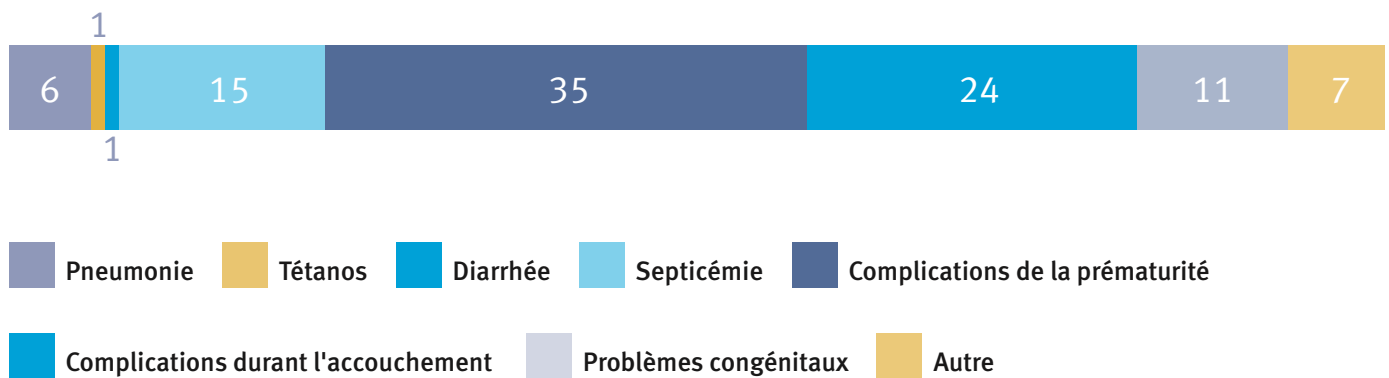
Le risque de perdre un nouveau-né à cause d'une infection est bien plus important pour les femmes qui viennent d'un milieu pauvre : le risque de décès de septicémie pendant les quatre premières semaines qui suivent la naissance est trois fois plus élevé pour les bébés qui naissent dans des foyers qui ont peu de revenus que pour ceux issus de familles plus aisées.¹⁴

Tableau 2 : Pays où la mortalité néonatale due à la septicémie, à la méningite et au tétanos est élevée comparés au risque dans les pays industrialisés (sur la base des données 2013)¹⁵

Pays	Mortalité néonatale toutes causes pour 1 000 naissances vivantes	Nbre de décès néonataux en 2013	Mortalité due à la septicémie/ tétanos/ méningite	Nbre de décès néonataux dus à la septicémie/ tétanos/ méningite	% de décès néonataux dus à la septicémie/ tétanos/ méningite	Probabilité qu'au cours de sa vie, une femme perde un enfant à cause d'une septicémie, etc ¹⁶
Sierra Leone	44,3	9 430	9,8	2 101	22,3	1 sur 21
Guinée-Bissau	44	2 688	9,8	599	22,3	1 sur 20
Angola	46,6	42 625	9,8	9 053	21,2	1 sur 17
Somalie	46,2	20 754	9,5	4 281	20,6	1 sur 16
Pakistan	42	193 718	9,4	43 412	22,4	1 sur 32
Lesotho	43,9	2 554	8,7	511	20	1 sur 37
Mali	40,2	27 724	8,2	5 709	20,6	1 sur 17
Afghanistan	36,3	36 777	8,2	8 374	22,8	1 sur 23
Zimbabwe	39,2	17 311	7,9	3 502	20,2	1 sur 35
Côte d'Ivoire	37,5	27 925	7,9	5 896	21,1	1 sur 26
USA	4	16 802	0,18	741	4,5	1 sur 2 958
Royaume-Uni	2,8	2 145	0,07	51	2,5	1 sur 7 518
Suède	1,6	178	0,13	15	8,1	1 sur 4 000
Australie	2,4	770	0,07	21	2,9	1 sur 7 407
Canada	3,4	1 374	0,17	70	5	1 sur 3 649
Japon	1	1 086	0,06	67	6	1 sur 11 820



Causes **la** mortalité néonatale dans le monde¹⁷



L'eau potable, les toilettes et l'hygiène dans les structures de santé

Dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement, une action concertée avait été engagée pour augmenter le nombre d'accouchements en présence d'un personnel qualifié, en particulier lorsqu'ils se déroulent dans des structures de santé.

Pourtant, dans ces lieux dont la fonction même est de permettre à la population d'avoir accès aux soins et d'accueillir une nouvelle vie, on constate souvent qu'il n'y a pas d'approvisionnement continu en eau, de toilettes qui fonctionnent ou de dispositifs pour se laver les mains. Dans sa publication « Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins »¹⁸, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) indique pourtant clairement qu'il s'agit là des premières lignes de défense contre l'infection et que l'absence de tels services remet en question le fait que ces structures soient en capacité d'assumer de manière adéquate leur rôle d'établissements de santé.

Selon une enquête de l'OMS menée en 2015 dans 54 pays en développement¹⁹, 38 % de ces établissements ne disposent pas d'un approvisionnement en eau potable, 19 % n'ont pas d'équipements d'assainissement améliorés et 35 % n'ont pas de savon pour le lavage des mains. Ces chiffres n'indiquent pas si l'approvisionnement en eau est continu. L'OMS estime que parmi les structures de soins qui disposent d'un système d'alimentation en eau, celui-ci n'est fiable que dans la moitié des cas environ.

Témoignage



Peggy Mpundu, 36 ans, habite dans le village de Mwashwa, à Lubwe. Elle a récemment perdu des jumeaux dont on pense qu'ils sont morts à cause d'une infection, seulement quatre jours après leur naissance.

Kapya et Mpundu sont nés à l'hôpital d'où ils sont sortis le lendemain de leur naissance. Le jour d'après, ils ont commencé à avoir du mal à respirer et leurs parents les ont ramenés à l'hôpital où ils sont malheureusement décédés tous les deux.

« À ce moment-là, on m'a dit que l'eau qui vient des puits peu profonds était dangereuse pour les enfants. Le fait d'avoir lavé mes enfants avec de l'eau d'un puits peu profond, ça m'a laissé un sentiment de culpabilité et de regret. J'aurais aimé savoir que l'eau pouvait être dangereuse. »

Peggy a eu un autre enfant depuis mais son mari dit que la perte des jumeaux a eu de grosses conséquences sur leur couple. Ils prennent soin d'utiliser de l'eau propre pour éviter que le nouveau bébé n'attrape une infection.

De l'eau, des toilettes et une bonne hygiène à la naissance

Quand il n'y a pas d'eau propre aisément accessible pour nettoyer les locaux ou se laver les mains, les structures de santé peuvent devenir des foyers pour les bactéries dangereuses et les personnels de santé peuvent transmettre des maladies d'un patient à l'autre sans le savoir. Une enquête portant sur les infections nosocomiales (contractées pendant un séjour dans un établissement de santé) menée en 2011 dans plusieurs pays industrialisés a montré que jusqu'à un patient sur deux (45,6 %) sortait de l'hôpital avec une infection dont il n'était pas porteur à son arrivée²⁰. Près de 150 ans après qu'Ignaz Semmelweis ait fait le lien entre le lavage des mains et les infections contractées par les mères à la naissance, améliorer les pratiques d'hygiène des professionnels de santé reste un défi dans le monde entier. Une étude²¹ réalisée dans un grand hôpital universitaire africain a montré que le personnel essaie de se laver les mains dans seulement 12 % des situations, et que ce lavage n'est efficace que dans 4 % des cas, malgré le fait que neuf services sur dix disposent d'un lavabo avec du savon. Dans une autre étude²² menée dans les services de maternité du sud du Nigéria, seuls deux services sur cinq avaient du savon ou une solution antiseptique dans ou près des salles d'opération ou d'accouchement.

Pour que la naissance se passe dans de bonnes conditions de salubrité, l'OMS préconise le respect de « 6 règles de propreté » : la propreté des mains, de la surface sur laquelle la femme va accoucher, du périnée, de tout instrument inséré dans le vagin, de l'instrument utilisé pour couper le cordon ombilical et de la ficelle qui sert à le lier. Dans le cadre d'une étude menée en Tanzanie, les travailleurs de santé qui interviennent dans les villages ont reçu une formation sur ces 6 règles de l'OMS et on leur a distribué des kits d'accouchement qui comprenaient une protection en plastique, un cutter pour couper le cordon ombilical et une ficelle pour le lier. Le risque que les nouveau-nés développent une infection du cordon ombilical quand les mamans ont utilisé ce kit a été divisé par 13. Le simple fait que la future maman se lave avant d'accoucher divise presque par quatre le risque d'infection du cordon ombilical²³.

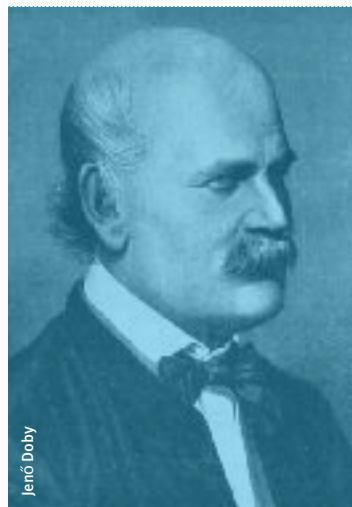
Dans le sud du Népal²⁴, plus de 23 600 nouveau-nés ont été observés durant les quatre premières semaines de leur vie. Les chercheurs ont demandé à chaque femme si la personne qui l'avait aidée à accoucher s'était lavé les mains avant la naissance et également si elle-même s'était lavé les mains avant de prendre son bébé dans les bras.

Le risque de décès d'un bébé qui est né avec l'aide d'une personne qui s'est lavé les mains est 25 % moins important que pour les autres bébés, même si sa mère ne s'est pas lavé les mains. Quand la personne qui aide à l'accouchement et la mère se sont toutes les deux lavé les mains, on réduit de plus de moitié (56 %) le risque que l'enfant décède. Au Népal, une réduction de la

mortalité néonatale de 56 % aurait pu épargner la vie de plus de 7 000 nouveau-nés rien que pour l'année 2014.

Au-delà des risques infectieux que peuvent poser les mauvaises conditions sanitaires, le manque d'accès à de l'eau propre et aux toilettes et le non-respect d'une bonne hygiène peuvent avoir d'autres conséquences pour les personnes qui fréquentent les établissements de santé. Par exemple, on demande parfois aux femmes qui viennent accoucher d'apporter leurs propres jerrycans d'eau à utiliser comme eau de boisson et pour les besoins de l'accouchement. Cette eau peut venir de sources non potables, comme une rivière ou une mare. Outre le fait que l'utilisation de cette eau peut faire courir aux mères et à leurs bébés de graves risques de contracter une infection potentiellement mortelle, le manque d'hygiène peut décourager les femmes de venir accoucher dans des établissements de santé, ce qui sape les efforts menés pour les inciter à accoucher avec l'aide de personnels qualifiés. La présence de services d'eau et d'assainissement dans les structures de santé peut donc aussi renforcer les moyens et la capacité d'agir du personnel soignant pour prendre soin des mères et des nouveau-nés de manière plus sûre, ce qui contribue aux efforts menés pour le fidéliser et le motiver.

Qui était Ignaz Semmelweis ?



Jenő Doby

Semmelweis a été la première personne à prendre conscience de l'importance du lavage des mains pour prévenir les infections. En 1847, dans le service de maternité de l'hôpital général de Vienne où il travaillait, il a développé la conviction que la propreté était un facteur essentiel pour prévenir la fièvre puerpérale chez les femmes venant

d'accoucher. Au cours de son premier mois à l'hôpital, près d'une femme sur cinq décédait de cette fièvre, qui résulte le plus souvent d'une septicémie. Il a commencé à insister pour que les personnes intervenant dans la salle d'accouchement se lavent les mains dès qu'elles y entraient, et pour que les lieux restent propres. Au cours des deux années qui ont suivi, le taux de mortalité a baissé et a fini par être quasiment nul. Malheureusement, la plupart des professionnels de santé pensaient à l'époque que la maladie se transmettait par les « miasmes », l'air malsain, et Semmelweis a été démis de ses fonctions, largement ridiculisé et finalement interné dans un asile psychiatrique. Son travail n'a finalement été reconnu que près de trente ans après sa mort.

Mettre la propreté au cœur du système de santé

Dans la plupart des pays, l'approche qui prévaut actuellement en matière de risque infectieux chez les nouveau-nés se focalise sur le traitement par antibiotiques plutôt que sur la prévention pour empêcher que les infections ne se déclarent en premier lieu.


Les récentes avancées obtenues pour améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés ont eu tendance à négliger l'importance pour le bébé de prendre un bon départ, l'accent étant mis plutôt sur l'augmentation du nombre de personnels formés ou les soins obstétricaux d'urgence.

Par exemple, le plan d'action « Chaque nouveau-né »²⁵ lancé en 2014 par l'OMS et l'UNICEF, qui entend mettre un terme aux décès évitables chez les nouveau-nés d'ici 2035, ne comprend aucune action clé visant à ce que les autorités s'assurent que les accoucheuses et les mamans aient accès à de l'eau propre, à des toilettes et à de bonnes conditions d'hygiène pendant l'accouchement.

Si le plan mentionne que les infections contribuent pour une part importante à la mortalité néonatale, l'objectif établi vise à ce que la moitié au moins des bébés atteints d'une infection soient soignés aux antibiotiques.

Les recommandations actuelles de l'OMS à propos des soins postnatals pour les mères et les nouveau-nés ne font référence à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement qu'une seule fois – s'agissant d'informer les mères à propos de l'hygiène – tandis que les « Standards for Maternal and Neonatal Care » (Normes relatives aux soins maternels et néonataux) n'incluent aucune recommandation portant sur l'approvisionnement en eau, l'hygiène et l'assainissement.

Les pratiques recommandées par l'OMS via les « 6 règles de propreté » évoquées plus haut sous-entendent l'importance d'avoir de l'eau propre disponible, mais ce n'est pas mentionné explicitement.

L'objectif du Millénaire pour le développement qui incluait l'extension de l'accès aux services d'eau et d'assainissement n'indiquait pas de cible spécifique visant les établissements de santé – une omission qui a très probablement freiné les avancées des autres OMD dont ceux qui portaient sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile. 

Donner naissance en Tanzanie

Une enquête récemment menée en Tanzanie pour évaluer les conditions d'accès à l'eau et à l'assainissement pendant l'accouchement²⁶ a montré qu'en moyenne, 44 % des établissements de santé où les femmes venaient accoucher avaient des installations d'eau et d'assainissement adéquates, mais que seulement un quart des salles d'accouchement au sein de ces établissements étaient équipées d'un point d'eau et de toilettes.

Les chercheurs ont estimé que même si chaque Tanzanienne décidait de venir accoucher dans une structure de santé, moins des deux tiers (59 %) donneraient naissance dans un lieu offrant un environnement sûr pour la future maman et son enfant.



« Il n'y avait pas assez d'eau à la clinique quand j'ai accouché. Après l'accouchement, je me suis lavée et mon bébé a été lavé avec de l'eau que ma belle-sœur est allée chercher pour moi à la rivière. C'était pendant la saison sèche, alors ils ont été obligés de creuser dans le lit de la rivière pour récupérer un peu d'eau. Mon petit garçon n'a vécu que sept jours.

S'il y avait eu assez d'eau propre régulièrement à la clinique, cette situation aurait pu être évitée. »

Aisha Mukde, Tanzanie (en photo ci-dessus)

L'exemple du Rwanda

Après le génocide de 1994, le nouveau gouvernement rwandais a mis en œuvre un nouveau programme de développement axé sur la fourniture de services de base à la population. Dans ce cadre, des cibles ambitieuses ont été établies pour l'accès à l'eau et à l'assainissement, l'objectif étant d'arriver à l'accès universel d'ici 2020. Les pouvoirs publics sont pleinement conscients de l'importance qu'ont ces services comme moteurs du développement social et économique, de la lutte contre la pauvreté et pour la santé publique.

Depuis l'an 2000, le pourcentage de la population desservie en eau potable a augmenté de 10 % pour atteindre 72 %, tandis que celui de la population disposant de toilettes fonctionnelles a presque doublé pour atteindre 67 %²⁷.

Le Rwanda est actuellement en tête des pays africains pour ce qui est du rythme de réduction de la mortalité néonatale due aux infections : la mortalité néonatale due à la septicémie, à la méningite et au tétanos baisse de 6,8 % par an, et de 12 % par an pour la pneumonie²⁸. Au cours des 14 dernières années, la mortalité due à ces maladies est passée de 9,95 à 3,94 pour 1 000 naissances vivantes.

Ce qui doit être fait

L'accès à l'eau potable, des systèmes d'assainissement sûrs et de bonnes conditions d'hygiène sont un droit de l'homme. Ensemble, ils constituent des piliers essentiels pour être en bonne santé et leur absence a des conséquences particulièrement dévastatrices sur les enfants. Faute de données de recherche, il est difficile d'estimer le nombre de décès de nouveau-nés dus aux infections qui pourrait être évité en améliorant l'accès à l'eau et aux toilettes, et les conditions d'hygiène, dans les structures de santé. Mais le lien de cause à effet établi avec les mauvaises conditions et pratiques d'hygiène est suffisamment accepté pour justifier la mise en place de politiques publiques et de mesures visant à ce que les établissements de santé respectent des normes de base concernant l'eau potable, les toilettes et les conditions d'hygiène.

WaterAid œuvre pour l'accès partout et pour tous à l'eau, aux toilettes et à l'hygiène d'ici 2030. Pour concrétiser cet objectif à l'échelle mondiale, WaterAid considère que chaque structure de santé doit urgemment être équipée en eau potable et en toilettes, et que les systèmes de santé doivent être tenus de rendre compte par rapport au respect des normes établies.

Tous les acteurs concernés doivent travailler ensemble de sorte que les membres les plus vulnérables de la société ne voient pas leur espérance de vie réduite à quelques semaines à peine, juste parce qu'il n'y avait pas d'eau propre pour les laver ou de savon pour que ceux qui s'occupent d'eux se lavent les mains.

À chaque échelon des services de santé, des personnels soignants aux directeurs d'hôpitaux, aux ministres et responsables de la santé et aux organisations internationales de la santé, il doit y avoir une responsabilité individuelle et collective pour garantir des conditions d'hygiène adéquates dans les établissements de santé. Les efforts visant à prévenir et contrôler les infections doivent être placés au cœur de la fourniture de soins de qualité. WaterAid appelle les organisations qui travaillent sur les question de santé au niveau mondial ainsi que les ministères de la santé et les pays donateurs à prendre les mesures urgentes qui suivent :

1. Les autorités nationales doivent veiller à ce que les services d'approvisionnement en eau, d'hygiène et d'assainissement soient intégrés dans tous les plans visant à réduire la sous-nutrition, la malnutrition sévère, les maladies infantiles évitables et la mortalité néonatale, et/ou dans les plans de plus grande ampleur relatifs aux systèmes de santé qui incluent l'un ou l'ensemble de ces objectifs. Veiller à ce que les financements soient mis à disposition et utilisés en conséquence.
2. Les initiatives internationales et nationales portant sur la nutrition et la santé doivent inclure l'approvisionnement en eau, l'hygiène et l'assainissement dans les politiques élaborées, en s'assurant que celles-ci sont financées, évaluées et mises en œuvre.
3. Chaque structure de santé doit disposer d'un accès à l'eau courante propre, de toilettes adéquates pour les patients (séparées pour les hommes et les femmes, équipées de verrous et de lumière, accessibles aux enfants et aux personnes handicapées), et de lavabos en état avec du savon pour les personnels soignants et les patients dans toutes les salles de traitement et d'accouchement.
4. Aucune structure de santé nouvelle ne doit être construite sans accès à des services d'eau et d'assainissement adéquats et durables.
5. Les personnels soignants doivent s'engager à inclure la promotion et la pratique des bonnes règles d'hygiène dans leur formation professionnelle, dans leurs plans et dans leurs actions. Les personnels et les patients doivent être informés et responsabilisés par rapport au respect des bonnes règles d'hygiène.
6. Chaque structure de santé qui pratique des accouchements²⁹ doit s'assurer que les conditions d'hygiène de base sont respectées et que l'environnement est stérile en particulier dans les salles d'opération et d'accouchement, notamment par le lavage des mains avec du savon, le nettoyage et la désinfection répétés des lieux, et l'évacuation des déchets d'origine humaine ou médicale de façon hygiénique pour éviter tout contact humain.
7. Le suivi et l'évaluation des avancées vers la couverture maladie universelle doivent inclure des données sur la disponibilité des services d'eau, d'hygiène et d'assainissement au niveau des établissements de santé et des ménages pour orienter les stratégies et la planification.
8. L'atteinte de l'Objectif mondial n°6, l'accès à l'eau et à l'assainissement pour tous d'ici 2030, sera fondamentale pour mettre fin aux décès évitables des nouveau-nés et des enfants, et pour instaurer la couverture Santé universelle (incluse dans l'objectif n°3). Il est donc urgent que soit menée une action pluri sectorielle concertée pour avancer vers la concrétisation de ces objectifs et évaluer leur progression.

Témoignage

Esther Mongi est sage-femme au Mlali Health Centre, en Tanzanie.

« Avant, quand le centre n'avait pas accès à l'eau, on conseillait à la famille d'apporter trois jerrycans d'eau quand la femme venait accoucher. Le premier lui servait à se laver avant d'aller dans la salle d'accouchement. Le second servait à nettoyer la pièce après l'accouchement. Le troisième servait à nettoyer les habits que portait la femme pendant l'accouchement.

Les femmes enceintes [...] se plaignaient d'avoir à transporter de l'eau depuis leur maison jusqu'ici pour leur accouchement. Cela avait provoqué une baisse du nombre de naissances au centre médical. L'eau qu'apportait la famille pour l'accouchement était sale, insalubre.

On se sentait mal [...] et parfois démoralisés : comment peut-on travailler dans un établissement de santé où il n'y a pas assez d'eau ? »



WaterAid / Eliza Deacon

Références

- 1 http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_newborndhealth_illness/en/
- 2 Darmstadt G L, Bhutta Z A, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L, 'Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?', *Lancet* 2005;365 (9463) 977- 988
- 3 *Committing to Child Survival: a promise renewed*, Unicef http://files.unicef.org/publications/files/APR_2014_web_15Sept14.pdf
- 4 'Global, regional and national causes of child mortality in 2000-13 with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis', *Lancet* 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6)
- 5 ONU 2015 *Objectifs du Millénaire pour le développement : Rapport 2015* New York, 2015 http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf
- 6 UNICEF (2015), *A Promised Renewed* http://www.apromiserenewed.org/wp-content/uploads/2015/09/APR_2015_8_Sep_15.pdf
- 7 « Neonatal Mortality Levels for 193 Countries in 2009 with trends since 1990: A systematic analysis of progress, projections and priorities », Oestergaard MZ1, Inoue M, Yoshida S, Mahanani WR, Gore FM, Cousens S, Lawn JE, Mathers CD; Groupe Inter-agence pour l'Estimation de la Mortalité Infantile de l'ONU et Groupe de référence pour l'épidémiologie de la santé de l'enfant. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21918640>
- 8 http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_newborndhealth_illness/en/
- 9 'Global, regional and national causes of child mortality in 2000-13 with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis', *Lancet* 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6)
- 10 Période néonatale tardive : entre 7 et 28 jours <http://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1411/1411.4021.pdf>
- 11 'Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000–2013', Shefali Oza, a Joy E Lawn, a Daniel R Hogan, b Colin Mathersb & Simon N Cousensa <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/1/14-139790.pdf>
- 12 'Global, regional and national causes of child mortality in 2000-13 with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis', *Lancet* 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6)
- 13 'Global, regional and national causes of child mortality in 2000-13 with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis', *Lancet* 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6)
- 14 'Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000–2013', Shefali Oza, a Joy E Lawn, a Daniel R Hogan, b Colin Mathersb & Simon N Cousensa <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/1/14-139790.pdf>
- 15 'Global, regional and national causes of child mortality in 2000-13 with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis', *Lancet* 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6)
- 16 Nations unies, Département des affaires économiques et sociales: Total Fertility <http://esa.un.org/wpp/excel-data/fertility.htm>
- 17 UNICEF (2015), *A Promised Renewed* report http://www.apromiserenewed.org/wp-content/uploads/2015/09/APR_2015_8_Sep_15.pdf
- 18 *Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins*, John Adams, Jamie Bartram, Yves Chartier http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44041/1/9789242547238_fre.pdf
- 19 OMS (2015), *Water, sanitation and hygiene in health care facilities Status in low- and middle-income countries and way forward* http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/en/
- 20 *Making Health A Right for all: Universal Health Coverage and Water, Sanitation and Hygiene*, Action for Global Health/WaterAid, 2014
- 21 *Assessing hand hygiene resources and practices at a large African teaching hospital*, Owusu-Ofori A1, Jennings R, Burgess J, Prasad PA, Acheampong F, Coffin SE. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20569112>
- 22 Assessment of infection control practices in maternity units in Southern Nigeria, Friday O1, Edoja O, Osasu A, Chinenye N, Cyril M, Lovney K, Julia H. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23081908>
- 23 *Evaluation of a clean delivery kit intervention in preventing cord infection and puerperal sepsis in Mwanza, Tanzania* http://www.path.org/publications/files/TSMCHN_delivery_kit_eval_tanzania.pdf
- 24 *Maternal and Birth Attendant Hand Washing and Neonatal Mortality in Southern Nepal*, Victor Rhee, MHS; Luke C. Mullany, PhD; Subarna K. Khatri, MBBS; Joanne Katz, ScD; Steven C. LeClerq, MPH; Gary L. Darmstadt, MD; James M. Tielsch, PhD <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=379789#ref-poa80002-4>
- 25 *Every Newborn: An action plan to end preventable deaths*, Organisation mondiale de la santé et Unicef <http://www.everynewborn.org/Documents/Full-action-plan-EN.pdf>
- 26 <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0106738>
- 27 WashWatch (2016) Statistiques du Rwanda <http://www.washwatch.org/en/countries/rwanda/summary/statistics/>
- 28 'Global, regional and national causes of child mortality in 2000-13 with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis', *Lancet* 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6)
- 29 Défini comme toute structure de santé où une femme accouche



« Un départ sain » est l'axe de plaidoyer prioritaire de WaterAid pour les quatre années à venir (2015 à 2019) qui se focalisera sur l'objectif d'améliorer la santé et la nutrition des nouveau-nés et des enfants. Pour ce faire, nous plaiderons pour que l'accès à l'eau potable et aux sanitaires, et la promotion de l'hygiène, soient intégrés aux politiques de santé et à leur mise en œuvre, au plan local, national et international.

www.wateraid.org/healthystart

Mise à jour : janvier 2016

WaterAid
47-49 Durham Street
Londres
SE11 5JD
Royaume-Uni

Téléphone : + 44 (0)207 793 4500

Page de couverture : Ce n'est pas un seul bébé, mais leurs jumeaux que Peggy et Sylvester Mpundu ont perdu récemment, quatre jours après leur naissance, probablement à cause d'une infection. Village de Mwash, Lubwe, Zambie

Organisation à but non lucratif n° 288701 (Angleterre et Pays de Galles)
et SC039479 (Écosse)