

L'eau, l'assainissement et l'hygiène

Une base pour des systèmes de
santé solides et résilients

Rapport d'apprentissage
mondial
Mai 2022



WaterAid

● Januka Bhandari, l'une des participantes à la formation à la fabrication de savon liquide, se lave les mains au nouveau poste de lavage de mains, poste de santé de Bhumlutaar, Kavre, Népal. Septembre 2020.



Table des matières

Synthèse	4
Section 1 – Introduction 8	
1.1 Le défi	10
1.2. Systèmes de santé inclusifs	12
1.3. Approche systémique	14
Section 2 – Approches et enseignements 16	
2.1 Principes d'application du renforcement des systèmes dans la pratique	17
2.2 Quels sont les rôles des secteurs l'EAH et de la santé ?	18
Section 3 – Pleins feux sur la mise en œuvre localisée pour l'apprentissage, l'adaptation et la mise à l'échelle 20	
3.1 Développement d'une intervention localisée l'EAH dans les établissements de soins de santé	21
Section 4 – Études de cas par pays 24	
● Étude de cas au Bangladesh : Modélisation du programme l'EAH dans les cliniques communautaires	25
● Étude de cas au Cambodge : Un programme l'EAH sensible au genre et inclusif dans les établissements de soins de santé	28
● Étude de cas au Ghana : Traduire les innovations au niveau du district pour influencer la politique et l'action nationales	31
● Étude de cas en Inde : Une approche des systèmes de santé pour intégrer les services l'EAH dans les établissements de soins de santé	34
● Étude de cas au Malawi : Engagement communautaire – le cas du centre de santé de Chikweo	37
● Étude de cas au Mali : Partenariats et coordination pour des services l'EAH efficaces dans les établissements de soins de santé	40
● Étude de cas au Myanmar : Projet pour soutenir des naissances plus sûres au Myanmar	43
● Étude de cas au Népal : Le parcours du l'EAH dans l'approbation de la norme nationale dans les établissements de soins de santé	46
● Étude de cas en Tanzanie : Plusieurs approches pour augmenter le rôle de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans le domaine de la santé	49
● Étude de cas en Ouganda : Des preuves pour agir	52
● Étude de cas en Zambie : Le genre et l'inclusion sociale dans le secteur l'EAH dans les établissements de soins de santé	55
Section 5 : Conclusions 58	

Synthèse

L'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) dans les établissements de soins de santé sont essentiels pour fournir des soins de qualité et prévenir les décès évitables. Alors que le monde est confronté au changement climatique, aux épidémies et à la pandémie actuelle de COVID-19, la nécessité d'un système l'EAH résilient au climat, inclusif et durable n'a jamais été aussi importante.

Les services et les comportements en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de soins de santé doivent être résilients au changement climatique, répondre aux urgences de santé publique et s'adapter aux besoins divers et changeants de la population.

Le manque d'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène nuit depuis longtemps à la qualité et à la sécurité des services fournis dans les établissements de soins de santé et freine les progrès vers la couverture santé universelle (CSU). La pandémie de COVID-19 a relancé l'attention sur les systèmes de santé et les établissements de soins de santé, tout en mettant en évidence les lacunes et les inégalités au niveau mondial. Elle a souligné que les services et les comportements l'EAH dans les établissements de soins de santé sont une condition préalable à la prévention et au contrôle et prévention des Infections (IPC), à la sécurité des utilisateurs des services de santé et des travailleurs de la santé, et sont fondamentaux

pour des systèmes de santé forts et résilients, capables de fournir des soins de qualité en temps de crise. Nous devons nous attaquer de toute urgence à la crise l'EAH dans les établissements de soins de santé a in d'améliorer la qualité des services et des comportements en matière de santé, de renforcer la préparation aux pandémies et de créer des systèmes de santé résilients.

Lorsque le système l'EAH existe dans les établissements de soins de santé, il est souvent peu performant ou mal géré. La faible durabilité du système l'EAH est susceptible d'être aggravée par les impacts du changement climatique, dévastant les systèmes de santé, interrompant les services de routine et submergeant les établissements de soins de santé, y compris le système l'EAH. Le renforcement des systèmes nécessaires pour maintenir et restaurer le système l'EAH dans les établissements de soins de santé est impératif pour garantir que les services de première ligne puissent répondre, faire face, se rétablir et s'adapter aux grandes urgences de santé publique et aux stress liés au climat.

Ce rapport d'apprentissage est basé sur les leçons tirées de notre travail l'EAH dans les établissements de soins de santé, à travers les pays dans lesquels nous travaillons. Nous partageons des expériences pratiques de renforcement du système l'EAH dans les établissements de soins de santé et explorons des exemples de progrès réalisés au niveau du district et du pays. Nous espérons qu'en recueillant les enseignement tirés et en partageant les approches qui ont soutenu le succès, nous montrerons où l'investissement et l'action sont nécessaires afin de parvenir à un accès inclusif et durable à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans tous les établissements de soins de santé. Nous travaillons avec les ministères de la Santé et nos partenaires pour améliorer l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de soins de santé dans plus de vingt pays, dans certains cas depuis plus de dix ans.

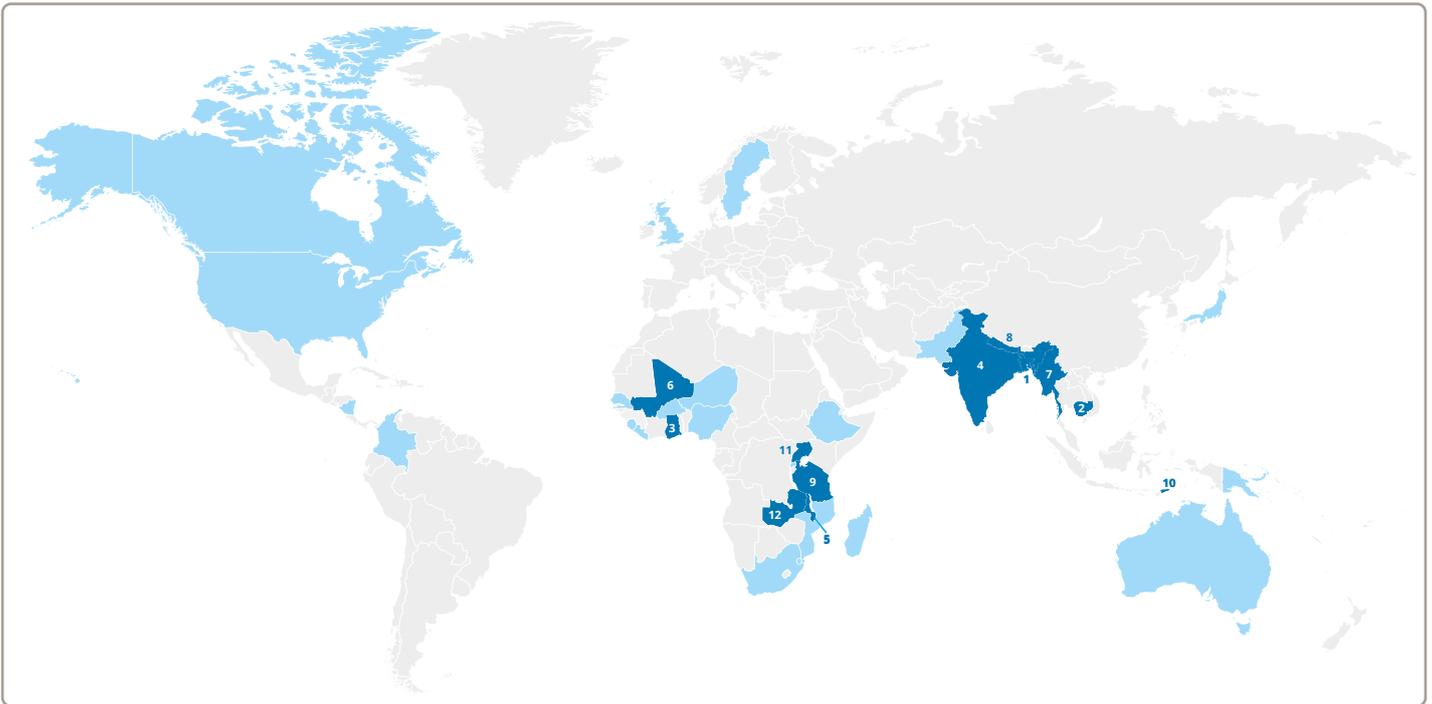
Nous nous appuyons également sur les enseignements et les recommandations de notre rapport de 2018, [**Transformer les systèmes de santé : le rôle vital de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène**](#). Depuis 2018, des progrès notables ont été réalisés ; [**les États membres de l'Assemblée mondiale de la santé \(AMS\) ont adopté la première résolution mondiale dédiée à l'EAH dans les établissements de soins de santé**](#); [**les premières estimations mondiales des coûts pour assurer un système l'EAH dans les établissements de soins de santé des pays**](#)



▼ Un groupe d'enfants se lavant les mains à l'aide d'un tuyau en bambou fait maison à partir d'une source d'eau dans le lit asséché d'une rivière. Liquica, Timor-Leste. Novembre 2019.



Initiatives I'EAH de WaterAid dans les établissements de soins de santé - Études de cas par pays



- | | | | |
|---------------|-----------|-------------|-----------------|
| 1. Bangladesh | 4. Inde | 7. Myanmar | 10. Timor-Leste |
| 2. Cambodge | 5. Malawi | 8. Népal | 11. Ouganda |
| 3. Ghana | 6. Mali | 9. Tanzanie | 12. Zambie |

Les pays en bleu foncé sont les études de cas présentées dans ce rapport. Les pays en bleu clair sont les membres de notre fédération, nos bureaux régionaux et nos programmes nationaux.

les moins avancés (PMA) d'ici 2030 ont été publiés; et d'importants marqueurs de progrès au niveau national ont été atteints.

tels que l'élan vers le développement de plans chiffrés pour les services I'EAH dans les établissements de soins de santé et l'adoption de normes nationales. Ce rapport d'apprentissage est l'occasion de partager nos apprentissages et de rendre compte de notre contribution aux progrès de la résolution I'EAH dans les établissements de soins de santé et des objectifs de développement durable 3 et 6 (ODD).

Dans ce rapport, le terme « I'EAH dans les établissements de soins de santé » fait référence à la fourniture de services et de comportements en matière d'eau, d'assainissement, d'hygiène, de nettoyage de l'environnement et de gestion des déchets dans les établissements de soins de santé à tous les niveaux du système de santé avec, au minimum, les indicateurs définis par le JMP pour des services I'EAH dans les établissements de soins de santé.

Ce rapport d'apprentissage partage la théorie du changement de WaterAid, basée sur notre expérience de travail avec les gouvernements et les partenaires pour améliorer le secteur I'EAH dans les établissements de soins de santé. Il explore notre approche du renforcement

des systèmes et la manière dont elle a permis d'améliorer durablement le secteur I'EAH dans les établissements de soins de santé. Nous avons rassemblé des études de cas pour démontrer comment nous avons renforcé les aspects techniques, politiques et financiers du programme I'EAH dans les établissements de soins de santé, en partenariat avec les gouvernements et les partenaires nationaux et mondiaux. Nous avons établi des liens entre les praticiens I'EAH et IPC et avons travaillé avec des partenaires pour combler les lacunes dans les stratégies chiffrées de I'EAH dans les établissements de soins de santé.

Par-dessus tout, nous avons défendu la responsabilité et l'inclusion dans le secteur I'EAH dans les établissements de soins de santé, en renforçant la réactivité des prestataires de services et des autorités, les mécanismes de responsabilité au niveau national et communautaire et en développant des approches d'égalité des sexes et d'inclusion sociale pour garantir que le secteur I'EAH soit accessible à tous, dans chaque établissement de santé.

Ce rapport s'adresse aux praticiens du programme I'EAH dans les établissements de soins de santé, aux gouvernements, aux bailleurs de fonds et aux décideurs du secteur I'EAH et de la santé. Il ne s'agit pas d'une évaluation ou d'une analyse exhaustive de tous les programmes I'EAH dans les établissements de soins de santé de WaterAid.

Recommandations



Les gouvernements, en partenariat avec la société civile et les partenaires du développement, devraient :

- Intégrer le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé en tant que composante essentielle des politiques de santé et d'IPC, pour la santé maternelle, infantile et néonatale, la résistance aux antimicrobiens (AMR en anglais), la sécurité sanitaire, les programmes de préparation et de réponse aux pandémies et dans les stratégies visant à atteindre la couverture universelle des besoins.
- Encourager le travail intersectoriel et renforcer la coordination nationale et infranationale entre les ministères responsables de la santé, des finances et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène afin de garantir un financement adéquat pour soutenir la fourniture durable et inclusive de tous les aspects de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans le système de santé. Suivre les progrès réalisés par rapport aux normes nationales en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de soins de santé dans le cadre des systèmes de suivi de routine et des mécanismes de responsabilisation dirigés par les citoyens.
- Développer, financer et mettre en œuvre des stratégies nationales chiffrées pour le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé. Investir dans le secteur l'EAH au sein des établissements de soins de santé dans le cadre d'investissements plus larges dans les systèmes de santé et la préparation aux pandémies, avec un financement national et des bailleurs de fonds à long terme.
- Soutenir les communautés pour qu'elles demandent aux garants des droits de la santé et du secteur l'EAH de rendre des comptes sur les progrès réalisés en matière de l'EAH dans les établissements de soins de santé. Cela inclut un engagement de temps et de ressources (humaines et financières) pour élargir l'accès à l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé et améliorer les niveaux de services l'EAH, afin que les demandes des communautés et des travailleurs de première ligne pour des soins sûrs, dignes et de qualité soient satisfaites, et leur permettre de faire face aux chocs efficacement, en particulier pendant les crises telles que la pandémie de COVID-19.



WaterAid/Francis Chipanda



WaterAid/Ko Ko Htay

▲ En haut : Marriam Kadangwa remplissant un seau d'eau à partir d'un robinet installé dans le cadre du projet Deliver Life to Mothers, Girls and Children (dans la région sud du Malawi) qui est financé par le Fonds de développement international du gouvernement écossais. Centre de santé de Chikweo, Malawi. Décembre 2021.

En bas : Lavage des mains avec de l'eau et du savon à l'hôpital de Hinthada, dans la commune de Hinthada, au Myanmar. Mars 2020.

Principaux enseignements

Les progrès nationaux en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de soins de santé nécessitent une collaboration et une action multisectorielles. Cela inclut les parties prenantes gouvernementales, le secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, les bailleurs de fonds ainsi que les praticiens de la santé, les ONG et la société civile. D'après notre expérience, nous pensons que les actions et approches suivantes contribuent au succès (pour plus de détails, voir la [Section 5](#)) :

1. Cartographier et comprendre les obstacles systémiques et les possibilités de faire progresser le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé pour s'assurer que les interventions sont pertinentes et ont un impact.
2. Les partenaires doivent s'engager et soutenir le gouvernement à plusieurs niveaux pour la prise de décision et l'action afin d'assurer une appropriation continue des améliorations.
3. Explorer et définir des objectifs communs aux secteurs l'EAH, de la santé et autres.
4. Soutenir les mécanismes et les processus de développement des capacités pour le personnel de santé et l'EAH ainsi que le personnel gouvernemental.
5. Générer et utiliser des preuves spécifiques au pays et au contexte sur le statut des niveaux de service et des comportements l'EAH dans les établissements de soins de santé.
6. Soutenir la conception, sur la base de données factuelles, de services, de comportements et de modèles de fourniture et de gestion l'EAH durables et résilients au climat dans les établissements de soins de santé.
7. Assurer une coordination multisectorielle entre les parties prenantes des secteurs de la santé et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, entre les gouvernements, les ministères et les autres parties prenantes.
8. Travailler avec les communautés pour soutenir et renforcer les mécanismes efficaces de retour d'information et de responsabilité.
9. Adopter une approche centrée sur les personnes pour le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé et s'attaquer aux obstacles à l'utilisation des services de santé afin de maintenir une approche centrée sur les personnes.
10. Soutenir tous les efforts en mettant l'accent sur des approches équitables, socialement inclusives et sensibles au genre.
11. Les ONG, la société civile et les partenaires des secteurs de la santé et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène doivent plaider aux niveaux local, sous-national et national du gouvernement pour que la priorité, le financement, la fourniture et la maintenance des services l'EAH soient assurés dans tous les établissements de soins de santé.
12. Organiser des examens réguliers des progrès des efforts de renforcement des systèmes de santé.

La structure de ce rapport

- Section 1** Présente notre travail sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) dans les établissements de soins de santé, souligne les défis, décrit l'EAH et les systèmes de santé et expose notre théorie du changement.
- Section 2** Décrit les approches utilisées pour analyser et diriger l'action pour renforcer les systèmes qui sont nécessaires pour un l'EAH durable et équitable dans les établissements de soins de santé.
- Section 3** Explore notre mise en œuvre localisée pour l'apprentissage, l'adaptation et la mise à l'échelle.
- Section 4** Présente des études de cas pour partager nos expériences de renforcement des systèmes de santé pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé de 11 pays, y compris les preuves de changement et les enseignement tirés.
- Section 5** Consolide nos leçons et formule des recommandations à l'intention des parties prenantes du secteur l'EAH et de la santé afin de soutenir le renforcement des systèmes et d'étendre de toute urgence l'accès à un système l'EAH durable dans les établissements de soins de santé.

Introduction



● Prestataire de soins de santé communautaire (CHCP) Nahida Aktar donne des comprimés de fer à Homaira, après avoir vérifié sa tension artérielle à la clinique communautaire Saharbaty, Gangni, Meherpur, Bangladesh. Octobre 2019.

Les systèmes de santé du monde entier s'efforcent de fournir des services de qualité, équitables, réactifs et résilients face à l'évolution des besoins sanitaires. Pourtant, la réalité des contraintes qui pèsent sur les systèmes de santé inhibe leur capacité à répondre ou à s'adapter à ces besoins. L'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) dans les établissements de soins de santé, qui repose sur cinq piliers : l'eau, l'assainissement, l'hygiène, le nettoyage de l'environnement et la gestion des déchets médicaux, est un élément essentiel des systèmes de santé. Pour accélérer les progrès en matière de santé et réduire les inégalités dans ce domaine, les systèmes de santé doivent être adaptés aux besoins, centrés sur les personnes, fondés sur des données probantes et résistants au changement climatique, aux urgences et aux épidémies.

Des établissements de soins de santé propres, sûrs et bien équipés sont essentiels à la réalisation de plusieurs Objectifs de développement durable (ODD) : l'ODD 3 visant la bonne santé et le bien-être et l'ODD 6, qui se concentre sur l'eau potable et l'assainissement pour tous.

Pour atteindre les ODD et les objectifs en matière d'eau, d'assainissement et de santé, chaque secteur doit continuer à reconnaître la relation entre l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, le changement de comportement, la prévention des infections et la santé, et renforcer la collaboration intersectorielle et les systèmes de santé en vue d'une couverture sanitaire universelle (CSU) pour un monde

plus juste et plus équitable. L'accès à l'eau et à l'assainissement est inextricablement lié à la santé, à l'égalité et à la dignité humaine. Il s'agit d'incitations et de mandats clairs pour que les secteurs l'EAH et de la santé travaillent ensemble. Le secteur l'EAH ne peut atteindre son objectif d'accès universel et durable sans travailler avec le secteur de la santé et les parties prenantes du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé.¹ De même, le secteur de la santé doit travailler avec le secteur l'EAH, les professionnels et les organisations afin de fournir des soins de santé sûrs, équitables et de qualité.

Les secteurs de la santé et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène ont tous deux pour objectif commun d'atteindre et de maintenir des populations saines et exemptes de maladies. Dans le contexte du secteur l'EAH dans les établissements de soins de santé, il existe un objectif ultime commun d'amélioration de la santé, de la qualité des soins et de l'équité. Cela nécessite des systèmes de santé solides qui fournissent des soins de santé équitables, accessibles et de qualité, y compris des services l'EAH inclusifs et durables.

▼ Des patients au centre de santé de Kassena-Nankana, au Ghana. Octobre 2018.



WaterAid/Guilhem Alandry



WaterAid/Apagnawen Amankra

1. Les parties prenantes du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé comprennent les ministères, les départements, les agences, les organisations non gouvernementales (ONG)/les organisations de la société civile (OSC) et les bailleurs de fonds qui mettent en œuvre ou financent le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé.

1.1 Le défi

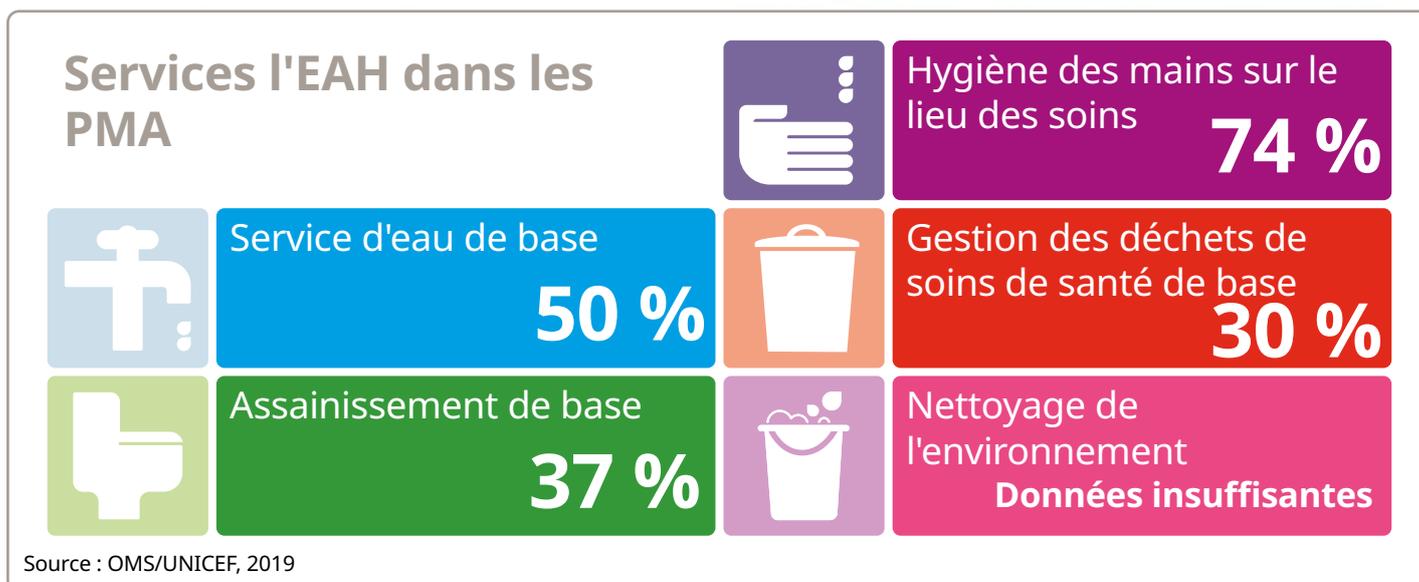
Le programme l'EAH dans le HCF sous-tend la fourniture de soins de santé, de services l'EAH et de comportements sûrs, équitables et de qualité et est essentiel pour réduire les infections, lutter contre la résistance aux antimicrobiens (RAM) et sauver des vies. Le terme « l'EAH dans les établissements de soins de santé » fait référence à la fourniture de services d'eau, d'assainissement, d'hygiène, de soins de santé, de nettoyage de l'environnement et de gestion des déchets médicaux (y compris les infrastructures et les comportements) dans les établissements de soins de santé à tous les niveaux du système de santé.² Chacun de ces aspects est nécessaire dans un établissement de soins de santé mais ils sont également interdépendants des changements qui touchent des domaines plus larges du système de santé. Ces aspects ne peuvent être améliorés ou maintenus sans une action de renforcement du système à tous les niveaux.

Malgré le rôle essentiel des services l'EAH dans la prestation de soins de santé de qualité et la facilitation de la prévention et du contrôle des infections (IPC (Figure 2, de nombreux établissements de soins de santé dans le monde ne disposent pas de ces services de base. Les estimations mondiales les plus récentes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'UNICEF indiquent des lacunes importantes dans la couverture, en particulier dans les 47 pays les moins avancés (PMA (Figure 1.³ En outre,

un grave manque de données masque toute l'étendue du problème, notamment en ce qui concerne l'assainissement, les déchets médicaux et le nettoyage de l'environnement.³ Ces lacunes sont susceptibles d'être encore plus importantes lorsque l'on considère des niveaux de service plus élevés, tels que la gestion sûre des déchets écaux et la qualité de l'eau, qui sont difficiles à estimer à l'échelle mondiale en raison des difficultés liées au manque de données.

L'élan sur cette question se développe depuis de nombreuses années, en partie sous l'impulsion du premier rapport mondial sur le statut du système l'EAH dans les établissements de soins de santé, produit par l'OMS et l'UNICEF en 2015, qui a révélé une situation alarmante. Depuis, de nouveaux partenariats et initiatives, notamment un certain nombre de gouvernements qui défendent la question, un appel mondial à l'action lancé par le Secrétaire général de l'ONU en 2018, le tout premier groupe de travail mondial l'EAH dans les établissements de soins de santé et le [lancement d'un « Groupe d'amis » de l'ONU en faveur du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé](#), n'ont cessé d'accroître l'attention et l'intérêt. En 2019, les gouvernements du monde entier ont approuvé à l'unanimité une nouvelle résolution de l'AMS⁴ sur la question, qui définit les domaines d'action prioritaires pour les gouvernements, les partenaires et l'OMS.

Figure 1 : Statut de l'EAH dans les établissements de soins de santé dans les pays les moins avancés (2019)



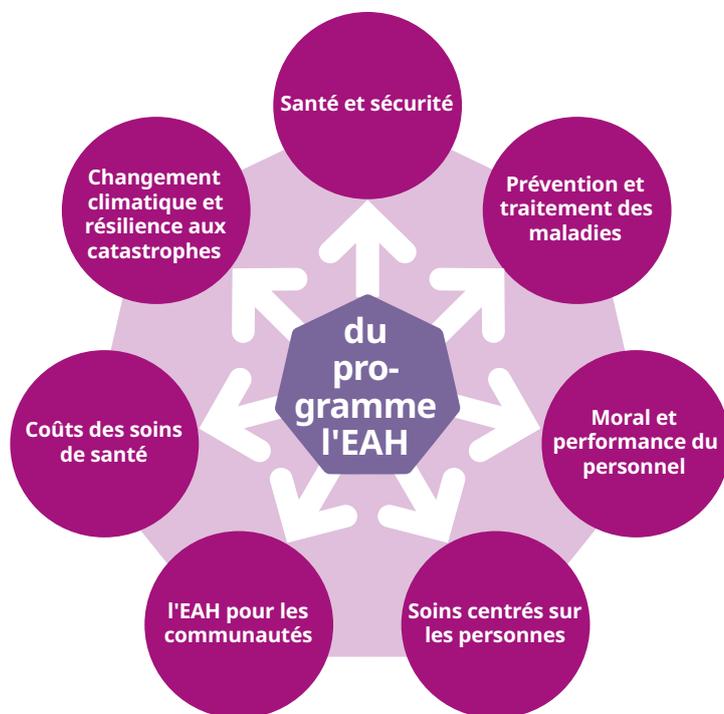
2. OMS (2018). *Questions et indicateurs de base pour le suivi du programme l'EAH dans les établissements de santé dans le cadre des Objectifs de développement durable*. Disponible sur : who.int/publications/i/item/9789241514545 (consulté le 11 avril 2022).

3. OMS/UNICEF (2021). *Rapport mondial sur la progression du programme l'EAH dans les établissements de santé : premiers éléments fondamentaux*. Disponible sur : who.int/publications/i/item/9789240017542 (consulté le 6 avril 2022).

4. Soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé (2019). *Eau, assainissement et hygiène dans les établissements de soins de santé*. Disponible sur : apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R7-en.pdf (consulté le 7 mars 2022).

Figure 2. Les multiples avantages d'un système l'EAH durable et sûr dans les établissements de soins de santé (OMS/UNICEF)

Les multiples avantages d'un système l'EAH durable et sûr dans les établissements de soins de santé



Santé et sécurité

- Réduction des infections dues aux soins de santé
- Réduction de l'AMR
- Amélioration de la santé et de la sécurité au travail

Prévention et traitement des maladies

- Prévention et contrôle des épidémies (par exemple, choléra, Ebola)
- Prévention et contrôle des maladies diarrhéiques

Moral et performance du personnel

- Amélioration de la satisfaction et de la capacité à fournir des soins sûrs

Soins centrés sur les personnes

- Augmentation de l'utilisation des services, par exemple les accouchements en établissement, vaccinations

l'EAH pour les communautés

- Le personnel de santé donne l'exemple d'un bon comportement ; amélioration des pratiques d'hygiène à la maison

Coûts des soins de santé

- Des services plus efficaces
- Maladies/décès évités

Changement climatique et résilience aux catastrophes

- Des installations mieux préparées pour continuer à fournir des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène en cas de catastrophe ou d'événements liés au climat

Source : mise à jour du plan d'action mondial pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) dans les établissements de soins de santé.

Après l'adoption de la résolution, l'OMS et l'UNICEF ont publié un rapport décrivant huit étapes pratiques (Figure 3 pour atteindre et maintenir l'accès universel à des soins de qualité en améliorant le système l'EAH dans les établissements de soins de santé.⁵ Ces étapes offrent une feuille de route aux pays pour identifier les lacunes, fixer des priorités et des objectifs, établir des normes et améliorer et maintenir les infrastructures. Ces étapes ont été développées à partir de l'expérience et de l'apprentissage dans plus de 50 pays et sont reflétées dans la résolution, fournissant un cadre utile **et un outil de responsabilisation** pour aider les pays à suivre les progrès⁶ vers les objectifs mondiaux en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les

établissements de soins de santé. La pandémie de COVID-19 a suscité un regain d'intérêt pour les systèmes de santé et les établissements de soins de santé, tout en mettant en évidence les lacunes et les inégalités au niveau mondial. Elle a souligné que les services l'EAH et les comportements dans les établissements de soins de santé sont fondamentaux pour des systèmes de santé forts et résilients, capables de fournir des services de santé de qualité en temps de crise.



5. OMS (2019). *l'EAH dans les établissements de santé : Mesures pratiques pour réaliser l'accès universel à des soins de qualité*. Disponible sur : who.int/publications/item/9789241515511 (consulté le 8 mars 2022).

6. OMS/UNICEF (2022). *l'EAH dans les établissements de soins de santé : Suivi des progrès*. Disponible sur : [l'EAHinhc.org/country-progress-tracker/#country-progress-tracker](https://eahinhc.org/country-progress-tracker/#country-progress-tracker) (consulté le 8 mars 2022).

Figure 3. Huit étapes pratiques pour améliorer le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé

Les huit étapes pratiques de l'OMS



1.2 Systèmes de santé inclusifs

Le fardeau de la mauvaise qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de soins de santé pèse de manière disproportionnée sur les femmes et les groupes marginalisés. Les femmes représentent les principaux utilisateurs des services de santé et sont souvent les principaux soignants des membres de leur famille. Les femmes représentent également près de 70 % des travailleurs sociaux et de santé dans le monde et près de 90 % du personnel infirmier et des sages-femmes.⁷ Jusqu'à un million de mères et de nouveau-nés meurent chaque année d'infections évitables liées à des conditions d'hygiène insuffisantes lors de leur accouchement. L'insuffisance des infrastructures l'EAH et les mauvaises pratiques d'hygiène dans les établissements de soins de santé empêchent également les femmes de rechercher des soins.⁷

Les services l'EAH qui ne tiennent pas compte des besoins des femmes et des groupes marginalisés les exposent à des risques d'infections et de blessures associées aux soins, ce qui compromet leur dignité lors de l'utilisation des services et réduit leur recours aux soins. Cela est particulièrement vrai pour les personnes souffrant de problèmes de santé sous-jacents ou d'une faible immunité due à l'âge ou au handicap. L'amélioration des conditions l'EAH peut contribuer à établir la confiance dans les services de santé et à améliorer le comportement de recherche de soins de santé, en incitant par exemple les femmes enceintes à rechercher des soins prénataux et des accouchements en établissement.⁸

▼ Tet descendant la rampe des toilettes confortables nouvellement installées au centre de santé de Thlork Vien, village de Chhouk, Cambodge. Juillet 2020.



- Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J (2019). *L'équité entre les sexes dans le personnel de santé : analyse de 104 pays. Document de travail sur le personnel de santé 1*. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible sur : apps.who.int/iris/handle/10665/311314 (consulté le 7 mars 2022).
- Bouزيد M, Cumming O, PR Hunter (2018). Quel est l'impact de l'assainissement de l'eau et de l'hygiène dans les établissements de santé en ce qui concerne le comportement de recherche de soins et la satisfaction des patients ? Une revue systématique des preuves provenant des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. *BMJ Global Health*. vol 3 : e000648. Disponible sur : [10.1136/bmjgh-2017-000648](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000648) (consulté le 23 mars 2022).

La campagne **Ce que veulent les femmes** menée par White Ribbon Alliance a interrogé plus d'un million de femmes réparties dans 114 pays sur leurs exigences en matière de soins de santé reproductive et maternelle de qualité. Ils ont constaté qu'après des soins respectueux et dignes, les femmes veulent avant tout des soins propres et un accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de soins de santé.

Les besoins en matière de services EAH de certains groupes, tels que les personnes en situation de handicap, les personnes âgées et les enfants, sont souvent relégués au second plan. Ils peuvent être confrontés à des barrières environnementales, institutionnelles et sociales

supplémentaires lors de l'accès aux services EAH dans les établissements de soins de santé, ce qui peut ensuite inhiber leurs comportements de recherche de soins. Notre apprentissage a montré que nous devons également nous concentrer sur la santé, le bien-être, l'autonomisation et la sécurité de ceux qui jouent un rôle clé dans le respect des normes EAH dans les établissements de soins de santé, par exemple ceux qui nettoient les établissements de santé, gèrent et manipulent les déchets médicaux et les travailleurs de l'assainissement (voir ► [les études de cas relatives au Myanmar et au Cambodge](#)).

Ces investissements peuvent prévenir la stigmatisation et la discrimination, en veillant à ce



▲ Juvita (à droite) se lave les mains à l'aide d'un tuyau de bambou artisanal provenant d'une source d'eau dans le lit asséché d'une rivière. Village de Vatuvou, zone post-administrative de Maubara, Liquica, Timor-Leste. Novembre 2019.

Lutte des groupes de femmes pour l'eau, l'assainissement et la santé en milieu rural, Timor-Leste

La réputation et la reconnaissance de Grupu Feto Foin sae Timor-Leste (GFFTL en tant que groupe de femmes de premier plan au Timor-Leste) était une correspondance stratégique pour WaterAid. L'expertise de GFFTL a renforcé la capacité de WaterAid à s'engager avec les communautés sur des questions complexes et sensibles au genre dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, ce qui a conduit à une prise de conscience accrue des avantages de la remise en question des rôles et des relations entre les sexes et de l'augmentation de l'égalité des sexes.

WaterAid et GFFTL ont organisé des ateliers sur l'égalité des sexes, en utilisant un **manuel sur l'EAH et le genre**, dans les communautés où les projets EAH étaient mis en œuvre. Ces ateliers ont permis d'améliorer la compréhension et les connaissances des communautés sur l'importance de l'inclusion du genre dans le programme EAH.

WaterAid et GFFTL ont identifié les expériences des femmes rurales en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène comme leur priorité de plaidoyer auprès des municipalités et des gouvernements nationaux. Une approche clé de leur plaidoyer a été de mettre en lumière le défi auquel les femmes rurales sont confrontées pour accéder aux services de santé en raison du manque de services EAH dans les établissements de soins de santé et de promouvoir le leadership des femmes pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé. Le GFFTL a abordé ces questions avec les parties prenantes, notamment lors du congrès national des femmes, avec des représentants du gouvernement et lors d'une réunion avec le Secrétaire d'État pour l'égalité et l'inclusion et le Caucus des femmes au Parlement national.

Après les réunions et les discussions, GFFTL a constaté que les obstacles à l'accès des femmes aux établissements de soins de santé, y compris à l'eau, l'assainissement et l'hygiène, étaient à l'ordre du jour des débats du parlement national et des préparations budgétaires de l'État et du parlement.



▲ Jose, Agustinha et Agustinha vivent dans une communauté où les longs trajets pour aller chercher de l'eau font partie de la vie quotidienne. Au Timor-Leste, les ateliers communautaires sur l'égalité des sexes ont permis d'améliorer la compréhension et la connaissance de l'importance d'un programme EAH inclusif, ce qui a permis de changer le discours et de concentrer le plaidoyer sur les expériences des femmes en matière d'accès à l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

► Réservoirs d'eau installés dans le cadre du projet Deliver Life to Mothers, Girls and Children (dans la région sud du Malawi) qui est financé par le Fonds de développement international du gouvernement écossais. Centre de santé de Chikweo, Machinga, Malawi. Décembre 2021.



que personne ne soit laissé pour compte. Les communautés et ceux qui travaillent en première ligne sont au cœur de la conception et des actions visant à améliorer le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé. L'égalité des sexes et l'inclusion sociale doivent être intégrées dans les processus de prise de décision, de budgétisation et de planification du gouvernement et des partenaires du développement afin de répondre aux besoins spécifiques des femmes et des personnes marginalisées en matière d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de soins de santé.

Soins centrés sur les personnes

Les systèmes de santé ne sont pas des entités abstraites, ils existent par et pour les personnes. Les services de santé centrés sur les personnes placent les individus et les communautés au cœur de tout ce qu'ils ont afin de fournir des services réactifs coordonnés, aussi bien au sein du secteur de la santé qu'au-delà. Une telle approche des soins de santé peut contribuer à améliorer l'accès aux soins, les résultats sanitaires, l'appropriation des décisions en matière de santé, la responsabilité de services durables, la satisfaction professionnelle ainsi que l'efficacité et le coût des services. Les soins centrés sur les personnes garantissent également des services disponibles là où les gens en ont besoin ; ils renforcent les liens entre les personnes et les services de santé afin de répondre à leurs besoins individuels et à ceux des communautés dans lesquelles ils vivent.

Il est essentiel de respecter et de responsabiliser les personnes au sein des systèmes de santé, celles qui y travaillent, qui prennent des décisions qui influencent la nature et la qualité des services fournis et celles qui dépendent de ces services pour leur santé et leur bien-être. L'absence de liens entre les utilisateurs, les prestataires de services et les décideurs peut nuire à l'efficacité du processus de prise de décisions. En définitive, cela peut entraver la capacité du système à garantir que les établissements de soins de santé disposent de services et de comportements durables et sûrs en matière d'EAH pour répondre aux divers besoins du personnel, des patients et de leurs soignants.

1.3. Approche systémique

Il ne sera pas possible de progresser pour améliorer et pérenniser le système l'EAH dans les établissements de soins de santé sans considérer le système de santé dans son ensemble. Pour ce faire, les systèmes de santé et l'EAH sont généralement décomposés en composantes ou « éléments constitutifs » plus faciles à gérer (Figure 4. Le « système » lui-même est composé de l'ensemble des acteurs (personnes et institutions), des facteurs (socioculturels, économiques, politiques, environnementaux, technologiques) et des interactions entre eux qui influencent la réalisation d'un système l'EAH durable et sûr dans les établissements de soins de santé.

Bien que de nombreux acteurs de la santé ne soient pas familiers avec les éléments constitutifs du système l'EAH et vice versa pour les acteurs l'EAH et les éléments constitutifs du système de santé, les deux ensembles sont largement complémentaires et les deux secteurs reconnaissent l'importance de suivre une approche systémique.

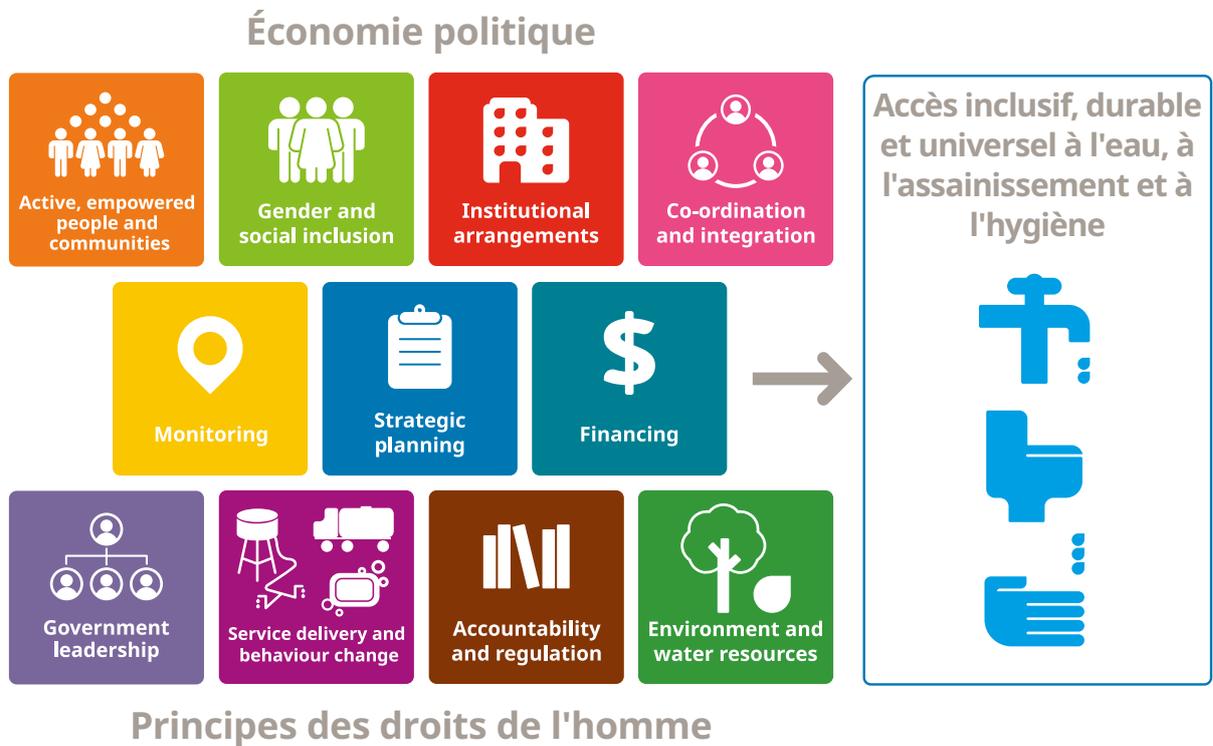
Pour renforcer le système l'EAH dans les établissements de soins de santé, les composantes du système l'EAH doivent être adoptées et intégrées dans les éléments constitutifs du système de santé, qui comprennent le leadership/gouvernance, le financement, l'accès aux médicaments essentiels, le personnel de santé, les systèmes d'information sanitaire et la prestation de services. Alors que les éléments constitutifs aident à comprendre et à renforcer les systèmes l'EAH et de santé, des efforts doivent être faits pour comprendre les acteurs au sein du système et comment chaque élément constitutif interagit avec, et influence la fonction d'un autre.

Les obstacles à l'accès inclusif et durable à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de soins de santé existent à de multiples niveaux, d'où la nécessité de renforcer les systèmes au niveau des districts, des sous-nations et du pays afin d'amorcer et de maintenir le changement au niveau des établissements de soins de santé.

Figure 4. Composants interactifs d'un système (l'EAH et santé)

Composants interactifs d'un système

Système l'EAH



Système de santé

Éléments constitutifs du système

- Prestation de services
- Personnel de santé
- Systèmes d'information sur la santé
- Accès aux médicaments essentiels
- Financement
- Leadership/Gouvernance

Couverture d'accès



Sécurité de la qualité

Objectifs/résultats généraux

- Amélioration de la santé (niveau et équité)
- Réactivité
- Protection contre les risques sociaux et financiers
- Amélioration de l'efficacité

Les six éléments constitutifs d'un système de santé : objectifs et caractéristiques souhaitables

2

Approches et enseignements

● Tigelana Fidah, infirmière principale, se lave les mains à un évier installé sur le nouveau bloc sanitaire de la maternité, Centre de santé Ndejje IV, municipalité de Makindye Ssabagabo, Ouganda. Mai 2020.



2.1 Principes d'application du renforcement des systèmes dans la pratique

Nous comprenons que les progrès en matière de fourniture de services EAH dans les établissements de soins de santé nécessitent de considérer le système dans son ensemble, comme décrit dans la section 1.

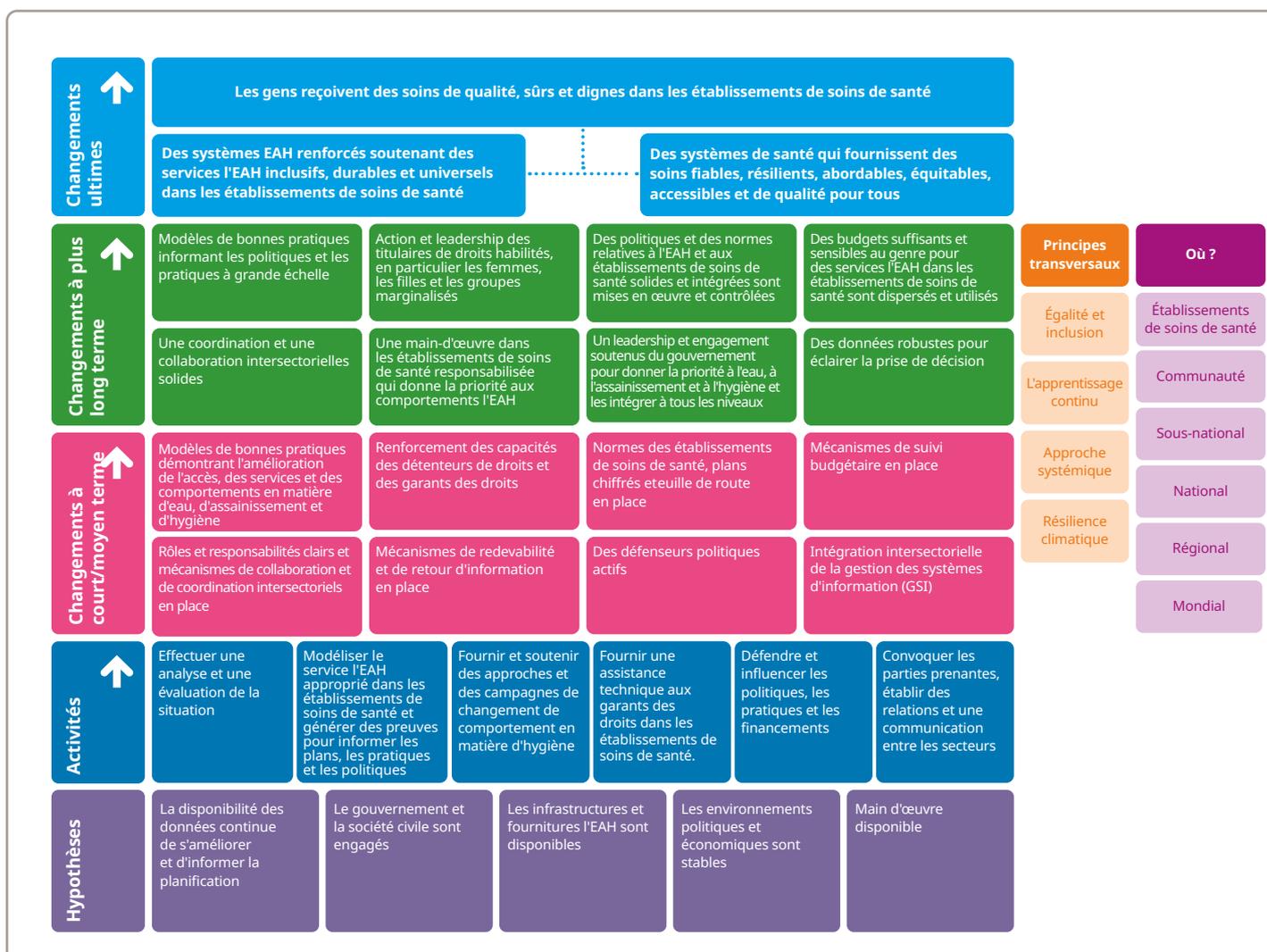
Notre travail, aux côtés de nos partenaires, sur le thème de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de soins de santé, a orienté notre réflexion sur les voies et les approches efficaces du changement et nous continuons à apprendre et à faire évoluer notre compréhension de ce sujet dans différents contextes. Sur la base de ce que

nous avons appris jusqu'à présent, pour voir et soutenir le changement des services de première ligne, nous devons travailler à travers l'ensemble du système, conformément à notre théorie du changement (Figure 5).

Notre théorie du changement incorpore les « éléments constitutifs » du système et les huit étapes pratiques de l'OMS pour définir comment nous pensons que le changement se produit pour l'EAH dans les établissements de soins de santé. Nous **analysons les barrières existantes du système**⁹ dans chaque contexte et cherchons à comprendre les voies et les possibilités d'améliorer et de maintenir les services EAH dans les établissements de soins de santé.

Nous travaillons avec nos partenaires pour engager les parties prenantes concernées et les aider à déterminer les voies et opportunités qui peuvent catalyser le changement dans d'autres parties du système.

Figure 5. Théorie du changement



9 L'OMS/UNICEF propose également une ressource pour comprendre les obstacles à la qualité des soins. Disponible sur : who.int/publications/item/9789240022577. Nous disposons également d'outils utiles pour aider à comprendre et à surmonter les obstacles à l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène : [Boîte à outils pour l'analyse de l'économie politique](#), [Boîte à outils simple pour l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de santé au Cambodge](#), [Comprendre et prendre en compte l'égalité, la non-discrimination et l'inclusion dans les activités liées à l'eau, l'assainissement et l'hygiène \(EAH\)](#) et notre cadre de travail sur l'hygiène.

Le renforcement du système d'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de soins de santé implique de travailler à plusieurs niveaux et d'utiliser une série de tactiques.

Il s'agit notamment de :

- l'analyse, la recherche et l'apprentissage ;
- la mise en œuvre localisée des services l'EAH et le changement de comportement pour un changement à grande échelle (voir section 3) ;
- le calcul des coûts et le soutien technique ;
- le soutien au développement des capacités ;
- le plaidoyer et l'influence.

2.2 Quels sont les rôles du secteur de la santé et du secteur l'EAH ?

Les ministères de la santé ont le devoir ultime de fournir des soins sûrs, équitables et de qualité, mais cela ne peut être réalisé sans l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Alors que les ministères de la Santé sont les gardiens du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé, la responsabilité de s'attaquer aux obstacles à la réalisation du programme l'EAH ne relève souvent pas de leur mandat direct. Pour progresser, toutes les parties prenantes concernées devront développer une vision commune du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé. Ils devront identifier les obstacles qui catalyseraient les changements dans d'autres parties du système et les initiatives déjà en place pour y remédier afin d'éviter la duplication des efforts.

Pour que le renforcement du système soit efficace, il doit être multisectoriel, conscient de la complexité et avec une appropriation et une responsabilité claires des actions.

Les ministères de la Santé sont chargés de s'engager avec les acteurs du secteur l'EAH pour tirer parti de l'expertise, de la main-d'œuvre et des systèmes l'EAH. Il est du devoir du ministère de la Santé de développer des normes nationales, des politiques, des procédures d'exploitation normalisée (SOP), l'accréditation, des mécanismes de redevabilité, le suivi, l'estimation des ressources et du financement, de fixer des objectifs et des feuilles de route nationales et de coordonner les partenaires afin que tout le monde travaille vers un objectif commun en utilisant les mêmes outils et indicateurs.

Les acteurs du secteur l'EAH qui cherchent à améliorer l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé doivent prendre en compte les éléments nécessaires au renforcement des systèmes l'EAH et de santé et soutenir les mécanismes de coordination, avec une division claire des responsabilités et des perspectives et une expertise technique supplémentaires en matière de l'EAH.

L'expertise et la perspective l'EAH vont au-delà de la conception et de la construction ou de la réhabilitation d'infrastructures. Elles touchent à des questions telles que le changement de comportement, la capacité des travailleurs de la santé, la qualité de l'eau, l'exploitation et la maintenance (O&M) des services l'EAH, l'intégration des services l'EAH et de la prévention des infections (IPC), le genre et l'inclusion sociale et l'inclusion des services l'EAH dans les systèmes de suivi et d'information sur la santé.



► Le Dr Smita Singh (deuxième à partir de la droite) traite ses patients dans un centre de santé communautaire. Par précaution, elle apporte une bouteille d'eau qu'elle a ramenée de chez elle. Uttar Pradesh, Inde. Juin 2021.





● Ritik Chavariya s'occupe de la collecte des déchets médicaux au centre de santé communautaire du district de Sehor, Madhya Pradesh, Inde. Septembre 2018 .

3 Pleins feux sur la mise en œuvre localisée pour l'apprentissage, l'adaptation et la mise à l'échelle

● Sokha se lave les mains au centre de santé de Thlork Vien, où WaterAid a introduit l'outil l'EAH FIT pour améliorer l'eau et l'assainissement. Province de Kampong Chhang, Cambodge, Juillet 2020.

3.1 Développement d'une intervention localisée l'EAH dans les établissements de soins de santé

Une façon de renforcer le système, et un aspect essentiel de notre travail, est de modéliser l'EAH dans les services et les comportements des établissements de soins de santé dans un nombre ciblé d'établissements en utilisant la pensée systémique. L'objectif est que l'intervention localisée soit adaptée à d'autres contextes et mise à l'échelle, à mesure que les systèmes sont renforcés pour soutenir de meilleurs services. Nous aidons les gouvernements à démontrer l'existence de services et de processus inclusifs et durables et nous disposons ensuite des outils nécessaires pour passer du district voisin au niveau national.

La modélisation du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé va au-delà des infrastructures, de l'amélioration des installations et du changement de comportement en matière d'hygiène. Nous devons également considérer l'ensemble du système pour démontrer les services, le suivi, l'exploitation et l'entretien, renforcer la planification et la budgétisation, la formation et la recherche formative qui mènent à des programmes et procédures solides, axés sur le changement de comportement et inclusifs. Un programme l'EAH durable dans les établissements de soins de santé est interdépendant des changements apportés aux multiples éléments constitutifs du système.

Assurer le leadership du gouvernement dès le début : Pour garantir que les gouvernements restent aux commandes du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé, nous travaillons ensemble pour comprendre leurs priorités, leurs forces et leurs limites. Nous élaborons ensuite conjointement des plans d'action nationaux et locaux pour combler les lacunes dans les installations ciblées ou dans les systèmes locaux, régionaux et nationaux qui soutiennent ces installations. Le leadership du gouvernement est essentiel pour mettre en œuvre des interventions à grande échelle.

Analyse contextuelle : Nous travaillons avec les gouvernements locaux et nationaux, les acteurs de la santé et l'EAH, les partenaires et les communautés pour comprendre les obstacles à un service l'EAH inclusif et durable dans les établissements de soins de santé. Nous commençons par une analyse du système, y compris la recherche formative, qui est utilisée pour identifier les facteurs primordiaux pour les mauvais services l'EAH et les comportements d'hygiène, tels que les lacunes dans le leadership, la

dynamique du pouvoir, le suivi, les budgets, la gestion, les ressources humaines et les comportements individuels. L'analyse du système est également utilisée au niveau de l'établissement pour identifier la gestion, les déterminants environnementaux et les comportements des personnes. Nous utilisons également des outils, comme l'outil de gestion basé sur les risques de l'OMS/UNICEF, pour améliorer les évaluations et la planification l'EAH dans les établissements (**l'EAH FIT**).¹⁰ Ces analyses permettent de se concentrer sur les défis spécifiques au contexte.

Rôles et responsabilités clairs : L'établissement de rôles et de responsabilités clairs avec toutes les parties prenantes (y compris les gouvernements, les ONG, les organisations de la société civiles (OSC), le secteur privé, les professionnels de la santé et les communautés) est essentiel pour le succès de l'intervention locale du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé. Il est essentiel de créer des opportunités de consultation et d'engagement avec des représentants de groupes qui sont souvent marginalisés ou exclus de l'élaboration active des services de santé et de l'EAH, tels que les organisations de défense des droits des femmes et les organisations pour les personnes en situation de handicap, les groupes de patients et les groupes de sages-femmes. Ces groupes doivent être intégrés tout au long du processus.

Au niveau de l'établissement, nous travaillons à l'intégration des structures et comités existants (par exemple, les comités l'EAH, IPC, de gestion des déchets, de santé environnementale, etc.). ► [Voir l'étude de cas du Bangladesh pour plus de détails concernant le renforcement des comités, groupes et structures existants dans les cliniques communautaires afin d'améliorer le programme l'EAH dans les cliniques communautaires.](#)

► Des toilettes accessibles à la clinique communautaire de Noapara. À Gangni, Meherpur, Bangladesh. Octobre 2019.



WaterAid/Farzana Hossen



10. L'OMS/UNICEF propose également une ressource utile pour comprendre les obstacles à la qualité des soins. Disponible sur : who.int/publications/item/9789240022577. Nous disposons également d'outils utiles pour vous aider à surmonter les obstacles à l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène : [Boîte à outils pour l'analyse de l'économie politique](#), [Boîte à outils simple pour l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de santé au Cambodge](#), [Comprendre et prendre en compte l'égalité, la non-discrimination et l'inclusion dans les activités liées à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène \(l'EAH\)](#), et notre [cadre de travail pour l'hygiène](#).

Construire l'intervention : Chaque intervention sera différente en fonction du contexte. D'après notre expérience, il existe plusieurs domaines communs à aborder lorsque l'on cherche à améliorer les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de soins de santé :

- **Adapter les solutions aux lacunes dans différents contextes.**
 - ▶ Voir l'étude de cas sur l'Inde pour plus de détails concernant la réponse aux urgences.
- **Soutenir une gestion et des processus solides, avec une coordination entre les départements au niveau des installations.**
- **Veiller à ce que les services de l'EAH soient inclusifs et répondent aux besoins de tous les utilisateurs et du personnel.**
 - ▶ Consulter l'étude de cas sur la Zambie pour en savoir plus sur le travail fourni pour garantir une infrastructure conviviale.
- **Veiller à la mise en place de processus budgétaires de qualité.**
 - ▶ Voir l'étude de cas de l'Ouganda pour plus de détails sur le travail fourni pour augmenter l'allocation budgétaire pour les établissements de soins de santé.
- **Intégrer IPC et l'EAH.** Importance de travailler avec les collègues, les experts et les points focaux relatifs à l'IPC et l'EAH des établissements de soins de santé. De plus en plus, les pays envisagent des cours de recyclage en matière de prévention des infections, l'intégration du programme l'EAH et une coordination accrue entre les parties prenantes travaillant dans le domaine de la prévention des infections et du programme l'EAH. Il est également important de relier les programmes l'EAH et IPC à l'ensemble du personnel de santé, à la santé infantile/maternelle et aux urgences

sanitaires afin de favoriser le leadership et les ressources.

- **Développer des approches fondées sur des données probantes et centrées sur le comportement pour mettre en œuvre un changement de comportement en matière d'hygiène.** Les interventions visant à modifier les comportements sont spécifiques au contexte. Les interventions visant à modifier les comportements sont conçues par le biais d'un processus créatif basé sur les preuves générées par la recherche formative. Les interventions se concentrent sur le changement des comportements plutôt que sur l'amélioration des connaissances.
 - ▶ Consulter l'étude de cas sur le Cambodge pour voir comment le travail effectué en partenariat avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et le National Institute of Public Health (NIPH) a permis d'améliorer les comportements en matière d'hygiène tout au long du continuum de soins pour les mères et les nouveau-nés.
- **Comblent les lacunes et organiser la coordination et l'action intersectorielles.**
 - ▶ Voir l'étude de cas du Mali pour plus de détails sur le travail fourni dans un partenariat intersectoriel et multipartite pour améliorer le programme l'EAH dans la prestation de services dans les établissements de soins de santé.
- **Collaboration accrue entre les collègues IPC et l'EAH,** les experts et les points focaux dans les établissements de soins de santé. Formation sur l'IPC et le l'EAH. Intégration de la prévention des infections et du traitement de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans le cadre plus large du personnel de santé, de la santé maternelle et infantile et des urgences sanitaires, afin de stimuler le leadership et les ressources.

▶ Susan Magoma, remettant son nouveau-né à sa fille aînée Rebecca, qui s'est occupée d'elle pendant son séjour à l'hôpital, Dispensaire de Nyamalimbe, district de Geita, Tanzanie. Juin 2019.





◀ Ddungu Annet, infirmière, dans la salle de travail, se lave les mains avant d'examiner une future mère, Centre de santé Nabweru III, municipalité de Nansana, Ouganda. Mai 2020.

- **Permettre aux membres de la communauté de demander des comptes aux garants des droits et les inciter à le faire.**
 - ▶ Consulter les études de cas de la Tanzanie et du Malawi pour en savoir plus sur la mobilisation et l'engagement des membres de la communauté.
- **Contrôler les services de l'EAH et les intégrer dans les systèmes d'information sanitaire.**
 - ▶ Voir l'étude de cas du Ghana pour plus de détails sur la manière dont le retour d'information des membres de la communauté et des détenteurs de droits est intégré dans les systèmes de suivi nationaux grâce à des outils tels que les fiches d'évaluation communautaires.
- **Soutenir le développement des capacités du gouvernement et du personnel de santé, y compris les travailleurs de santé, les points focaux l'EAH et IPC, les nettoyeurs et les travailleurs de l'assainissement, afin de renforcer les capacités du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé.**
 - ▶ Voir l'étude de cas du Myanmar pour savoir comment ils ont renforcé les capacités des travailleurs de la santé et des nettoyeurs grâce au programme « TEACH CLEAN ».
 - ▶ Voir l'étude de cas du Ghana pour plus de détails sur la formation autour de l'évaluation des coûts pour le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé.

Mise à l'échelle du modèle

Travailler avec les gouvernements et obtenir leur adhésion dès le début de tout travail du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé permettra de nous assurer que nous tirons parti des opérations existantes du système de santé pour inclure le l'EAH et renforcer les processus existants afin qu'ils puissent être portés à l'échelle.

Il est également important de travailler avec plusieurs ministères et acteurs pour comprendre ce qui est nécessaire pour fournir et maintenir le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé à l'échelle. L'intégration de la recherche et de l'apprentissage dans nos programmes est essentielle pour améliorer notre travail et offrir la possibilité d'influencer sur la base de preuves.

▶ Voir l'étude de cas sur l'Inde pour un exemple d'application de la pensée systémique globale à notre travail.

▶ Voir l'étude de cas du Népal pour plus de détails sur la façon dont l'équipe a influencé le développement de normes nationales sur le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé.

4 Études de cas par pays

● Beatrice Lana, assistante médicale principale, peut désormais se laver les mains avant de traiter les patients. Grâce aux nouvelles installations de lavage des mains, les cas de septicémie ont diminué dans le centre. Centre de santé de Katimbila, Nkhotakota, Malawi. Avril 2019.



Bangladesh

Modélisation du système l'EAH dans les cliniques communautaires



Contexte

En 1996, le Bangladesh était très en retard sur son objectif d'atteindre la santé pour tous d'ici 2000. Pour combler ces lacunes, le gouvernement du Bangladesh a mis en place des cliniques communautaires, des centres de santé pour 6 000 personnes dans tout le pays. Les cliniques communautaires visaient à répondre aux besoins de santé de la communauté (tels que le planning familial, les services de nutrition, les soins aux enfants, les soins prénataux et postnataux, les médicaments de base gratuits, les soins primaires et la redirection vers un spécialiste) sous un même toit et à une demi-heure de marche de leur domicile, même dans les régions éloignées.

Les cliniques communautaires sont situées au niveau du district (la plus petite unité administrative du gouvernement local au Bangladesh) sous l'Union Parishad (le plus bas niveau du gouvernement local), et sont gérées par des groupes communautaires et des groupes de soutien communautaire, avec une représentation des communautés locales et des institutions du gouvernement local. Les cliniques communautaires sont une initiative unique de partenariat public-privé au Bangladesh, où la communauté fournit le terrain, le gouvernement construit l'infrastructure, fournit les médicaments et les coûts opérationnels, et la communauté locale la gère sur une base volontaire.

▼ Banoara recevant des médicaments de la part du prestataire de soins de santé communautaire Shongita Parvin à la clinique communautaire de Noapara. Noapara Gangni, Meherpur, Bangladesh. Octobre 2019.



Obstacles

Les obstacles aux progrès du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé étaient dus à plusieurs raisons :

- **Manque de clarté sur les rôles et les responsabilités en matière de l'EAH dans les cliniques communautaires.** Bien que les groupes communautaires soient responsables de la gestion globale des cliniques communautaires, dans de nombreux cas, les rôles et les responsabilités n'étaient pas clairs, même pour le gouvernement local. En outre, les groupes communautaires et les groupes de soutien communautaire au niveau local n'étaient souvent pas organisés ou correctement informés, ce qui a conduit à une participation limitée des groupes communautaires.
- **Les problèmes liés à l'exploitation et l'entretien se sont traduits par l'absence ou la mauvaise qualité des installations l'EAH** ainsi que d'autres aspects des infrastructures des cliniques communautaires (comme les toitures). Cela a été en partie causé par un manque d'allocation budgétaire pour l'exploitation et l'entretien et exacerbé par des défis environnementaux tels que l'arsenic dans l'approvisionnement en eau, les inondations ou la salinité. Le mauvais état de l'infrastructure n'a pas incité la communauté à rechercher des services ni motivé les fournisseurs de services (en particulier les travailleuses de la santé) à fournir des soins.
- **L'éloignement et l'insuffisance de l'approvisionnement en médicaments** pour la population ont rendu le fonctionnement des cliniques communautaires irrégulier.
- **L'insuffisance des capacités des institutions du gouvernement local** pour la gestion et le contrôle du programme l'EAH dans les cliniques communautaires, ainsi que l'absence de redevabilité en matière d'allocation budgétaire, ont parfois conduit à une duplication des fonds.
- **Le plaidoyer** était nécessaire pour soutenir le département d'ingénierie sanitaire et financer les améliorations des cliniques communautaires.
- **La croissance démographique a eu pour conséquence de submerger les cliniques communautaires.** Chaque clinique communautaire a été construite pour servir 6 000 personnes, mais en réalité, les cliniques ont servi plus de personnes que cela.

Approche

WaterAid Bangladesh a commencé à travailler sur le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé en 2016, après que le ministère de la Santé du Bangladesh, avec le soutien de WaterAid Bangladesh, de l'UNICEF et de l'OMS, a mené une enquête qui a révélé le manque de l'EAH dans les cliniques communautaires à l'échelle nationale. WaterAid Bangladesh a modélisé des améliorations dans les cliniques communautaires dans deux districts, Tahirpur upazila (sous-district) du district de Sunamganj et dans Meherpur sadar upazila du district de Meherpur, en travaillant avec des partenaires de développement, le bureau local de la direction de la santé et une direction du département de la santé.

En 2017, WaterAid Bangladesh avec le partenaire local SKS Foundation, a facilité le développement des capacités et des compétences à la fois des groupes communautaires et des porteurs de devoirs responsables des cliniques communautaires. La formation pour les groupes communautaires a couvert les rôles et responsabilités, la gestion financière de base, le reporting et l'organisation de réunions mensuelles. La formation des responsables de l'institution du gouvernement local a couvert les rôles et les responsabilités, et l'allocation des fonds du gouvernement national et local pour l'exploitation et l'entretien. WaterAid a travaillé avec les deux niveaux de gouvernement pour plaider en faveur de l'allocation de fonds pour l'exploitation et l'entretien.

WaterAid Bangladesh a créé un modèle au niveau des cliniques communautaires afin que le gouvernement puisse le reproduire dans l'ensemble des cliniques communautaires pour avoir un impact significatif. Pour faciliter la mise à l'échelle, des directives l'EAH pour les cliniques communautaires ont été élaborées par WaterAid Bangladesh et approuvées par le gouvernement.

Les preuves du changement

Les preuves sont irréfutables, le flux moyen de patients visitant les cliniques communautaires dans les districts de l'intervention ayant augmenté de 30 %.¹¹ Auparavant, la communauté ne connaissait pas clairement les attributions des cliniques communautaires et se rendait plutôt, à ses frais, dans les centres de santé de district pour se faire soigner. Après l'intervention, les cliniques communautaires étaient plus populaires et contribuaient à l'ensemble des services de santé de la communauté, améliorant encore la confiance des parties prenantes. On a constaté que le fournisseur de services et le prestataire de soins de santé communautaire étaient plus enclins à rester dans les cliniques communautaires pendant la totalité de leurs heures de travail. Auparavant, les prestataires étaient obligés de quitter la clinique s'ils avaient besoin de boire de l'eau ou d'aller aux toilettes.

Un audit d'accessibilité a conduit à l'introduction d'installations l'EAH inclusives. Les interventions décrites ci-dessus ont contribué à ce qu'environ 300 femmes accouchent dans les cliniques communautaires au cours des trois dernières années, contre aucune auparavant, comme le suggèrent les données enregistrées par l'établissement de soins de santé.

Grâce au renforcement des capacités dans les districts, les groupes communautaires ont été habilités à commencer à surveiller le calendrier de travail, la qualité des services, le versement des médicaments, le flux des patients, la gouvernance, les problèmes d'infrastructure et de réparation, les réunions mensuelles et la participation de la communauté. Le gouvernement du Bangladesh a adopté le modèle et l'a intégré dans ses conceptions actualisées ou nouvelles des cliniques communautaires.



► Infirmières travaillant dans le complexe sanitaire de Fulchari, Gaibanda, Bangladesh. 10 mars 2022.



11. WaterAid India (2020). *Social Accountability and System Strengthening for water, sanitation and hygiene in South Asia*. Disponible sur : wateraidindia.in/publications/social-accountability-and-system-strengthening-for-water-sanitation-and-hygiene-in (consulté le 8 mars 2022).



WaterAid/Farzana Hossen

▲ Nahida Aktar travaille à la clinique communautaire de Saharbaty en tant que prestataire de soins de santé communautaire. Gangni, Meherpur, Bangladesh. 2019.

▶ Nahida Aktar mesure la tension artérielle de Sabina Khatun à la clinique communautaire de Saharbaty, Gangni, Meherpur, Bangladesh. 2019.



WaterAid/Farzana Hossen

Principaux enseignements

- La clé du succès est de travailler à tous les niveaux du système de santé. WaterAid Bangladesh a commencé au niveau primaire, puis est passé au niveau secondaire et au niveau du district.
- La coordination et la contribution de tous les acteurs concernés renforcent la redevabilité et la responsabilité par les acteurs clés. Le renforcement des capacités des communautés et des garants des droits contribue à la coordination générale.
- Le programme l'EAH est souvent négligé, il est donc essentiel de le porter à l'attention d'autres services, comme les soins maternels et les soins aux personnes âgées.
- Il est important de comprendre tous les composants du système et leur fonctionnement.
- Lorsque l'on travaille avec les cliniques communautaires, il est nécessaire d'impliquer la communauté au sens large pour comprendre leurs rôles et responsabilités. Suite à la formation et au soutien de WaterAid Bangladesh, la communauté a mobilisé des fonds et a participé au suivi du projet.

Conclusions et recommandations

Pour que les cliniques communautaires soient efficaces et que les services l'EAH fonctionnent, nous devons impliquer les communautés et les institutions du gouvernement local dès le début. La coordination et la contribution de toutes les parties prenantes ont aidé à renforcer la redevabilité et la responsabilité parmi les acteurs clés. Le renforcement des capacités aux deux extrémités (renforcement des communautés et des garants des droits) a contribué à la coordination globale. Les améliorations apportées dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène ont permis aux autres aspects des cliniques communautaires de fonctionner correctement, y compris le suivi et les rapports, ce qui a amélioré la responsabilité des cliniques communautaires. Par exemple, tous les prestataires de soins de santé communautaire ont reçu un ordinateur portable du gouvernement et les rapports sont désormais en ligne, ce qui a permis d'améliorer la communication et la transparence. Enfin, le fait de rendre les informations publiques et d'accroître la transparence concernant les résultats des services et les stocks de médicaments a contribué à renforcer la confiance dans les cliniques communautaires en général.



Cambodge



Genre et inclusion dans le secteur l'EAH dans les établissements de soins de santé

Contexte

En 2016, le NIPH au Cambodge a mené une évaluation dans 117 établissements de soins de santé dans cinq provinces. Environ 39 % des établissements de soins de santé interrogés avaient accès à un assainissement limité, défini par le NIPH comme « disposant d'au moins trois toilettes améliorées et utilisables ». Cependant, ces toilettes ne répondaient pas aux besoins des personnes qui sont souvent marginalisées en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

L'enquête a également révélé que seuls 15 % des établissements de soins de santé avaient accès à une hygiène des mains de base sur le lieu des soins, comme le prévoit la norme cambodgienne (un poste d'hygiène des mains fonctionnel disponible dans la zone de consultation externe, la salle d'accouchement et à moins de 5 m des toilettes).

L'enquête a mis en évidence que les infrastructures et services l'EAH des établissements de soins de santé étaient inadéquats et ne répondaient pas aux exigences d'accessibilité. Par exemple, les installations sanitaires étaient pour la plupart des toilettes à la turque avec des cabines de toilettes et des chemins étroits, accessibles uniquement par des marches.

À la suite de l'évaluation de 2016, une [directive](#) pour le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé a été élaborée par le ministère de la Santé afin de rendre obligatoires les exigences d'accessibilité des établissements de soins de santé pour tous les utilisateurs, y compris les femmes enceintes et les personnes handicapées. Malgré l'inclusion dans les directives d'une approche de conception conviviale et centrée sur les personnes, la mise en œuvre reste un défi.

Obstacles

Dans les directives nationales l'EAH dans les établissements de soins de santé, le cahier des charges de construction dans les établissements de soins de santé stipule que chaque installation doit avoir trois toilettes améliorées, dont une pour les femmes avec des installations d'hygiène menstruelle et une pour les personnes à mobilité réduite. Malgré ces directives, des obstacles importants à la réalisation d'un programme l'EAH inclusif et équitable dans les établissements de soins de santé subsistent :

- **Manque de budget pour améliorer les infrastructures l'EAH inclusives et équitables.** Les budgets alloués aux établissements de soins de santé sont souvent affectés en priorité à d'autres besoins dans les installations, tels que les fournitures l'EAH (savon, matériel d'hygiène des mains) et à des travaux d'entretien mineurs. Cela signifie que les établissements de soins de santé ne peuvent pas atteindre les normes de base requises pour le l'EAH dans les établissements de soins de santé.
- **Absence de processus de gestion d'exploitation et de maintenance efficaces.** Les travailleurs de la santé/directeurs d'établissements de santé reconnaissent l'importance de la gestion d'exploitation et de maintenance et du rôle des nettoyeurs et du personnel d'entretien, mais avec un budget pour les établissements de soins de santé déjà limité, l'exploitation et la maintenance ne sont souvent pas une priorité. Sans une exploitation et une maintenance efficace, la durabilité des infrastructures et des services l'EAH est en danger. Le programme de suivi et d'évaluation

(M&E) mis en place par le ministère de la Santé, appelé Quality Improvement (QI), est axé sur le suivi de la qualité des services dans les HCF, ce qui inclut la gestion, l'IPC, la gestion des médicaments, le système d'information sanitaire, etc. Cependant, le score de l'indicateur de lavage n'est que de 15 % dans le cadre de l'IPC. Il n'y a pas de composante sur l'amélioration des services l'EAH. Chaque établissement de soins de santé est laissé à lui-même pour le faire, mais il a souvent des capacités ou des fonds limités pour le faire correctement.

- **L'absence d'infrastructures d'assainissement et de lavage des mains fonctionnelles et accessibles** était l'obstacle le plus courant auquel étaient confrontées les communautés, en particulier les femmes enceintes, les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées. Malgré un certain budget pour les installations d'hygiène des mains, l'exploitation et la maintenance nécessaires pour maintenir ces installations accessibles et fonctionnelles font défaut.

Obstacles (suite)

- **Les normes et les rôles sexospécifiques existants ont un impact sur l'égalité et l'inclusion des sexes.** Par exemple, les femmes ne peuvent pas imposer des pratiques hygiéniques aux membres de la famille à la maison. De plus, l'information sur l'hygiène des mains dans les établissements de soins de santé cible les femmes, qui sont supposées être les seules soignantes primaires, et néglige les hommes et les autres soignants de la famille. Avec un programme l'EAH adéquat dans les établissements de soins de santé, les travailleurs de la santé peuvent briser les barrières sociales qui limitent la responsabilité des hommes et des autres soignants dans le changement des pratiques d'hygiène des mains, car la santé des enfants n'est pas seulement la responsabilité des femmes.

Approche

WaterAid Cambodge a mené deux initiatives pour relever ces défis. Tout d'abord, l'appui aux décideurs politiques clés, en particulier le ministère de la Santé, pour développer et inclure l'égalité des sexes et l'inclusion sociale (GESI) dans les directives nationales sur le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé. De plus, afin de garantir une norme minimale pour les infrastructures l'EAH accessibles, WaterAid Cambodge a formé une collaboration avec Humanity and Inclusion (HI) pour co-développer un modèle de conception technique pour des installations l'EAH conviviales et inclusives dans les HCF. Par exemple, des infrastructures l'EAH accessibles qui comprennent des installations d'hygiène menstruelle, des toilettes séparées pour les différents sexes et des normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite.

WaterAid Cambodge a également facilité une autre initiative (Changing Hygiene Around Maternal Priorities, CHAMP pour aborder la différenciation des rôles dans les soins maternels et néonataux. Ce projet, soutenu par le gouvernement Australien, mené en partenariat avec le LSHTM et le NIPH, vise à améliorer les comportements en matière d'hygiène tout au long du continuum de soins, pour les mères et les nouveau-nés, tout en améliorant le contrôle des femmes sur leur propre santé. Le projet comprenait une analyse du contexte et une recherche formative guidée par une approche de conception centrée sur le comportement afin de comprendre les déterminants comportementaux dans le contexte spécifique et d'aider à concevoir l'intervention.¹²

Les preuves du changement

Depuis le début de l'intervention en 2018, la conception technique du programme l'EAH accessible dans les établissements de soins de santé a été déployée dans 12 établissements de soins de santé, dont cinq ont alloué leur budget pour fournir des services l'EAH accessibles aux usagers.

Avec le soutien technique et financier de WaterAid, en collaboration avec HI, le ministère de la santé a développé et distribué des fiches d'information sur l'accessibilité aux établissements de soins de santé dans tout le pays pour assurer l'alignement avec les normes nationales.

Les travailleurs de la santé au niveau sous-national ont amélioré leurs connaissances et leur compréhension de l'accessibilité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de soins de santé et de l'importance d'installations conviviales pour tous.

Les résultats préliminaires de l'initiative CHAMP ont indiqué qu'une intervention dans un établissement avait un impact potentiel sur l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains chez les accoucheurs et autres soignants pendant l'accouchement et les soins postnatals précoces dans un environnement d'établissements de soins de santé.¹³

Principaux enseignements

- **Autonomisation et participation des utilisateurs finaux.** La participation des organisations de personnes handicapées (OPH), des utilisateurs finaux et de ceux qui pourraient être laissés pour compte au stade de la conception du projet est essentielle pour mieux comprendre les besoins de ceux qui rencontrent des difficultés à accéder à des services l'EAH et de santé de qualité. En outre, les connaissances et la compréhension des professionnels de la santé en matière d'inclusion doivent être renforcées.
- **Comprendre les priorités l'EAH et l'intégration dans le système de santé.** Pour qu'un outil d'intervention d'amélioration l'EAH accessible soit efficace, il ne doit pas représenter une charge administrative élevée, et doit être intégré dans les programmes existants, plutôt que d'être une intervention l'EAH autonome. Par exemple, pour intégrer les considérations GESI dans le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé, il faut que les acteurs l'EAH et de la santé travaillent ensemble. Les acteurs du secteur l'EAH peuvent fournir la capacité technique

12. Nalule Y, et al. (2021). L'hygiène des mains pendant l'accouchement en établissement au Cambodge : une étude observationnelle théorique et à méthodes mixtes. *BMC Pregnancy and Childbirth*. vol 21 : 429. Disponible sur : [bmc.pregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03901-7](https://doi.org/10.1186/s12884-021-03901-7) (consulté le 30 mars 2022).

13. Les résultats de cette étude seront publiés prochainement.

pour aider les travailleurs de la santé à faire progresser le l'EAH dans les établissements de soins de santé en travaillant ensemble pour intégrer le processus l'EAH FIT dans le programme de suivi et évaluation actuel du ministère de la santé (H-EQIP). En outre, le l'EAH dans les établissements de soins de santé devrait être considéré et inclus dans la mise en œuvre des programmes de santé pertinents, qui pourraient être pris en compte pour atteindre et accélérer le CSU.

- **Collaboration entre partenaires intersectoriels.** Un soutien national fort de la part des principaux partenaires du ministère de la santé a contribué à l'amélioration de la situation de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements des soins de santé. Cependant, la coordination entre les ministères doit être renforcée pour assurer l'alignement et éviter la duplication des efforts.
- **Employer une approche centrée sur les personnes pour la conception et mener des recherches pour informer une politique efficace.** La mise à disposition systématique de rince-mains à base d'alcool dans des endroits clés de l'établissement est une mesure supplémentaire pratique et efficace qui pourrait être utilisée pour améliorer le respect de l'hygiène des mains chez les nouvelles mères et les autres soignants. L'installation stratégique de rince-mains à base d'alcool dans les établissements de soins de santé, en plus des installations de lavage des mains avec de l'eau et du savon, rendrait la pratique de l'hygiène des mains plus pratique pour les mères à mobilité réduite et permettrait de surmonter les obstacles à l'hygiène des mains auxquels sont confrontés les soignants paternels et non parentaux, tels que la restriction des mouvements due à la surpopulation dans la salle de soins postnatals, la pression temporelle liée aux besoins urgents de soins et la charge de travail accrue.

Conclusions et recommandations

Pour un service de santé inclusif, durable et équitable, il est essentiel d'aborder la question du l'EAH dans les établissements de soins de santé et d'adopter les principes d'accessibilité universelle lors de la conception des interventions l'EAH. Il est essentiel de considérer une approche centrée sur les personnes pour des services conviviaux et de tenir compte des facteurs de genre et d'inclusion pour améliorer l'EAH dans les établissements de soins de santé.

- Les responsables des politiques de santé, en particulier le ministère de la Santé, doivent collaborer avec les principales parties prenantes et les partenaires techniques sur les questions de genre et d'inclusion pour s'assurer que les directives révisées intègrent des composantes l'EAH pratiques, sensibles au genre et accessibles.
- Les outils actuels de la norme nationale pour l'évaluation du programme l'EAH dans les HCF doivent être révisés pour s'aligner sur les normes et standards nationaux nouvellement développés et les outils de suivi l'EAH du Programme conjoint de suivi (JMP). Pour faciliter cela au-delà du contexte cambodgien, WaterAid a travaillé avec l'OMS pour inclure des indicateurs et des outils de genre et d'inclusion dans le manuel et le paquet de formation du JMP l'EAH nouvellement révisés.
- Le genre et l'inclusion sociale doivent être contrôlés par le biais de données désagrégées et d'outils de suivi de projet.
- Les décideurs politiques doivent intégrer le handicap dans la politique et les programmes des services de santé afin de garantir que les personnes handicapées accèdent et bénéficient du programme l'EAH de manière égale.
- Des partenariats devraient être formés avec des organisations représentant les personnes handicapées et les femmes dirigeantes afin de garantir que les considérations d'égalité et d'inclusion soient représentées dans les campagnes d'éducation, de promotion et de prévention en matière de santé.
- Les décideurs politiques, le ministère de la santé et les ONG doivent travailler ensemble avec le ministère des finances pour reconnaître l'importance de l'EAH dans les établissements de soins de santé.



◀ Sokha se lave les mains devant le centre de santé de Thlork Vien, village de Chhouk, Cambodge. Juillet 2020.





Ghana

Traduire les innovations au niveau du district pour influencer la politique et l'action nationales



WaterAid/Apagnawen Anankra

▲ Des patients au centre de santé du district de Kassena-Nankana West, au Ghana. Octobre 2018.

▼ Michael Asagewe, infirmier, peut désormais se laver les mains avant de traiter les patients au CHPS de Wuru, au Ghana. Octobre 2018.



WaterAid/Apagnawen Anankra

Contexte

Les innovations et initiatives au niveau local et du district ont catalysé les changements et les actions au niveau national pour le l'EAH dans les établissements de soins de santé au Ghana. L'appropriation locale des services de santé et des données de suivi a renforcé la responsabilité et la réactivité aux demandes des communautés. Le renforcement de la base factuelle du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé par l'amélioration des données sur les coûts a permis une plus grande intégration du programme l'EAH dans les principales stratégies nationales, notamment la *stratégie nationale de qualité des soins de santé* du Ghana.¹⁴

Obstacles

Deux principaux obstacles aux progrès en matière de l'EAH dans les établissements de soins de santé ont été identifiés :

- **Manque de données et de normes d'évaluation des coûts du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé.** Ce manque de données sur le coût du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé a eu de multiples implications. Sans données claires sur les coûts pour guider et cibler l'allocation des ressources, il a été difficile d'obtenir les engagements indispensables du gouvernement et des donateurs. Le manque de données sur les coûts a également empêché l'inclusion effective du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé dans des stratégies nationales plus larges pour la santé.
- **Le manque de responsabilisation des détenteurs d'obligations face aux demandes des citoyens et au retour d'information** peut entraver la prestation de soins de santé axés sur la population. WaterAid Ghana a identifié une lacune dans l'inclusion des l'EAH dans les approches localisées, telles que la carte de score communautaire pour la responsabilisation de la santé. Développé en 2018, le tableau de bord communautaire engage et habilite les membres de la communauté à donner un retour d'information régulier et à proposer des solutions pour aborder un certain nombre de domaines de qualité, y compris l'EAH. Les mécanismes de retour d'information sont liés aux systèmes nationaux de gestion de l'information sanitaire (HMIS), ce qui signifie qu'il peut être examiné au niveau des établissements, des districts et du pays.

14. MoH République du Ghana (2016). *Stratégie nationale de qualité des soins de santé au Ghana (2017-2021)*. Disponible à l'adresse : moh.gov.gh/wp-content/uploads/2017/06/National20Quality20Strategy20Ghana.pdf (consulté le 24 mars 2022).

Approche

WaterAid Ghana a travaillé avec des partenaires et le gouvernement pour développer la première stratégie nationale chiffrée du pays sur le l'EAH dans les établissements de soins de santé qui a été publiée en 2020. La stratégie comprend un cadre complet pour la coordination et la mise en œuvre, y compris le financement pour l'exploitation et l'entretien. WaterAid soutient également le retour d'information de la communauté sur le programme l'EAH dans le cadre du système d'information de suivi de la santé (HMIS) des districts.

WaterAid Ghana a travaillé à la création d'une interface pour l'engagement communautaire avec les détenteurs de droits. Dans la municipalité de Wa, dans la région de l'Upper West au Ghana, WaterAid a formé les communautés à l'évaluation, au suivi et à la gestion du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé, en utilisant des approches telles que la « fiche d'évaluation communautaire » et les comités de gestion l'EAH. WaterAid a également travaillé simultanément avec les détenteurs de droits pour promouvoir la responsabilité des droits de l'homme en matière de l'EAH dans les établissements de soins de santé.

WaterAid Ghana a travaillé avec les assemblées de district pour développer des plans stratégiques chiffrés à long terme pour des services l'EAH durables dans les établissements de soins de santé, et avec les responsables de district pour développer des budgets intégrés l'EAH et santé. Ce processus visait à déterminer ce qu'il en coûterait pour assurer un accès complet aux services l'EAH dans tous les établissements de soins de santé du district concerné. Sur la base de ces données, WaterAid Ghana a travaillé avec les responsables du district pour mener une analyse des coûts du cycle de vie afin d'estimer les coûts l'EAH et de gestion des déchets ainsi que les sources de financement nécessaires pour fournir et maintenir ces services jusqu'en 2030.

Les preuves du changement

WaterAid Ghana a pu soutenir l'utilisation des données et des bonnes pratiques au niveau du district pour donner et influencer la politique nationale et les décisions de financement de la santé. Les services de santé ghanéens prévoient maintenant un déploiement national de la carte de pointage communautaire et de l'engagement pour améliorer la qualité, le respect et la dignité des usagers de la santé et l'amélioration des services l'EAH et IPC. Le suivi de cette carte de pointage sera collecté par le biais du DHIS-2. Cela signifie également que les données peuvent être immédiatement examinées au niveau de l'établissement, du district et du pays. Les communautés continuent d'apporter des changements : le groupe de plaidoyer de Kalvio Gugoro a rassemblé des preuves l'EAH sur les établissements de soins de santé et a aidé la communauté à organiser un forum sur la santé. La communauté a plaidé auprès des services de santé du district pour qu'ils fournissent des services tels que l'électricité, des médicaments, un réfrigérateur, de l'eau et des installations sanitaires, afin que l'établissement soit pleinement fonctionnel une fois terminé. La communauté a également lancé la construction de latrines et des exercices de nettoyage des espaces publics.

Une stratégie nationale l'EAH chiffrée, assortie d'un plan détaillé de coordination et de mise en œuvre, est diffusée dans les districts et les régions afin d'améliorer la planification et la prise de décision en matière de l'EAH dans les établissements de soins de santé. Les prochaines étapes comprennent la validation de ce plan au niveau régional et l'engagement de partenaires de développement pour le soutenir. Enfin, les coûts pour l'infrastructure l'EAH et les exploitations et entretiens récurrents sont fixés dans la stratégie l'EAH, avec 80 % des coûts prévus financés par des ressources nationales. Au niveau des districts, les partenaires ont soutenu le développement de plans l'EAH à long terme, en prenant des engagements budgétaires pour combler les lacunes.

Coût du cycle de vie pour un système l'EAH durable dans les établissements de soins de santé

L'utilisation d'une approche de coût du cycle de vie dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène fait référence à l'évaluation de tous les coûts nécessaires pour fournir et maintenir des services d'eau et d'assainissement à long terme et des comportements d'hygiène au niveau des établissements de soins de santé et de la population qu'il dessert.

Les coûts du cycle de vie comprennent non seulement les coûts initiaux, souvent uniques, de l'installation de nouvelles infrastructures ou de la promotion de pratiques, mais aussi les coûts à court et à long terme de l'entretien et du soutien de ces services et de ces comportements à long terme. Parmi les exemples de ces coûts, citons les pièces de rechange pour l'entretien mineur et majeur ou le remplacement, les salaires des agents/techniciens chargés de l'eau, de l'assainissement et de la gestion des déchets, les mécaniciens locaux, la formation technique récurrente du personnel national et sous-national chargé de l'eau et de la santé, la promotion répétée de l'assainissement et de l'hygiène, le suivi continu, etc.



WaterAid/Apagnawen Amankra

◀ Des patients traités au centre de santé de Kassena-Nankana, au Ghana. Octobre 2018.



Principaux enseignements

- **Un processus rigoureux de sélection et de collecte des données.** Au cours du travail d'évaluation des coûts, il était important d'être clair sur les données que la direction de la santé du district devait collecter et utiliser.
- **Analyse complète du financement.** Pour faire passer les plans au stade de la mise en œuvre, il est essentiel d'identifier les possibilités de combler les lacunes en matière de financement, à travers les sources de financement au niveau du district, national et mondial.
- **Responsabilité.** Les engagements publics pris par le district pour atteindre l'accès universel à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène d'ici 2030 ont renforcé la dynamique et la responsabilité. WaterAid Ghana a soutenu le suivi par les leaders communautaires et les partenaires pour s'assurer que les engagements sont respectés. Par exemple, un budget intégré l'EAH et santé et un plan de suivi ont été développés pour chaque district.
- **Une stratégie nationale chiffrée** pour diriger un plan d'action et de responsabilité clair a permis l'inclusion du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé dans les documents clés de la politique et de la stratégie nationale, tels que les stratégies nationales pour la qualité des soins de santé et les stratégies AMR.
- **Reconnaître le rôle de la communauté dans l'amélioration de la qualité et de la responsabilité des services de santé.** WaterAid a soutenu un processus continu de coaching et de mentorat pour renforcer les capacités des communautés, afin qu'elles soient en mesure de revendiquer leurs droits au niveau du district ou de la région.
- **Donner la priorité à la durabilité à long terme dans l'engagement communautaire.** L'approche de WaterAid Ghana a permis à la communauté de continuer à avancer sans aucune contribution. La communauté a sélectionné des volontaires pour le renforcement des capacités qui ont ensuite partagé leur apprentissage avec la communauté. La communauté a formé et soutenu des équipes de plaidoyer pour demander de meilleurs services de santé aux garants des droits.

Conclusion et recommandations

Les améliorations au niveau des districts, telles que la création de plans stratégiques à long terme et chiffrés pour le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé et l'initiative de la fiche d'évaluation communautaire, ont été les catalyseurs du changement national au Ghana. Sur la base de ce travail, nous recommandons :

- Le gouvernement et les partenaires du développement qui doivent assurer des liens étroits entre les preuves au niveau du district et la prise de décision et la planification au niveau national et régional.
- Intégrer les processus de suivi et de responsabilisation au niveau communautaire dans les mécanismes de suivi nationaux et le HMIS. Veiller à ce que ces processus soient soutenus par des investissements visant à donner aux communautés les moyens d'assumer des activités de suivi et de revendiquer leurs droits, et à former les responsables à répondre à leurs demandes.
- Donner la priorité à la collecte et à l'évaluation des données sur le coût du cycle de vie du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé, afin d'informer une stratégie nationale chiffrée pour le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé.



Inde

Une approche des systèmes de santé pour intégrer les services l'EAH dans les établissements de soins de santé



Contexte

L'Inde a l'un des taux de mortalité maternelle et néonatale les plus élevés au monde, dont l'une des principales causes est la septicémie, qui représente 11 % des décès maternels.¹⁵ Le gouvernement indien a pris des mesures pour améliorer la santé maternelle et infantile dans le cadre de la Mission nationale de santé.

Le Janani Shishu Suraksha Yojana donne droit à toutes les femmes à un accouchement gratuit dans un établissement de soins de santé public afin de garantir un accouchement sans danger. D'autres initiatives, telles que les directives Swachhata et Kayakalp, et l'initiative d'amélioration de la qualité des salles de travail (LaQShYa), visent également à améliorer la qualité des soins dans les établissements de soins de santé.

Les résultats des mesures prises par le gouvernement pour fournir des soins de qualité sont probants : la proportion de femmes qui accouchent dans un établissement de soins de santé en Inde a maintenant augmenté de manière significative, passant de 38,7 % en 2005-06 à 78,9 % en 2015-16.^{16,17} À partir de 2018, le gouvernement indien s'est attaché à transformer les sous-centres et les établissements de soins de santé primaires existants en **centres de santé et de bien-être** holistiques pour fournir des soins de santé complets, y compris des services pour les mères et les jeunes enfants.

Obstacles

Les résultats d'études et d'évaluations, ainsi que les interactions des prestataires de soins de santé dans les établissements de soins de santé publics en Inde rurale et urbaine, ont mis en évidence des obstacles critiques à l'amélioration des services l'EAH à tous les niveaux du système de santé public :

- Lorsque **les équipements l'EAH** sont disponibles, ils doivent être améliorés en termes d'adéquation, d'accessibilité, de fonctionnalité et de qualité.
- **Les déchets solides, liquides et médicaux sont mal gérés dans les établissements** qui manquent d'infrastructures et de capacités appropriées pour la ségrégation et le traitement.
- **Les directives et les formations spécifiques aux établissements** sur la propreté des établissements, l'IPC et l'équipement de protection individuelle (EPI) sont peu et mal appliquées.
- **Manque de financement dans les établissements de soins de santé primaires.** Les investissements dans les infrastructures et la formation sont concentrés dans les établissements de soins tertiaires, qui accueillent un grand nombre de patients et offrent une gamme de services de santé. Cependant, les établissements de soins de santé primaires, situés au plus près des communautés, doivent être améliorés, avec des investissements et des capacités en ressources humaines limités.
- **Les investissements dans le secteur l'EAH sont en concurrence avec d'autres investissements essentiels** nécessaires au personnel de santé et aux services de traitement (par exemple, équipements et médicaments).
- **Reconnaissance limitée du fait que le programme l'EAH est une composante essentielle de la qualité des soins, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé**, et qu'il peut contribuer à améliorer les résultats des traitements, parallèlement aux efforts curatifs.
- **La structure du personnel des établissements de soins de santé** exige que les professionnels médicaux s'occupent également de la gestion de l'établissement. Les structures de gestion participative, telles que les Rogi Kalyan Samiti (comités de gestion hospitalière), ne sont pas fonctionnelles dans de nombreux établissements.

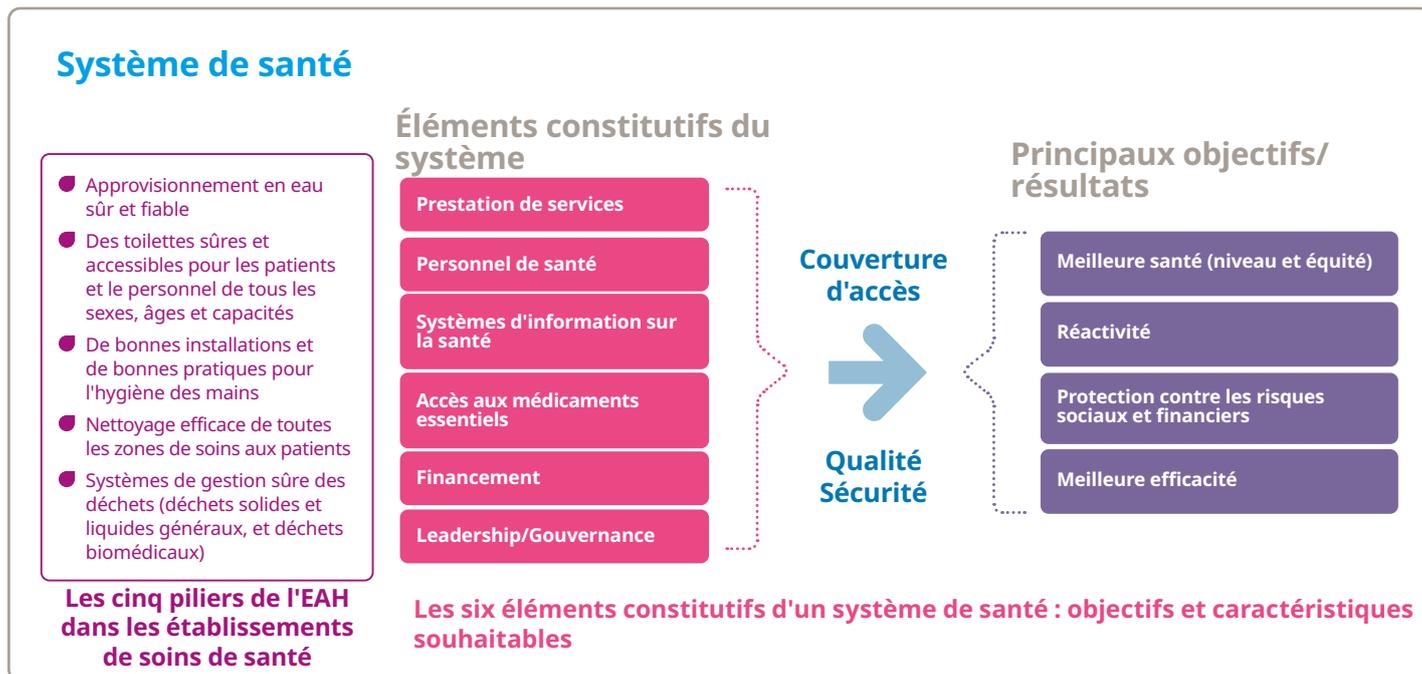


15. Say L, et al. (2014). Les causes mondiales de décès maternels : une analyse systématique de l'OMS. *Lancet Global Health*. vol 2, no 6, E323-E333. Disponible à l'adresse : doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X (consulté le 6 avril 2022).

Institut international des sciences de la population (IIPS) et Macro International (2007). *Enquête nationale sur la santé des familles (NFHS-3), 2005-06 : Inde : IIPS*.

17) Institut international des sciences de la population (IIPS) et ICF (2017). *Enquête nationale sur la santé des familles (NFHS-4), 2015-16 : Inde*. Mumbai : IIPS.

Figure 6. Intégration du programme l'EAH dans les éléments constitutifs du système de santé



Approche

Pour atteindre les objectifs du Plan d'action mondial pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé et mettre en œuvre les huit étapes pratiques pour l'accès universel à des soins de qualité en Inde, il faut adopter une approche qui renforce les systèmes de santé, en positionnant l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les éléments constitutifs des systèmes de santé, à savoir le leadership et la gouvernance, le financement des soins de santé, le personnel de santé, les produits et technologies médicaux, l'information et la recherche, et la prestation de services (figure 6).¹⁸

Les interventions l'EAH sûres et durables dans les établissements de soins de santé en Inde relèvent de cinq composantes interdépendantes : leadership, institutionnalisation des processus, renforcement des capacités, mécanismes de suivi et recherche, et solutions réactives et résilientes (technologies et innovations). Dans cette étude de cas, nous nous concentrerons sur les solutions réactives et résilientes, en décrivant comment nous avons répondu aux urgences, y compris les catastrophes naturelles et les urgences de santé publique. Les établissements de soins de santé avec des services l'EAH réactifs et résilients renforcent les services de traitement et empêchent la propagation des infections, en particulier parmi les communautés qui sont vulnérables à ces urgences.

Les preuves du changement

En 2018, l'État méridional du Kerala a été dévasté par des inondations, qui ont eu un impact sur les communautés et les établissements de soins de santé qui les desservent. En collaboration avec l'OMS, WaterAid India a travaillé avec l'administration du district de Wyanad pour entreprendre des évaluations l'EAH intensives des établissements de soins de santé et des anganwadis (établissements d'accueil et de développement de la petite enfance). Dans le cadre de cette évaluation, WaterAid India a élaboré des plans d'amélioration des installations, a effectué des rénovations et des constructions liées au programme l'EAH dans 12 établissements de soins de santé et 50 anganwadis, et a distribué des filtres à eau à 243 anganwadis.

Toutes les rénovations d'infrastructures ont été entreprises en mettant l'accent sur la « résilience », étant donné la vulnérabilité de cette zone aux catastrophes naturelles. Les interventions uniques dans les établissements de soins de santé et les anganwadis de Wyanad ont été la restauration de puits creusés, l'installation de filtres à eau, la formation à l'utilisation de kits de test de la qualité de l'eau et de systèmes de collecte des eaux de pluie (RWH).

Dans le nord de l'État d'Uttar Pradesh, WaterAid India a investi dans l'infrastructure critique d'un centre de santé communautaire et d'un

18. OMS (2010). *Suivi des éléments constitutifs des systèmes de santé : manuel des indicateurs et de leurs stratégies de mesure*. Disponible sur : wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/ (consulté le 24 mars 2022).



► L'infirmière en chef Madhubala Awasti se lave les mains après avoir aidé des patients dans une salle d'un centre de santé communautaire. Uttar Pradesh, Inde. Juin 2021.

établissement de soins de santé primaires, notamment dans des systèmes CEP. Ces systèmes fournissent de l'eau pour le lavage des mains et la chasse d'eau des toilettes. Le Rogi Kalyan Samiti s'est concentré sur l'importance de l'infrastructure l'EAH pour l'exploitation et l'entretien, y compris sur la nécessité d'allouer des crédits budgétaires à l'exploitation et l'entretien. Ces actions ont conduit le gouvernement à adopter un décret pour que les systèmes CEP dans les établissements de soins de santé soient la norme dans l'Uttar Pradesh.

Le gouvernement a été engagé tout au long de ce processus pour assurer la continuité au-delà de la période du projet, et pour institutionnaliser des évaluations régulières et des allocations budgétaires pour les améliorations l'EAH, ainsi que l'exploitation et l'entretien.

Principaux enseignements

- Augmenter le financement et les investissements pour garantir un système l'EAH adéquat dans le cadre d'un renforcement plus large du système de santé. Ce financement devrait inclure une exploitation et un entretien réguliers des infrastructures l'EAH, la formation et le renforcement des capacités des prestataires de soins de santé, les institutions mandatées sur le l'EAH, l'hygiène et l'IPC, et de fortes campagnes sociales et de changement de comportement pour promouvoir l'hygiène parmi tout le personnel des établissements de soins de santé, les patients et leurs soignants.
- Renforcer la structure, les processus et les actions des structures mandatées comme les Rogi Kalyan Samitis et les comités IPC dans les établissements de soins de santé publics, afin qu'ils se concentrent sur le renforcement et le maintien des infrastructures et des services des établissements de soins de santé, y compris ceux de l'EAH.
- Renforcer les institutions au niveau communautaire, leur appropriation et leur participation aux processus des établissements de soins de santé, pour améliorer les services de santé, y compris la fourniture de services l'EAH dans ces installations. Les communautés peuvent également être sensibilisées à l'importance de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de soins de santé, ainsi qu'à leurs droits en tant que patients et soignants d'exiger des établissements sécurisés.



WaterAid/Anindito Mukherjee

Conclusions et recommandations

À partir de notre travail sur le renforcement du système, nous pouvons formuler les recommandations suivantes :

- Les gouvernements doivent allouer davantage de financements pour garantir un programme l'EAH adéquat et résilient au sein des établissements de soins de santé.
- Les décideurs politiques doivent définir les services l'EAH dans les établissements de soins de santé comme priorités essentielles dans tous les documents de politique de santé (politiques de santé nationales et étatiques, chartes des droits des patients/citoyens, normes de santé publique indiennes) et les programmes (soins aux nouveau-nés à domicile, soins prénataux, centres de santé et de bien-être) relatifs à la qualité des soins, aux soins maternels respectueux et à la CSU.
- Les gouvernements doivent régulièrement examiner et évaluer le statut des établissements de santé en matière de l'EAH dans le cadre des normes liées à la santé (p. ex. : les normes indiennes de santé publique), des systèmes de suivi (p. ex. : Kayakalp) et des enquêtes indépendantes au niveau des installations. Ils doivent utiliser les résultats pour éclairer les plans d'action et les allocations budgétaires, dans le but d'améliorer les installations, les systèmes et les normes l'EAH.



Malawi

Engagement communautaire : le cas du centre de santé de Chikweo



Contexte

L'adoption de la résolution l'EAH dans les établissements de soins de santé lors de l'AMS 2019 a été un catalyseur pour la transformation des systèmes de santé. Au Malawi, le lobbying de WaterAid a contribué aux engagements répétés du ministre de la Santé en vue d'assurer le développement et la mise en œuvre d'une feuille de route d'amélioration du l'EAH dans les établissements de santé. Celle-ci catalysera ces transformations, comme dans le centre de santé de Chikweo.

Le centre de santé de Chikweo est situé dans l'autorité traditionnelle de Chikweo dans le district de Machinga, à 91 km de l'hôpital Machinga District. La population y est de 107 003 habitants. L'établissement lutte contre les problèmes en matière de l'EAH depuis que ses systèmes d'eau ont été vandalisés en janvier 2016, et dépend depuis lors d'un forage équipé d'une pompe manuelle située dans une école primaire voisine. Le personnel et les tuteurs de l'hôpital sont en concurrence avec les enfants de l'école et la communauté environnante pour avoir accès à l'eau, ce qui compromet la qualité des services de santé du centre.

Obstacles

Les principaux obstacles aux progrès du programme l'EAH identifiés dans le centre de santé de Chikweo sont les suivants :

- **Exploitation et entretien inadéquats des installations l'EAH.** La plupart du temps, le comité d'entretien ne disposait pas de ressources financières suffisantes pour entretenir l'installation.
- **Le nombre insuffisant d'agents de sécurité augmente le risque de vandalisme.** Le vandalisme est une conséquence d'une participation limitée de la communauté à la prestation des services de santé, et d'une appropriation insuffisante des infrastructures l'EAH.
- **Faible taux de rétention du personnel et manque d'effectifs.** En raison du manque d'eau courante et d'installations sanitaires, tant pour les patients que pour le personnel, ce qui constitue particulièrement un fardeau pour les travailleuses de la santé, le centre a été en sous-effectif pendant plusieurs années et a eu du mal à retenir son personnel. Celui-ci demandait des transferts ou ne se présentait pas au travail une fois affecté au centre.
- **Manque d'installations pour le lavage des mains et de mesures de prévention des infections.** Le personnel médical et les patients en quête de soins ne pouvaient pas se laver les mains en raison du manque d'installations dotées de savon et d'eau courante. Les pratiques d'hygiène générales et les mesures de prévention des infections ont été impactées, mettant ainsi en danger la vie des patients et des professionnels de la santé.
- **Manque d'installations l'EAH sensibles à la dimension de genre.** Les futures mères ne souhaitaient pas accoucher au centre en raison du manque d'installations l'EAH sûres et privées. La plupart des femmes ont choisi d'accoucher à la maison, et certaines ont même attendu jusqu'à la dernière minute avant de venir au centre pour accoucher.



WaterAid/ Francis Chipanda

◀ Cotuwege Gama, clinicien, se lave les mains au centre de santé de Chikweo dans le cadre du projet Deliver Life to Mothers, Girls and Children (dans la région sud du Malawi), financé par le Fonds de développement international du gouvernement écossais. Machinga, Malawi. Décembre 2021.



WaterAid/Dennis Lupenga

◀ Grâce au projet Deliver Life to Mothers, Girls and Children (dans la région sud du Malawi), financé par le Fonds de développement international du gouvernement écossais, cet établissement dispose désormais de toilettes pour les patients et le personnel, de salles de bain pour les femmes enceintes, d'un système d'approvisionnement en eau, d'un incinérateur et d'une fosse à placenta. Machinga, Malawi. Septembre 2019.

Approche

Deliver Life to Mothers, Girls and Children (dans la région sud du Malawi) est financé par le Fonds de développement international du gouvernement écossais, avec un soutien supplémentaire de la collecte de fonds des employés de Scottish Water. Le projet a débuté en octobre 2018 et se poursuivra jusqu'en mars 2023 - jusqu'à présent, il a modélisé EAH dans quatre HCF, dont l'un était Chikweo.

Une approche de renforcement des systèmes a été adoptée au centre de santé de Chikweo par le biais de la participation et de l'appropriation de la communauté afin d'améliorer l'exploitation et l'entretien, et d'enrayer le vandalisme. Par exemple, la communauté a mis en place des activités génératrices de revenus pour financer l'exploitation et l'entretien, notamment la culture et la vente de maïs, de patates douces et d'arachides, ainsi que le stockage de vélos (moyennant paiement) pour les clients qui viennent à Chikweo pour profiter des services. En outre, un exercice d'analyse des coûts du cycle de vie a aidé les comités d'exploitation et d'entretien au niveau des districts et des établissements à planifier des services EAH durables. Le renforcement des capacités du personnel de santé s'est fait par le biais d'une formation à l'IPC (Contrôle et prévention des infections) et au EAH (Eau, Assainissement et Hygiène), notamment sur la gestion des déchets, l'hygiène des mains et le nettoyage de l'environnement.

Le projet continue d'aider le conseil de district à élaborer des plans d'investissement stratégiques de district (PISD) adaptés aux ODD et à augmenter l'allocation de fonds pour le programme EAH à ce niveau.

Le modèle EAH dans les établissements de soins de santé à Chikweo, comprenant le paquet EAH, les conceptions et les normes, a été utilisé pour démontrer le potentiel de mise à l'échelle avec le ministère de la Santé et d'autres parties prenantes.

Les preuves du changement

Après la formation à l'IPC et au EAH dispensée au personnel de santé dans le cadre du projet, et après la publication de nouvelles directives dans ces deux domaines, des plans d'amélioration ont été élaborés au niveau des établissements de santé sur différents aspects de la prévention des infections, tels que la gestion des déchets, l'hygiène des mains et le nettoyage de l'environnement. Ces plans d'amélioration ont ensuite été mis en œuvre par le personnel de santé. Un coordinateur IPC de district effectue des supervisions trimestrielles dans les établissements de santé afin de vérifier les progrès accomplis. Il a ainsi pu constater que l'IPC est désormais effectivement pratiquée dans le centre, tant par le personnel soignant que par les patients.

Le suivi et l'engagement des professionnels de la santé ont indiqué que les améliorations de l'environnement de travail du centre ont stimulé la motivation du personnel.

Le ministère de la Santé a recommandé les conceptions et les normes du paquet EAH modélisé à Chikweo à d'autres établissements de soins de santé à travers le Malawi par le biais d'une présentation au groupe de travail sous-technique de Safe Motherhood. Il influence également d'autres parties prenantes relatives au EAH pour qu'elles adoptent le programme complet qui comprend des conseils sur les incinérateurs, les fosses à cendres, les fosses à placenta, les latrines, les toilettes et les systèmes d'approvisionnement en eau réticulés afin de mettre à l'échelle un système EAH sûr et durable.



Principaux enseignements

- L'implication et l'appropriation par la communauté contribuent à l'amélioration de la qualité des services l'EAH. Dans le projet Deliver Life to Mothers, Girls and Children (dans la région sud du Malawi), les membres de la communauté ont supervisé les travaux de construction de l'installation, ce qui a permis aux entrepreneurs de respecter les normes spécifiées.
- L'implication de la communauté contribue à des économies financières et améliore les conditions sanitaires. Par exemple, à Chikweo, les bénévoles de la communauté ont rassemblé des poubelles pour éliminer les déchets solides dans l'établissement, ce qui a également permis à l'établissement de faire des économies sur les services émis par des entrepreneurs.
- Un engagement et des conversations durables avec les ministères, les départements et les agents du gouvernement permettent d'établir des priorités et d'intégrer les programmes l'EAH et IPC. Jusqu'à présent, nos conversations ont conduit à l'élaboration de directives nationales révisées en matière d'IPC l'EAH au Malawi. Le projet Deliver Life to Mothers, Girls and Children (dans la région sud du Malawi) soutient le déploiement et l'adoption de ces directives révisées dans l'établissement de soins de santé cible du projet.
- Les preuves générées par les études et les projets peuvent être exploitées afin d'influencer les stratégies et les feuilles de route nationales. WaterAid Malawi s'est servi d'études pour influencer l'inclusion du l'EAH dans les institutions en tant que thème autonome dans la stratégie nationale d'assainissement et d'hygiène (NSHS) 2018-2024. Le projet Deliver Life to Mothers, Girls and Children (dans la région sud du Malawi) a également généré des données probantes qui influencent le contenu de la feuille de route du Malawi pour l'amélioration du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé.
- L'identification des lacunes dans la fourniture de services peut conduire à l'établissement de nouveaux partenariats. Notre travail a permis d'établir le profil des lacunes en matière de prestation de services l'EAH dans les établissements de soins de santé et d'inciter les donateurs à s'associer à WaterAid dans leurs districts prioritaires.

► Forage installé dans le cadre du projet Deliver Life to Mothers, Girls and Children (dans la région sud du Malawi). Machinga, Malawi. Décembre 2021.

Conclusions et recommandations

Le travail réalisé à Chikweo a démontré l'importance de l'engagement communautaire lors de la modélisation du l'EAH dans un établissement de soins de santé. L'engagement et l'appropriation par la communauté ont permis d'améliorer la qualité des services l'EAH et d'en réduire les coûts. Nous avons tiré de notre travail au Malawi les recommandations suivantes :

- Pour améliorer et pérenniser la prestation de services l'EAH et le changement de comportement au sein des établissements de santé, le gouvernement du Malawi devra augmenter l'allocation financière pour les gouvernements locaux. Cela permettra d'atteindre le seuil minimum requis par la politique, à savoir 5 % de toutes les ressources du budget national canalisées vers les conseils de district, et les positionnera pour mieux prendre en charge l'exploitation et l'entretien de l'EAH dans les établissements de santé.
- Le ministère de la Santé doit renforcer la participation des communautés à la prestation des services de santé. Il doit veiller à ce que la boucle soit bouclée, depuis les enquêtes de satisfaction sur la prestation des services et les entretiens de sortie jusqu'au retour d'informations aux communautés sur les résultats, en passant par la prise de mesures sur les problèmes identifiés.
- Les ONG doivent avoir une compréhension approfondie des obstacles aux services l'EAH durables dans les établissements de santé et investir dans des interventions systématiques à long terme pour s'attaquer aux blocages et briser le cycle.





Mali

Partenariats et coordination pour des services l'EAH efficaces dans les établissements de soin de santé



Contexte

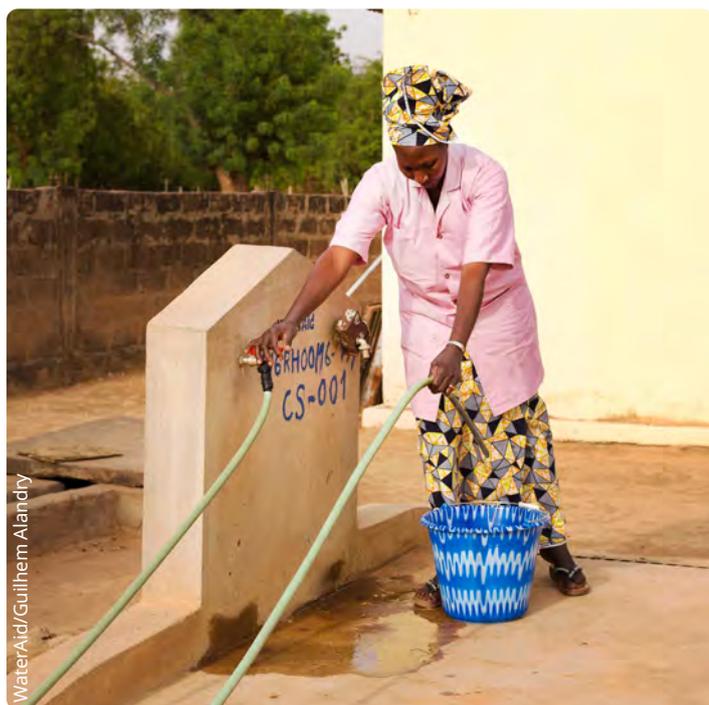
L'épidémie du virus Ebola de 2014 au Mali a mis en évidence les conséquences mortelles de l'absence d'un programme l'EAH dans les établissements de soins de santé. Il s'agissait également d'une période de changement, les États membres de l'ONU annonçant le passage à un nouveau programme de développement durable, avec la transition des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) vers les ODD, et le début de la stratégie d'intervention nationale 2016/21.

WaterAid Mali a mis en œuvre un projet l'EAH de janvier 2015 à décembre 2017 dans 23 HCF des districts de Bla (région de Ségou) et de Koro (région de Mopti) soutenu par la Fondation Conrad N. Hilton et la Fondation One Drop et délivré en collaboration avec les Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC), l'OMS, le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP), les Collectivités territoriales (CT), les Associations de santé communautaire (ASACO) et les ONG locales partenaires (ALPHALOG, APROFEM et ARAFD).

Obstacles

Grâce au programme l'EAH dans les établissements de soins de santé, WaterAid Mali a identifié quatre facteurs contribuant à l'insuffisance des services l'EAH dans ces structures :

- **Données insuffisantes sur la couverture l'EAH dans les établissements de santé.** Les informations au niveau national ne sont que très rarement collectées à l'aide d'évaluations sur un échantillon représentatif et ne s'appuient pas sur les indicateurs globaux du JMP.¹⁹ Cela signifie qu'il n'y a pas de données nationales complètes et à jour sur la couverture l'EAH dans les établissements de santé.
- **Financement prioritaire pour les ménages par rapport aux établissements de santé.** Historiquement, les accords bilatéraux, les fondations privées et les gouvernements ont donné la priorité aux services l'EAH dans les ménages (conformément aux OMD).
- **Capacité et gouvernance inadéquates.** Manque de ressources techniques et financières allouées au programme l'EAH et faible gouvernance des ASACO qui sont responsables de la gestion des établissements de santé communautaires, y compris l'EAH. Cette faible gouvernance se caractérise par une mauvaise compréhension de leurs rôles et responsabilités, ainsi que par des problèmes de gestion et de capacité financière.
- **Un environnement défavorable aux initiatives intersectorielles.** La coordination entre les secteurs l'EAH est faible au Mali, avec un manque de clarté sur les rôles et responsabilités des différents ministères responsables de la santé et de l'EAH. Ainsi, la responsabilité et l'obligation de rendre des comptes sont partagées entre deux secteurs.



◀ Abibatou Diarra, sage-femme, recueille de l'eau potable à un robinet installé par Wateraid au centre de santé de Diaramana, Cercle de Bla, région de Ségou, Mali. Avril 2018.

19. Rapport mondial sur la progression en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de soins de santé : premiers éléments fondamentaux. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



◀ Setou Diallo, 45 ans, membre du groupe de femmes Benkadi, debout avec ses deux filles Korotimi et Foune à la maison à Kakounouso, Samabogo, district de Bla, Ségou, Mali. Octobre 2019.

Approche

Pour surmonter ces obstacles, WaterAid Mali, les CDC, la Direction nationale de la santé (DNS) et l'OMS ont mis en œuvre un projet multipartite axé sur les domaines clés suivants :

1. Analyse de la situation de base et de l'accessibilité (par WaterAid Mali, les CDC et le DNS).
2. Prestation de services l'EAH et promotion du changement de comportement (par WaterAid Mali).
3. Renforcement des capacités aux niveaux local et national (par WaterAid Mali, l'OMS et le DNS).
4. Amélioration de la planification et de la coordination entre les acteurs pour créer un environnement favorable (par l'OMS et le DNS).

Les domaines susmentionnés ont été mis en œuvre dans le cadre d'une approche adaptative et multipartite, et d'un partenariat spécialisé. Comme évoqué précédemment, le partenariat a utilisé les forces respectives des différentes organisations en faisant fonctionner différents domaines de mise en œuvre. Un groupe de travail a été créé pour faciliter la coordination entre les domaines d'implémentation du projet, en plus de coordonner l'élaboration de normes et de standards nationaux.

Les preuves du changement

Une fois le projet terminé, les 23 établissements de soins de santé ciblés ont obtenu un accès à l'eau et à l'assainissement (y compris la gestion des déchets solides et ont pu bénéficier d'un personnel de nettoyage. En outre, un plan de gestion de la santé environnementale (grâce à l'outil l'EAH FIT) qui soutient la gestion durable du l'EAH a été développé et mis en place dans les 23 établissements.

Tout au long du projet, la collaboration des trois partenaires (DNS, OMS et WaterAid Mali) a permis d'échanger des points de vue et d'adapter plus facilement les plans en fonction des difficultés rencontrées.

Un groupe de travail national l'EAH-Health a été relancé en 2016 pour coordonner les efforts du secteur, partager les leçons apprises sur le terrain et promouvoir le travail d'amélioration du l'EAH dans les établissements de soins de santé à l'échelle nationale. Ce groupe de travail sert de plateforme de discussion et est présidé par la division de l'hygiène publique et de l'assainissement de la direction nationale de la santé. Grâce à ce groupe de travail, plusieurs documents clés ont été approuvés, notamment le **Paquet minimum l'EAH dans les établissements de santé** (*Paquet minimum pour l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement dans les établissements de santé au Mali*), le **Plan stratégique national l'EAH** (*Plan stratégique national pour l'amélioration des conditions d'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement dans les établissements de santé au Mali 2017-2021*) et des directives telles que *Le guide technique des infrastructures dans les centres de santé*, et des protocoles comme les *Directives nationales de prévention et de contrôle des infections - a catalogue of technologies to guide high quality service delivery in HCF* (un catalogue de technologies pour guider un service de haute qualité dans les établissements de santé).

Les résultats du projet ont fait office de preuves pour le plaidoyer et la sensibilisation par WaterAid au Mali afin d'obtenir des actions supplémentaires sur le l'EAH dans les établissements de santé. En outre, les résultats de l'étude du CDC sur les infections périnatales et la pratique du lavage des mains par le personnel de santé ont été essentiels pour atteindre nos objectifs de plaidoyer basés sur des preuves. WaterAid Mali a récemment travaillé avec la Direction nationale de la Santé pour contextualiser les indicateurs l'EAH du JMP dans le système d'information sanitaire sur le DHIS-2 au niveau national et pour le suivi des progrès en matière de l'EAH dans les établissements de santé.

Principaux enseignements

Ces partenariats ont mis en évidence le fait que l'accès universel à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène durables nécessite des opportunités d'innovation, d'apprentissage, de diffusion et de mise à l'échelle des modèles. En particulier, les leçons suivantes ont été tirées :

- En dernier ressort, le ministère de la Santé est responsable de la planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'établissement de rapports sur le programme l'EAH des établissements de santé. Ainsi, le leadership du personnel de santé et sa responsabilité tout au long du processus, de la planification à l'établissement des rapports, ont été des facteurs essentiels au succès du projet et à sa durabilité.
- La collaboration avec des partenaires spécialisés a contribué à l'élaboration d'une méthode de travail plus efficace, et la clarification des rôles et des responsabilités a permis de tirer parti des atouts de chaque organisation.
- L'apprentissage et le partage d'expérience au sein du Groupe spécial ont été un facteur clé de l'amélioration des documents cadres et des politiques, ce qui a permis au projet de s'adapter au fur et à mesure.
- Les preuves obtenues lors de la mise en œuvre du projet ont facilité l'engagement des parlementaires dans la campagne de plaidoyer de WaterAid pour la réduction de la malnutrition, de la mortalité néonatale et infantile.
- La disponibilité des services l'EAH combinée à des interventions sur le changement de comportement fondées sur des preuves a facilité l'adoption de bonnes pratiques d'hygiène à la fois chez le personnel de santé, les patients et les soignants.
- Le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé peut être utilisé comme un point d'entrée au sein des communautés pour les approches l'EAH « tout territoire » et le renforcement des systèmes de manière plus générale.

▶ Oumar Malle, au centre, chef de Dankoumani, tenant une réunion avec des membres de la communauté dans son village, district de Bla, région de Ségou, Mali. Octobre 2019.



Conclusions et recommandations

Il est essentiel de tirer parti des forces respectives des partenaires et d'établir des mécanismes de coordination solides pour obtenir un système l'EAH de qualité dans les établissements de santé.

En s'appuyant sur les preuves et les leçons apprises, un modèle d'intervention l'EAH dans les établissements de soins de santé doit :

- Adopter une approche adaptative et fondée sur des preuves qui maximise le retour sur investissement dans le secteur de la santé et démontre l'importance du programme l'EAH pour le développement.
- S'intégrer dans le cadre multipartite existant ou, le cas échéant, créer un environnement favorable à une bonne coordination sectorielle et à la définition de documents normatifs et réglementaires harmonisés.
- Combiner la prestation de services l'EAH durables avec le plaidoyer fondé sur des preuves pour le renforcement du système de santé et l'accès universel au l'EAH durable.
- En outre, au niveau national, les ministères doivent établir des mécanismes de coordination entre le secteur l'EAH et la santé.





Myanmar

Projet pour soutenir des naissances plus sûres au Myanmar



Contexte

Au Myanmar, la situation en matière de l'EAH et d'IPC dans les établissements de soins de santé n'est pas claire en raison du manque de données représentatives au niveau national. Lorsque des installations l'EAH sont présentes, elles ne répondent souvent pas aux normes minimales de l'OMS. Depuis la création de WaterAid Myanmar en 2016, deux recherches sur le l'EAH dans les établissements de santé ont été menées en collaboration avec le ministère de la Santé et des Sports. Les conclusions de ces études ont permis d'améliorer les conditions en matière de l'EAH et d'IPC dans ces structures au Myanmar, dans le cadre du projet phare de WaterAid Myanmar sur le l'EAH dans les établissements de soins de santé, Supporting Safer Births in Myanmar (SSBP).

Le projet SSBP devait s'achever en décembre 2022. Cependant, à la suite du coup d'État militaire au Myanmar le 1er février 2021, WaterAid a cessé de s'engager auprès d'institutions gouvernementales. Les professionnels de la santé du pays ont participé au mouvement de désobéissance civile pour protester contre le coup d'État. Dans ce contexte, la poursuite du SSBP n'était plus envisageable et WaterAid, en collaboration avec ses partenaires, a convenu de conclure le projet en juin 2021.

▼ Une infirmière et Ma Tin Tin Aye avec son bébé à l'hôpital de Lemyethna, région d'Ayeyarwady, Myanmar. Mars 2020.



Obstacles

Tout au long du projet SSBP, des obstacles à l'avancement du programme l'EAH en faveur de l'égalité des sexes et de l'inclusion sociale dans les établissements de soins de santé ont été identifiés :

- **Financement des installations l'EAH et IPC.** Dans les allocations budgétaires des établissements de santé au Myanmar, aucun financement n'était dédié aux installations l'EAH et IPC.
- **Manque de sensibilisation sur le genre et l'exclusion sociale.** Les principales parties prenantes, telles que le personnel du ministère de la Santé et celui des établissements de santé à différents niveaux, n'ont qu'une connaissance limitée du l'EAH et de l'IPC en matière de genre et d'inclusion sociale.
- **Manque de coordination avec les organisations.** Aucun mécanisme de coordination régulier n'a été mis en place autour du programme l'EAH inclusif dans les établissements de santé et aucune consultation formelle n'a eu lieu avec les OPH ou les groupes de défense des droits des femmes.
- **Sous-représentation de tous les utilisateurs des systèmes l'EAH et des établissements de santé.** La voix des utilisateurs et leurs commentaires, y compris ceux des femmes et des groupes marginalisés, ont rarement été intégrés dans la conception et l'amélioration des systèmes l'EAH et des établissements de soins de santé.
- **Manque de solutions pour la gestion des déchets.** Les municipalités offrent peu de dispositifs pour la gestion des déchets médicaux.
- **Les restrictions liées à la COVID-19.** Pendant la pandémie de COVID-19, les restrictions de voyage, les exigences de quarantaine et l'accès limité aux établissements de santé ont limité les améliorations apportées à ces structures.



Approche

Afin de s'attaquer à ces obstacles critiques aux progrès en matière de genre et d'inclusion sociale concernant le l'EAH dans les établissements de soins de santé, WaterAid Myanmar, en partenariat avec Jhpiego et en collaboration avec le ministère de la Santé, a mis en œuvre le projet SSPB grâce au financement du Fonds de l'eau pour les femmes du gouvernement australien.

L'objectif du projet était de permettre aux « femmes du Myanmar d'accoucher de manière plus sûre grâce à l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux ». Pour ce faire, l'idée était de renforcer le système de soins de santé en intégrant un programme d'eau, d'assainissement et d'hygiène ainsi que de prévention des maladies infectieuses dans une perspective d'égalité entre les sexes et d'inclusion sociale, ainsi qu'en démontrant l'amélioration de la qualité dans cinq hôpitaux municipaux de la région d'Ayeyarwady.

Plusieurs mécanismes de coordination ont été mis en œuvre dans le cadre du projet SSPB, et divers ministères concernés ainsi qu'un large éventail de parties prenantes étaient représentés, y compris des OPH et des groupes de défense des droits des femmes. Un programme de renforcement des capacités appelé « **TEACH CLEAN** » et une approche d'amélioration de la qualité visant à instaurer de bonnes pratiques d'hygiène parmi le personnel de nettoyage et les infirmières des hôpitaux ont également été adoptés dans le cadre du projet.

Les preuves du changement

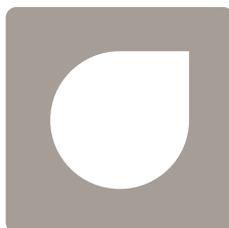
Après avoir suivi les activités du projet SSPB, le personnel du gouvernement a fait preuve d'une grande ouverture vis-à-vis des concepts de genre et d'inclusion sociale. Les responsables du ministère de la Santé central et régional ont été pleinement impliqués tout au long du projet, y compris dans l'élaboration et la prestation de la formation TEACH CLEAN. Le kit de formation TEACH CLEAN a été conçu dans une optique axée sur le genre et l'inclusion sociale, de sorte que la participation au processus aide le personnel du ministère de la Santé à comprendre les concepts impliqués.

Le personnel des établissements de santé, dont les responsables, les infirmières et les agents de nettoyage, ont démontré qu'ils avaient amélioré leurs pratiques en matière d'hygiène et de gestion des déchets et qu'ils s'approprièrent les programmes l'EAH et IPC à la suite de la formation TEACH CLEAN. Par exemple, le responsable médical de la commune de Kyangin a financé et installé de manière indépendante des infrastructures inclusives telles que des toilettes conviviales dans les installations de santé et d'hygiène menstruelles, des installations sanitaires séparées pour les hommes et les femmes, et des chemins appropriés pour s'y rendre.

Le personnel de nettoyage et les infirmières juniors ont été invités à rejoindre les comités d'amélioration de la qualité après la formation Teach Clean. L'inclusion des agents de nettoyage et des infirmières, qui sont souvent des femmes, dans ce comité leur a donné l'occasion de participer aux processus décisionnels, qui sont souvent dominés par les médecins (principalement de sexe masculin).

La gestion des déchets médicaux dans les hôpitaux municipaux s'est considérablement améliorée lorsqu'un groupe de travail sur la santé des municipalités (comprenant des membres du département de l'administration générale et du département municipal) et un comité d'amélioration de la qualité ont été établis et ont travaillé ensemble.

◀ Mg Min remplit une bouteille d'eau provenant d'un réservoir d'eau potable à l'hôpital de Lemyethna, région d'Ayeyarwady, Myanmar. Mars 2020.





▲ Des infirmières s'occupent de leurs patients dans l'une des salles pour bébés de l'hôpital de Hinthada, dans la commune de Hinthada, au Myanmar. Mars 2020.

Conclusions et recommandations

Le projet SSBP a été un catalyseur de changement. Grâce à lui, WaterAid Myanmar s'est efforcé de renforcer les mécanismes de coordination et la capacité des professionnels de la santé à fournir des services l'EAH socialement inclusifs, mais également en termes de genre dans les établissements de santé.

Lors de la mise en œuvre de projets visant à atteindre un l'EAH socialement inclusif et favorable à l'égalité des genres dans les établissements de santé, nous recommandons de :

- Renforcer le développement des capacités et la supervision du personnel et des parties prenantes du projet (telles que les fonctionnaires du ministère de la Santé et le personnel des établissements de soins de santé) ainsi que des groupes cibles pour assurer la mise en œuvre continue de l'égalité entre les sexes et l'inclusion sociale.
- Renforcer les partenariats avec le groupe de défense des droits des femmes et les OPH à l'aide un budget alloué, et les intégrer rapidement. Les faire participer à des mécanismes de coordination formels permet de renforcer leur influence sur la GSI auprès du ministère de la Santé.
- Identifier et établir des mécanismes de coordination essentiels à tous les niveaux dès le début du projet (par exemple, les réunions régionales de plaidoyer ont été primordiales pour influencer le changement au niveau des établissements de santé). Il faut pour cela comprendre le contexte local et la structure du ministère de la Santé dès la phase de conception de l'intervention.

Principaux enseignements

- La création d'une compréhension partagée des concepts et approches liés au genre et à l'inclusion sociale parmi les parties prenantes du projet dès le début améliorera la conception des interventions. L'équipe de projet doit également comprendre comment traduire ces concepts en changements mesurables dans le cadre des processus de conception et de suivi.
- Une mise en place solide des structures de gouvernance du projet et des mécanismes de coordination permet d'accélérer les activités du projet, de promouvoir l'engagement au niveau national, régional, municipal ainsi qu'au niveau de l'établissement et des différentes parties prenantes, et de faciliter une coordination efficace.
- Impliquer dès le début des groupes de défense des droits en tant que partenaires plus actifs leur permet de jouer un rôle plus important dans la conception et la mise en œuvre des activités du projet. Ils peuvent ainsi exercer une influence plus efficace.
- Une « approche de plaidoyer plus douce » qui utilise la communication informelle et formelle peut s'avérer une stratégie efficace face à la résistance du gouvernement sur les questions de genre et d'inclusion sociale.
- Recruter un chef de projet ayant une connaissance approfondie des systèmes de santé locaux permet une interaction plus efficace avec les différents responsables de systèmes complexes.
- Il est important d'harmoniser les processus d'amélioration de la qualité en matière d'IPC et de l'EAH afin de garantir le développement et la rénovation des infrastructures en temps voulu, l'adhésion des professionnels de la santé et la durabilité.



Népal

Le parcours du l'EAH dans l'approbation de la norme nationale dans les établissements de soins de santé



Contexte

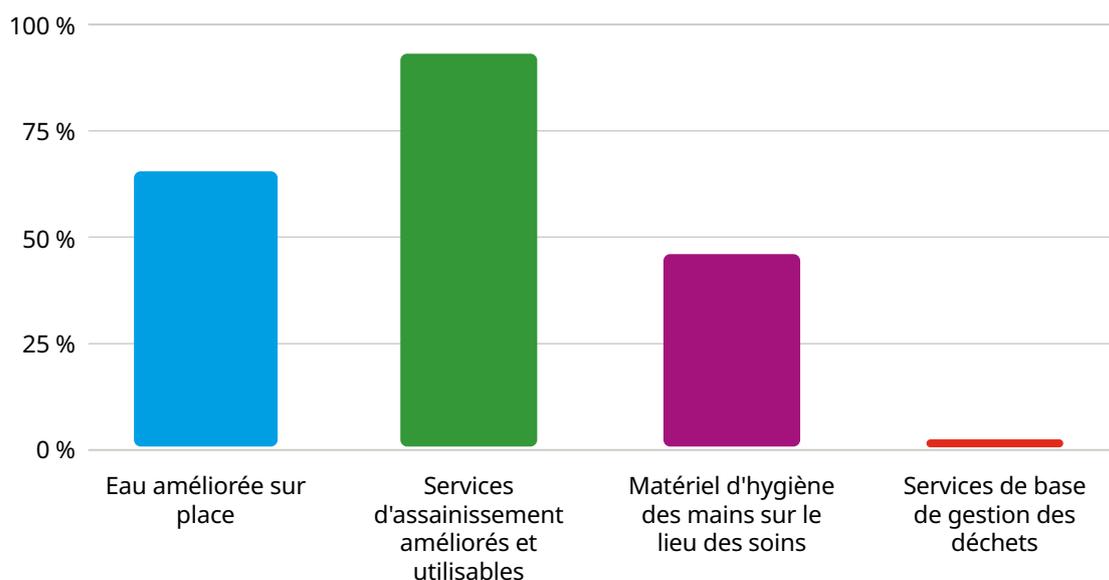
Dans le contexte de l'examen mondial mené par l'OMS et l'UNICEF en 2015 sur l'importance du l'EAH dans les établissements de soins de santé, la Constitution du Népal a reconnu « l'accès à l'eau potable et à l'assainissement » comme un droit humain fondamental. Pour appuyer cette démarche, le ministère de l'approvisionnement en eau a élaboré une directive sur l'assainissement total afin d'éliminer la défécation à l'air libre et de créer un environnement où chacun, partout, a accès à des installations l'EAH. Malgré des progrès significatifs dans l'amélioration de la couverture en eau potable et en assainissement de base au Népal, le programme l'EAH dans les établissements de santé reste un défi. La figure 7 illustre ce contraste, car elle montre comment plus d'un tiers (36 %) des établissements de santé ne bénéficient pas d'une amélioration de l'eau sur place, 8 % n'ont pas de services d'assainissement améliorés et utilisables, moins de la moitié (46 %) a du matériel dédié à l'hygiène des mains sur le lieu de soins, et seulement 1 % dispose de services de gestion des déchets de base.²⁰

► Ces installations l'EAH inclusives et conviviales au poste de santé de Jamuni ont été construites par WaterAid Nepal et son partenaire de mise en œuvre Backward Society Education (BASE).



Figure 7 : Statut du l'EAH dans les établissements de soins de santé au Népal

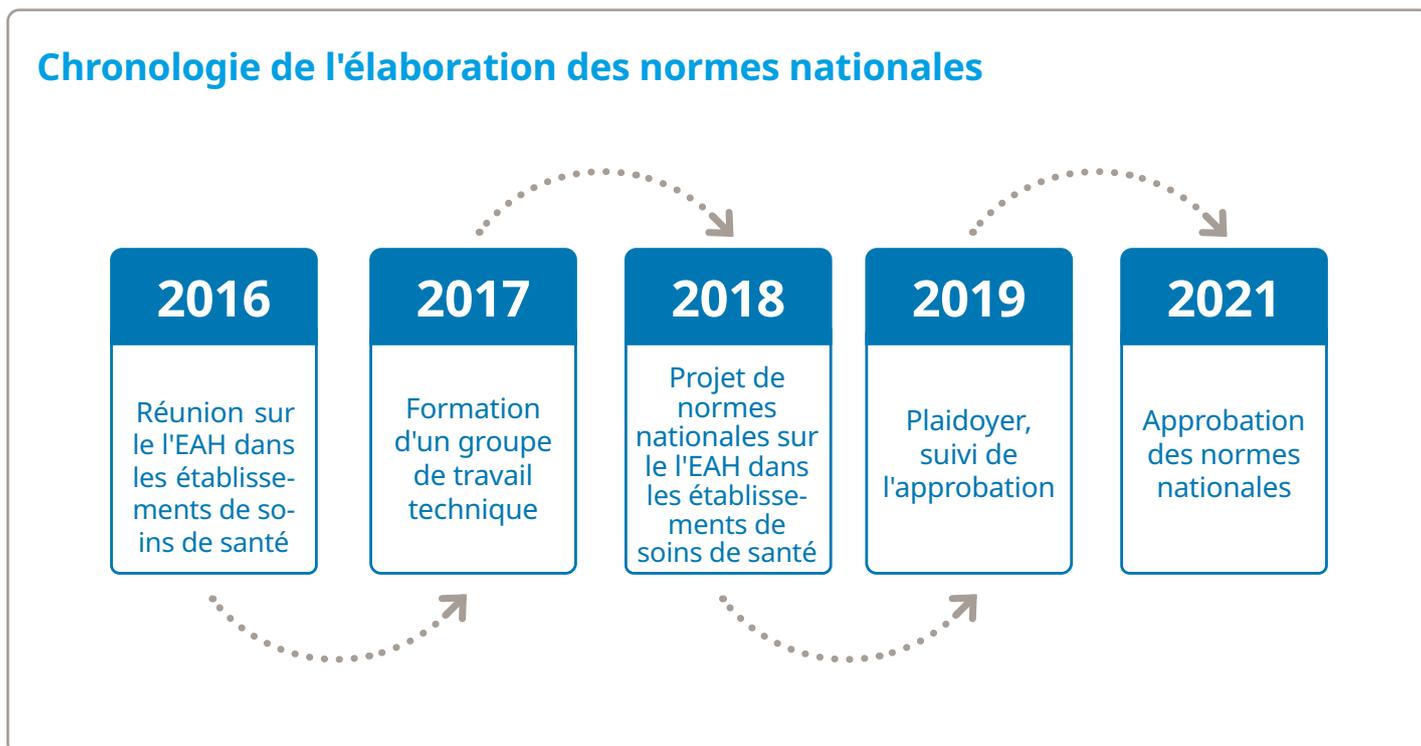
Statut du l'EAH dans les établissements de soins de santé au Népal



Source : WHO/UNICEF Baseline 2019

20. OMS (2021). *Rapport mondial sur la progression du programme l'EAH dans les établissements de santé : premiers éléments fondamentaux*. Disponible sur : who.int/publications/item/9789240017542 (consulté le 6 avril 2022).

Figure 8. Chronologie de l'élaboration de la norme nationale



Blocages

Voici certains des obstacles aux progrès en matière de l'EAH dans les établissements de soins de santé népalais :

- **Manque de rapports et de données.** Il y avait un manque important de données sur le statut du l'EAH dans les établissements de soins de santé, et aucune donnée sur les organisations qui travaillaient dans ce domaine n'était disponible.
- **Absence de rôles clairs.** En 2016, il n'existait pas d'organisme désigné au sein du ministère de la Santé et de la Population pour s'occuper du programme l'EAH dans les établissements de santé. Début 2017, il a été décidé par le ministère de confier les responsabilités à la Division de la gestion.
- **Manque de solutions pour la gestion des déchets.** Les travaux relatifs à la gestion des déchets médicaux, qui présentent un risque pour la santé humaine et environnementale, étaient limités.
- **Absence de normes nationales sur le l'EAH dans les établissements de soins de santé.** Ces établissements travaillaient selon les directives de l'OMS, mais ne disposait d'aucune norme nationale contextualisée.
- **Indicateurs ou directives l'EAH limités pour les établissements de santé de tous niveaux.** Il n'existait qu'une norme de service minimale pour les hôpitaux de district, dont les indicateurs l'EAH étaient limités.

Approche

WaterAid Nepal a mené une évaluation du programme l'EAH dans 20 établissements de soins de santé différents dans trois districts : Siraha, Sindhuli et Makwanpur. Cette évaluation a permis de générer des preuves qui ont ensuite été partagées dans différents forums du secteur de la santé.

WaterAid Nepal a collaboré avec l'OMS pour mener un dialogue politique sur l'intégration des ODD 3 et 6 en présence de hauts dignitaires du ministère de la Santé, de la Commission nationale de planification et du Département de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. Au cours de la concertation, le secrétaire à la Santé a dirigé une discussion avec la Division de la gestion et a partagé les preuves et les idées sur le l'EAH dans les établissements de soins de santé.

WaterAid Nepal, avec la coordination de la Division de la gestion, a organisé une réunion d'examen pour demander à différentes organisations travaillant sur le l'EAH dans les établissements de soins de santé de partager leurs plans et programmes. En conséquence, un groupe de travail technique (TWG) sur le l'EAH dans ces structures au niveau fédéral au Népal a été formé en 2017 sous l'égide de la Division de la gestion du ministère de la Santé, avec WaterAid Nepal en tant que secrétaire.

Le TWG a apporté un soutien technique à

la rédaction des normes nationales pour le programme l'EAH dans les établissements de santé et a mené les activités de suivi et de plaidoyer nécessaires à son adoption. En tant que secrétaire du TWG, WaterAid Nepal a continuellement plaidé pour finaliser la norme nationale et son approbation avec le ministère de la Santé sur une base régulière. En outre, la résolution de l'AMS de 2019 sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé a eu un effet amplificateur sur l'adoption de la norme nationale du Népal pour le l'EAH dans ces établissements. Depuis lors, la Division de la gestion s'est déjà préparée à élaborer une feuille de route chiffrée dans ce domaine.

Grâce à un plaidoyer et un suivi continu, le ministère de la Santé a approuvé la norme nationale l'EAH dans les établissements de soins de santé en juillet 2021.

Le TWG formé pendant le processus d'élaboration de la norme était actif et motivé. Deux TWG parallèles ont également été créés pendant cette période : l'un pour la gestion des déchets médicaux et l'autre pour le l'EAH dans les établissements de santé. Ils disposaient tous deux de membres similaires et de questions interdépendantes, c'est pourquoi des discussions sur leur fusion sont en cours. Le ministère de la Santé s'est engagé à élaborer une feuille de route pour le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé afin de soutenir la mise en œuvre des normes nationales l'EAH. De même, des programmes d'orientation sur les normes au niveau provincial sont en cours de développement.

▼ Sunita Kharel est infirmière auxiliaire principale et sage-femme au poste de santé de Bhumlutaar, où une station de lavage des mains sans contact a été installée pour aider à stopper la propagation du COVID-19, Kavre, Népal. Septembre 2020.



Principaux enseignements

- Un plaidoyer fondé sur des preuves a permis d'attirer l'attention des parties prenantes et des fonctionnaires travaillant pour le ministère de la Santé afin qu'ils accordent la priorité au l'EAH dans les établissements de soins de santé.
- La coordination et le soutien réguliers du gouvernement et des parties prenantes ont également joué un rôle essentiel dans le maintien de l'intérêt pour le l'EAH dans les établissements de santé.
- L'appropriation et le dévouement des parties prenantes ont joué un rôle crucial dans l'approbation des normes. Malgré la situation politique transitoire difficile pendant le processus d'élaboration des normes nationales, c'est la motivation et l'appropriation du gouvernement et des membres du TWG qui ont rendu ce résultat possible. Les défenseurs individuels au sein du ministère de la Santé sont essentiels et peuvent guider le processus d'approbation et plaider pour une action accrue en matière de l'EAH dans les établissements de soins de santé.

Conclusions et recommandations

L'approbation de la norme nationale sur le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé est une réussite en soi. Les normes permettent d'identifier et de combler les lacunes, d'améliorer le statut l'EAH dans les établissements de soins de santé et de garantir une prestation de services de haute qualité.

De la formation du Groupe de travail technique (TWG) à la rédaction des normes et au plaidoyer pour leur approbation, WaterAid Nepal a été une force motrice tout au long du processus.

Lors de la mise en œuvre du programme l'EAH dans le cadre des interventions dans les établissements de soins de santé, nous recommandons ce qui suit :

- Les gouvernements doivent impliquer tous les membres du groupe de travail technique (TWG) dans le processus de mise en œuvre.
- Élaborer un plan d'action, des lignes directrices ou une feuille de route, ainsi que les normes budgétaires requises pour la mise en œuvre de la norme, et ce, au début du processus.
- Accompagner les normes nationales d'un programme d'orientation et de sensibilisation pour éviter tout retard dans la mise en œuvre.



Tanzanie

Plusieurs approches pour augmenter le rôle de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans le domaine de la santé



Contexte

Bien que la région de Geita soit bordée par le lac Victoria, une étude de base nous a permis de déterminer que l'accès à l'eau était limité dans les établissements de soins de santé et au niveau communautaire dans les districts de Geita et Nyang'whale. Les sources communes d'eau pour les ménages, les installations et les écoles comprenaient des forages saisonniers, des puits non protégés et des barrages. Les femmes devaient parcourir de longues distances pour aller chercher de l'eau, même lorsqu'elles étaient enceintes. La situation était particulièrement difficile pour les femmes enceintes qui n'avaient d'autre choix que d'apporter un seau d'eau à la maternité.

Le manque d'eau et d'installations pour le lavage des mains signifie que les pratiques d'hygiène sont difficiles à respecter et que l'IPC (Contrôle et Prévention des Infections) est impossible à maintenir. La disponibilité et l'utilisation de toilettes au sein des établissements de soins de santé est un domaine qui doit être abordé pour améliorer l'élimination des matières fécales et aider à minimiser la transmission des maladies. En plus de ces questions pratiques, il était clair que la participation des femmes à la prise de décision était très faible : seules quelques femmes étant capables de prendre des décisions concernant leur santé et d'autres questions domestiques.

▼ Nyaganga Juma Samuel, 37 ans, infirmière et sage-femme, montrant à Modesita Hamisi, 28 ans, comment assurer le confort de son nouveau-né, Dispensaire de Nyamalimbe, district de Geita, Tanzanie. Juin 2020.



WaterAid/James Kiyimba

Barrières

Grâce à une enquête de base, à des entretiens approfondis et à des discussions de groupe avec des responsables de district, des chefs de village et des membres de la communauté, nous avons déterminé les obstacles suivants :

- **Des fonds limités ont été alloués par les conseils de district pour améliorer l'EAH dans les établissements de soins de santé.** Par exemple, cela signifie que le budget annuel alloué était insuffisant pour garantir que chaque établissement de santé dispose d'une source fiable d'eau potable. Ceci est en partie dû au manque d'efforts conjoints entre les départements de la santé et de l'eau pour plaider en faveur de la disponibilité de l'eau lors des réunions du Conseil.
- **Faible intégration de l'EAH** lors de la planification pour les établissements de soins de santé au niveau du conseil de district, ce qui conduit à une mauvaise priorisation des initiatives l'EAH dans les établissements de soins de santé.
- Nous avons constaté une faible intégration des messages relatifs à l'assainissement et à l'hygiène dans le champ d'action des agents de santé communautaires.
- **Le manque de connaissances dans la communauté** sur l'autonomisation des femmes et leur capacité à prendre des décisions pour rechercher et utiliser des services de santé fiables pour elles-mêmes et leur famille.

Approche

Nous avons mis en œuvre le projet tanzanien « Deliver Life » pendant 4 ans dans les districts de Geita et Nyang'whale. Outre la construction d'infrastructures, ce projet visait à générer des changements en s'engageant auprès de la communauté et des défenseurs du gouvernement. La réalisation du projet comprenait les activités suivantes :

- Construction d'une infrastructure L'EAH dans 12 établissements de soins de santé, augmentant l'accès à l'eau courante dans les installations, les toilettes à chasse d'eau et les stations de lavage des mains dans les maternités, les salles d'opération et d'autres zones de l'établissement grâce à l'engagement des partenaires.
- Formation de 1 906 agents de santé communautaires et de personnes qualifiées pour l'accouchement à la fourniture de services tenant compte de la dimension de genre et aux bonnes pratiques en matière de l'EAH.
- Identifier, former et encadrer 878 agents de changement communautaires pour influencer leurs pairs sur les pratiques L'EAH positives, y compris l'impact des inégalités entre les sexes.
- Campagnes de sensibilisation sur les services L'EAH disponibles en faisant appel à des influenceurs locaux et à des artistes qui ont utilisé un mélange de jeux de rôle, d'engagement avec les femmes locales et les personnes dans la salle d'attente pour sensibiliser à la problématique L'EAH dans les établissements de soins de santé.
- En collaboration avec l'autorité gouvernementale locale, plaider pour l'inclusion des femmes dans les comités communautaires de l'eau et de l'environnement. Les anciens comités communautaires de l'eau (COWSO) étaient dirigés par des femmes et avaient pour rôle de maintenir et d'étendre les infrastructures d'eau, notamment en utilisant les fonds collectés pour étendre les services d'eau à la communauté, y compris les établissements de soins de santé, pour augmenter le nombre de personnes ayant accès à l'eau et augmenter également la collecte.
- Orienter les dirigeants locaux sur les questions L'EAH pour améliorer la budgétisation et la planification L'EAH dans les établissements de soins de santé.

Tableau 1. Couverture des services d'accouchement chez les femmes ayant accouché d'un enfant vivant au cours des deux années précédant l'enquête dans les districts de Geita et Nyang'whale, au départ ²¹ (2016) et en fin d'enquête ²² (2020)

	Début	Fin		
		Total en % (CI 95 %)	Geita en % (CI 95 %)	Nyang'whale en % (CI 95 %)
Personnes qualifiées pour l'accouchement (clinicien, infirmière, sage-femme)	59 (51–66)	79 (73–84)	75 (70–80)	78 (74–83)
Lieu de naissance				
Domicile	46 (39–53)	16 (12–20)	23 (17–28)	17 (14–21)
Hôpital	15 (12–19)	13 (10–16)	16 (12–20)	14 (11–16)
Clinique/centre de santé	23 (18–28)	37 (30–43)	41 (34–47)	37 (32–43)
Dispensaire	16 (12–21)	33 (27–38)	19 (13–25)	30 (25–35)

21. Enquête de base réalisée par DAMAX Solutions Co. Ltd avec le soutien technique et financier d'Affaires mondiales Canada, d'Amref Health Africa et de WaterAid Tanzanie dans le cadre de l'Initiative Canada-Afrique pour lutter contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

22. Enquête finale menée par l'Institut tanzanien de surveillance et d'évaluation (TIME) avec le soutien technique et financier d'Affaires mondiales Canada, d'Amref Health Africa, du Christian Children's Fund of Canada (CCFC), du Hospital for Sick Children's Centre for Global Child Health (SickKids) et de WaterAid dans le cadre de l'Initiative Canada-Afrique pour lutter contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Preuve du changement

Le projet a contribué à améliorer significativement l'expérience des femmes qui accouchent dans tous les établissements de soins de santé des districts de Geita et Nyang'whale. Par exemple, les femmes ne sont plus obligées d'apporter leurs propres seaux d'eau pendant l'accouchement. En outre, avant l'intervention, seules 59 % des femmes interrogées disposaient d'une personne qualifiée présente pendant le processus d'accouchement. Ce taux est passé à 78 % après l'intervention.

Ces mesures ont contribué à améliorer l'accès aux services d'assainissement et d'hygiène et les cas de septicémie ont diminué.

L'évaluation finale du projet a indiqué que les établissements de soins de santé ont inclus les activités du projet dans leurs plans, comme la réparation et l'entretien des infrastructures construites par le projet. Nous avons pu atteindre 729 093 membres de la communauté grâce à des campagnes d'éducation et de sensibilisation sur les services L'EAH disponibles, en faisant appel à des personnes influentes au niveau local. Grâce au plaidoyer mené par l'autorité gouvernementale locale, nous avons recruté 247 membres de l'organisation communautaire d'approvisionnement en eau (COWSO), des comités communautaires de gestion de l'eau et de l'environnement dirigés par des femmes.

Principaux enseignements

- L'inclusion des différentes parties prenantes depuis la conception du projet jusqu'à son lancement est très importante pour renforcer la participation, l'appropriation, la sensibilisation et la pérennité du projet. Il est particulièrement important d'inclure les dirigeants politiques qui sont responsables de l'allocation des fonds gouvernementaux. L'équipe du projet a coopéré avec l'ensemble de l'administration régionale et locale, des niveaux supérieurs aux niveaux inférieurs, ce qui a facilité la compréhension du projet et a renforcé l'engagement à atteindre l'objectif du projet.
- Comme l'approvisionnement en eau est transféré du COWSO à la nouvelle organisation communautaire pour l'eau et l'assainissement (CBWSO), la capacité institutionnelle doit être renforcée. La CBWSO est une organisation communautaire qui a les mêmes responsabilités que la COWSO mais qui implique des membres supplémentaires tels que des enseignants, des médecins, des fonctionnaires. Pour des raisons de durabilité, les projets d'eau de la CBWSO devraient être intégrés dans le conseil/agence opérationnel(le) officiel(le) du gouvernement

(service de l'eau) afin de générer des revenus pour l'exploitation et l'entretien et contribuer aux extensions du projet.

- Une conception technique appropriée et une construction réussie d'un mécanisme de collecte des eaux de pluie (RWH) peuvent aider à résoudre les problèmes d'eau dans les établissements de soins de santé tout au long de l'année.
- L'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de santé accroît la confiance dans les services de santé et permet aux femmes d'accoucher dans des établissements confortables et sûrs plutôt qu'à domicile.

Conclusions et recommandations

D'après notre travail dans la région de Geita, nous recommandons que les différents rôles des acteurs soient compris et soutenus comme suit :

- **Le gouvernement à tous les niveaux.** Le gouvernement doit s'assurer que des fonds suffisants sont alloués et déboursés au niveau sous-national pour couvrir les coûts liés à l'exploitation et l'entretien, la rénovation et l'expansion des services L'EAH dans les établissements de soins de santé. La pérennité et l'expansion des activités du projet nécessitent l'engagement du gouvernement, du niveau national au niveau local, et d'autres partenaires clés.
- **Établissement de santé.** Le comité directeur des établissements de soins de santé doit se réunir régulièrement pour revoir son rôle et faire un suivi des établissements afin de s'assurer que les résultats obtenus en matière de L'EAH dans les établissements de soins de santé sont maintenus et étendus/répliqués.
- **Communauté.** Nous recommandons que lorsque la communauté est responsable de l'approvisionnement en eau, la CBWSO utilise les fonds collectés pour étendre les services d'eau à la communauté, y compris aux institutions publiques comme les établissements de soins de santé. Cela permettra d'augmenter le nombre de personnes ayant accès à l'eau et d'accroître les revenus de la CBWSO. À long terme, l'ensemble de la communauté aura accès à l'eau. La CBWSO devrait organiser des forums avec les chefs de village et les organismes/agences nationaux chargés de la gouvernance de l'eau pour discuter des problèmes d'eau dans le village respectif afin d'éviter les interférences et les conflits d'intérêts entre les organisations et de s'assurer que tout le monde travaille dans le même but.



Ouganda

Des preuves pour agir



● Jalia Nabukeer, sage-femme, se lave les mains à l'extérieur du bloc du service de consultation externe avant de s'occuper des patients au centre de santé Katabi III, district de Wakiso, Ouganda. Février 2022.

WaterAid/James Kyimba

Contexte

L'EAH dans les établissements de soins de santé est un objectif de plaidoyer pour WaterAid Ouganda depuis 2016. Le but est de faire évoluer le récit national suite à la résolution de 2019 de l'AMS. La stratégie était de générer des preuves dans le domaine l'EAH dans les établissements de soins de santé afin d'informer la politique gouvernementale et la normalisation des services, et de travailler pour améliorer la sensibilisation au problème et attirer des champions puissants pour faire avancer l'accès national.

WaterAid Ouganda a donné la priorité au renforcement des données et du suivi afin de faire respecter les normes de qualité du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé. Cependant, le manque de données de référence sur les niveaux de service l'EAH et de conseils spécifiques au contexte pour informer ces changements a entravé les progrès.

Barrières

Les principaux obstacles aux progrès en matière de l'EAH dans les établissements de soins de santé étaient les suivants :

- **Absence de rapports et de données.** Le manque d'informations claires sur les lacunes dans les niveaux de service et les faiblesses dans la gestion et le financement des installations l'EAH a constitué un obstacle majeur à l'avancement du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé. Ce manque de données provenant de Kampala et d'ailleurs a entravé les progrès effectifs en matière d'amélioration de l'accès.
- **Absence de normes nationales spécifiques au contexte** pour un programme l'EAH de qualité dans les établissements de soins de santé à travers l'Ouganda.

Approche

WaterAid Ouganda a mis en œuvre un processus de collecte de données pour le domaine l'EAH dans les établissements de soins de santé en 2018, qui a couvert une vaste zone pour aider le Ministère de la Santé (MoH) à effectuer une planification basée sur des données et l'a utilisé pour engager et influencer les acteurs et les décideurs. L'évaluation initiale a identifié les acteurs, les facteurs, les lacunes et les relations dans la fourniture de services l'EAH dans les établissements de soins de santé.

D'ici 2020, et dès l'enregistrement des cas de COVID-19 en Ouganda, WaterAid a initié une évaluation du statut l'EAH dans les établissements de soins de santé des villes frontalières. Ces villes ont été désignées comme critiques pour contrôler la propagation du virus en Ouganda. Par la suite, en partenariat avec l'UNICEF, WaterAid Ouganda a aidé le ministère de la Santé à réaliser une évaluation nationale du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé primaires à l'aide de l'[outil mWater](#) afin de dresser un tableau complet des données de base.

Les données ont mis en évidence le besoin urgent d'un leadership politique pour stimuler l'expansion des services l'EAH dans les établissements de soins de santé. WaterAid a profité des journées mondiales l'EAH pour engager des acteurs politiques de haut niveau à soutenir le développement de directives nationales pour l'EAH dans les établissements de soins de santé. En partenariat avec l'UNICEF, WaterAid Ouganda a ensuite aidé le ministère de la Santé à élaborer et à faire approuver ces directives nationales. Ceci a été réalisé en facilitant les réunions de consultation nationales et régionales et en fournissant une assistance technique pour soutenir le développement des directives.

▼ **Jalia Nabukeera, 29 ans, sage-femme diplômée, éliminant des déchets médicaux dans une chambre de combustion (incinérateur), Centre de santé Katabi III, district de Wakiso, Ouganda. Février 2022.**



Preuve du changement

Un engagement initial a été pris dans les directives nationales pour augmenter de 30 % l'allocation de ressources pour l'eau et l'assainissement, ainsi que pour les soins de santé préventifs et promotionnels. Cette allocation de ressources provient du budget des soins de santé primaires qui est alloué aux établissements de soins de santé par le ministère central de la Santé.

Malgré ce succès, les fonds promis ne sont pas alloués à l'EAH au niveau des établissements. WaterAid Ouganda travaille avec des partenaires locaux pour mettre en évidence ce défi et aider les gestionnaires des établissements à planifier et à utiliser ces fonds pour améliorer le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé. Les résultats de l'évaluation du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé ont déclenché des discussions entre le ministère de la Santé, l'UNICEF et d'autres partenaires de développement du programme l'EAH autour de l'élaboration de directives nationales pour le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé. Il s'agissait notamment d'établir une équipe de travail nationale composée de représentants du ministère de la Santé, du ministère de l'Eau et de l'Environnement, de WaterAid, de l'UNICEF et de l'USAID pour diriger l'élaboration de ces directives.

Les normes et directives nationales pour l'EAH dans les établissements de soins de santé ont été développées et validées par les parties prenantes. Une fois qu'elles auront été approuvées par le ministère de la Santé, l'accent sera mis sur le déploiement et l'adoption. Le leadership du ministère de la Santé et l'implication de Kampala Capital City Authority (KCCA) dans la conduite de l'évaluation du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé ont permis de s'assurer que les données recueillies au cours du processus ont été prises en compte dans le contenu des directives nationales. Ces directives permettront d'établir une norme pour l'EAH dans les établissements de soins de santé et de prendre des dispositions pour assurer un fonctionnement adéquat de l'exploitation et de l'entretien.

Principaux enseignements

La catalyse du changement dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène au sein des établissements de soins de santé a été réalisée de plusieurs manières :

- **Renforcement des capacités :** Le renforcement des capacités des ministères, départements et agences de tutelle à mener le travail de plaidoyer et de génération de preuves est important pour garantir l'appropriation des données et la pérennité des actions. En situant le travail au sein des institutions mandatées par le gouvernement et en travaillant en arrière-plan, WaterAid Ouganda a pu soutenir l'appropriation par le gouvernement.



◀ Tigalana Fidah, infirmière principale, obtient de l'eau potable à partir d'un purificateur d'eau situé dans un centre de vaccination pour enfants très fréquenté, Centre de santé IV de Ndejje, municipalité de Makindye Ssabagabo, Ouganda. Mai 2020.

- **Flexibilité** : Initialement prévue uniquement pour la zone métropolitaine du Grand Kampala, la flexibilité de l'extension de l'évaluation l'EAH dans le cadre des établissements de soins de santé, en partenariat avec d'autres parties prenantes, a conduit à un processus plus long, mais a permis au secteur de s'approprier les résultats et de les mettre en œuvre.
- **Création de partenariats diversifiés** : Travailler en partenariat avec des universitaires, des techniciens, des décideurs et des alliés politiques a permis de renforcer la voix collective. Les universités Emory et Makerere ont renforcé la crédibilité et la rigueur des résultats, et WaterAid a fourni la capacité technique et l'expertise. Le ministère de la Santé a pu étendre l'évaluation et utiliser les résultats pour soutenir l'élaboration de politiques et de directives. Les alliés politiques ont eu le pouvoir de faire adopter les nouvelles normes et directives.
- **Appropriation rapide des données et engagement** : L'engagement des parties prenantes à toutes les étapes du processus a permis de recueillir le soutien des décideurs. La présentation des preuves dans un format simple et adapté au public cible a permis de déclencher un sentiment d'urgence aux différents niveaux de l'administration, y compris les unités administratives nationales et décentralisées.
- **Assurer la qualité de la collecte des données et la diffusion stratégique** : WaterAid Ouganda a utilisé les données générées pour publier des preuves rigoureuses sur le statut du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé, en mettant l'accent sur les résultats en matière de santé maternelle, néonatale et infantile (MNCH en anglais). La publication d'études dans des revues évaluées par des pairs a renforcé la crédibilité des preuves et le fait de les encadrer autour des résultats en matière de santé maternelle, néonatale et infantile a augmenté l'engagement avec les résultats.

Conclusions et recommandations

Les preuves et les données sont des catalyseurs clés du changement. WaterAid Ouganda a encouragé une large appropriation du processus de collecte de données entre les champions ministériels, politiques et académiques dès le début, établissant un groupe diversifié d'acteurs et de décideurs avec la bonne combinaison de compétences et de pouvoir.

L'adhésion au concept avant la collecte des données a permis aux diverses parties prenantes de reconnaître leur contribution au projet, ce qui a renforcé leur engagement. La co-création de l'étude avec toutes les parties prenantes cibles a nécessité un processus plus long que la seule collecte de données. Travailler de cette manière était plus efficace que de publier les résultats de l'évaluation et de rechercher ensuite l'engagement et l'adoption des résultats de l'évaluation. L'engagement des décideurs ayant le pouvoir d'influencer le secteur l'EAH a permis à WaterAid Ouganda de s'assurer que la politique et les directives nationales étaient fondées sur des preuves. WaterAid Ouganda recommande ce qui suit :

- Les décideurs doivent établir des plans et des actions collectives pour combler les lacunes des services l'EAH.
- Les acteurs du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (EAH) et du financement du secteur de la santé (établissements de soins de santé) doivent collaborer pour produire des preuves, tirer parti de leurs compétences respectives et renforcer l'appropriation et l'engagement à agir sur les résultats.



Zambie



Le genre et l'inclusion sociale dans le secteur l'EAH l'EAH les établissements de soins de santé

Contexte

WaterAid Zambie, ses partenaires de mise en œuvre et les parties prenantes du secteur ont entrepris plusieurs enquêtes d'évaluation du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé qui ont mis en évidence le besoin urgent d'améliorer les services l'EAH dans ces environnements. En outre, les statistiques nationales²³ montrent qu'au moins 60 % des établissements de soins de santé fournissent moins qu'un service de base pour l'eau, 7 % des installations ne disposent pas de toilettes et certaines n'ont aucun service l'EAH.²⁴

Le manque de services l'EAH dans les établissements de soins de santé a un impact particulier sur la capacité et la volonté des femmes enceintes, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à accéder aux services des établissements de soins de santé, qui sont soumis à l'indignité d'utiliser des installations sales, non sécurisées et n'offrant aucune intimité, et certains craignent de contracter une infection en raison d'un mauvais IPC (Contrôle et Prévention des Infections). Ces personnes risquent de souffrir de complications supplémentaires en raison de retards dans l'accès à un traitement opportun.

▼ Olice Namuswa, l'agent d'entretien du centre de santé rural de Sinde, se prépare à laver le linge de l'hôpital à un point d'eau public. District de Kazungula, Zambie. Octobre 2018.



Barrières

Au début du projet l'EAH dans les établissements de soins de santé de WaterAid Zambie, nous avons identifié les obstacles suivants :

- Le ministère de la Santé a assuré un plaidoyer et un leadership de haut niveau en veillant à ce que le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé reçoive l'attention requise. Cependant, les services l'EAH dans les établissements de soins de santé n'est souvent pas considéré comme une priorité au niveau des établissements, ce qui entraîne un manque de plans et de budgets adéquats pour des services durables.
- L'accès inclusif à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène a été traité comme un ajout facultatif dans les normes et politiques relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de soins de santé.
- L'absence de plans types au niveau local a conduit à des infrastructures l'EAH incohérentes, et parfois de mauvaise qualité.
- Il y avait des écarts entre la politique et la pratique. Par exemple, lorsque le ministère de la Santé s'est engagé à fournir des toilettes accessibles, de nombreux entrepreneurs n'avaient pas les compétences et l'expérience nécessaires pour atteindre cet objectif.
- Il y avait des idées fausses selon lesquelles l'inclusion de l'eau, l'assainissement, et l'hygiène dans les établissements de soins de santé signifiait se concentrer sur des types spécifiques de handicaps, ce qui signifie que des dispositions n'ont pas été prises pour d'autres types de handicaps, comme la déficience visuelle et l'autisme. Cela était probablement dû à l'insuffisance de données sur la conception universelle et à l'exclusion des personnes en situation de handicap et des OPH dans la prise de décision concernant le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé.

23. OMS/UNICEF (2019). *Joint Monitoring Programme*. Disponible sur EAHdata.org/ (consulté le 29 mars 2022).

24. OMS/UNICEF/JMP (2019). *Rapport mondial de référence sur le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé 2019*. Disponible sur unwater.org/app/uploads/2019/05/JMP-2019-wash-in-hcf.pdf (consulté le 25 mars 2022).

Approche

WaterAid Zambia met en œuvre un projet dans les établissements de santé jusqu'en 2023 avec le soutien de The Leona M. and Harry B. Helmsley Charitable Trust. Le projet cible 60 HCF dans quatre districts de Mwandia et Sesheke dans la province de l'Ouest, Kazungula et Monze dans la province du Sud, afin de développer des modèles de qualité et inclusifs pour le EAH dans les HCF.

Des partenariats ont été établis avec les communautés, les organisations communautaires et un large éventail d'agences gouvernementales pour s'assurer que les besoins étaient compris et les installations entretenues. Par exemple, WaterAid Zambia a établi un protocole d'accord avec Zambia Alliance for People living with Disabilities (ZAPD) afin d'évaluer l'accessibilité des installations, d'identifier les domaines d'amélioration et de s'assurer que les normes nationales étaient correctement intégrées. Le projet a ensuite développé des installations modèles qui démontrent comment ces normes peuvent être appliquées dans la pratique.

Les mécanismes de redevabilité, notamment la mobilisation et le développement des capacités/compétences par le biais d'une approche fondée sur les droits de l'homme dans les structures communautaires existantes, comme les groupes de soutien aux mères et les comités de santé de quartier, garantiront que les communautés sont en mesure de demander des comptes aux responsables et que toutes les installations répondent aux normes nationales.

Preuve du changement

Le projet est en cours, mais après deux ans, nous voyons déjà des preuves émergentes de changement. Nous avons observé une augmentation de la fréquentation des établissements de soins de santé pour la santé maternelle et l'OPD (service de consultation externe).

Après deux ans, grâce à des exercices de vérification des résultats, nous avons observé que la qualité, l'inclusivité et la cohérence du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé ciblés étaient améliorées grâce à des outils pratiques. Nous avons développé des outils pratiques qui ont permis aux parties prenantes d'adopter une approche systématique et cohérente dans tous les établissements de soins de santé et avons intégré ces outils dans les systèmes existants. Par exemple, pour le processus de conception, de construction et de transfert, une boîte à outils et des listes de contrôle ont été utilisées pour assurer l'accès pour tous à chaque étape. Ces listes de contrôle étaient liées au processus de certification et de paiement, ce qui a permis de s'assurer que les entrepreneurs atteignent leurs objectifs en rendant les services l'EAH des établissements de soins de santé inclusifs et accessibles. Nous avons travaillé avec les fournisseurs et les partenaires pour comprendre les normes de qualité minimales par le biais d'ateliers sur les normes de qualité, qui visaient à rendre ces normes opérationnelles.

En construisant des installations modèles pour l'EAH dans les établissements de soins de santé qui répondent aux besoins des communautés, nous avons pu montrer un exemple de service l'EAH de qualité et inclusif dans les établissements de soins de santé. Ces établissements ont servi d'outil de visualisation et, grâce à des visites de l'installation, les partenaires ont pu comprendre les problèmes d'accessibilité et obtenir



◀ Sheila Ngwenya, l'infirmière responsable du centre de santé rural de Sinde, qui ne dispose pas d'eau courante propre. District de Kazungula, Zambie. Octobre 2018 .

des informations pratiques sur la manière d'assurer un accès inclusif au système l'EAH dans la planification, la conception et la construction. Les données générées par le projet ont servi à l'élaboration de normes nationales pour un accès inclusif au système l'EAH dans les établissements de soins de santé. Nous avons aidé le ministère de la santé à développer des normes pour l'EAH dans les établissements de soins de santé et l'adaptation de l'EAHFIT en un outil national d'évaluation des services l'EAH dans les établissements de soins de santé. Les normes et les outils ont été développés pour permettre une évaluation plus réaliste des établissements de soins de santé afin d'améliorer la prestation des services de santé et de réduire les infections associées aux soins. Le protocole d'accord que WaterAid a établi avec la ZAPD a permis de s'assurer que les normes nationales répondent aux besoins des personnes en situation de handicap. Davantage d'activités de sensibilisation axées sur les femmes et les filles ont été entreprises au niveau des établissements de soins de santé.

Principaux enseignements

Nous gérons une itération continue des initiatives l'EAH dans la programmation des établissements de soins de santé et continuons à compiler les apprentissages clés de façon continue, [voir ce récent rapport d'apprentissage pour plus de détails](#) :

- Il est essentiel de comprendre les relations et la dynamique du pouvoir au sein de chaque communauté et de s'engager auprès des groupes représentatifs. Nous avons consulté les structures au niveau de l'établissement, telles que les Safe Motherhood Action Groups (SMAG en anglais - Groupes d'action pour une maternité sans risque), les Neighbourhood Health Committees (NHC en anglais - Comités pour la santé dans les quartiers), les organisations de personnes handicapées (OPH) et les utilisateurs de services. Cela nous a permis de nous assurer que nous avons créé des services l'EAH dans les établissements de soins de santé qui étaient inclusifs et répondaient aux besoins de chaque communauté.
- Les outils pour réaliser l'accès inclusif à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène peuvent aider à garantir que les normes nationales sont atteintes avec cohérence et qualité de mise en œuvre. Lier des outils comme les listes de contrôle aux processus de certification et de paiement peut donner des incitations supplémentaires aux entrepreneurs pour garantir que les services l'EAH dans les établissements de soins de santé sont totalement inclusifs.
- Le processus de consultation avec toutes les parties prenantes, y compris les ministères de tutelle du gouvernement national, les autorités locales et les communautés, tout au long de la conception du projet, permet une appropriation et des résultats durables.
- Tout au long de la période du projet, s'appuyer sur les outils existants, les compétences et l'expérience des vendeurs et des membres de la communauté et en tirer parti pour mener à bien les résultats.

Conclusions et recommandations

Le partenariat avec les organisations communautaires, les agences gouvernementales et les OPH permet de s'assurer que les besoins des utilisateurs sont parfaitement compris. Grâce au partenariat de WaterAid Zambie avec la ZAPD, les audits d'accessibilité des installations ont permis d'élaborer des normes nationales.

En s'appuyant sur les succès de ce projet, afin de garantir des résultats durables et inclusifs, nous recommandons ce qui suit :

- Les bailleurs de fonds doivent s'éloigner des approches ponctuelles « axées sur les projets » et se concentrer sur le renforcement des systèmes dans toutes les composantes nécessaires au maintien d'un programme l'EAH inclusif dans les établissements de soins de santé.
- Les gouvernements et les ONG doivent renforcer les capacités du personnel de santé à gérer les services l'EAH, avec une formation aux étapes pratiques, aux procédures de rapport et à la gestion financière afin de garantir la pérennité des résultats des services l'EAH et des comportements.
- Les gouvernements et les parties prenantes devraient collaborer et établir des partenariats avec les OPH pour s'assurer que les normes nationales et locales tiennent compte de tous les handicaps et que les aspects de la conception universelle sont pris en compte tout au long de la mise en œuvre.
- Un outil d'évaluation l'EAH dans les établissements de soins de santé développé sur la base des normes internationales devrait continuer à être appliqué par le gouvernement pour contrôler et rassembler des preuves et des précisions sur l'accessibilité des établissements de soins de santé à travers la Zambie.
- Toutes les parties prenantes doivent considérer l'accès inclusif à l'eau et à l'assainissement comme faisant partie intégrante de toutes les initiatives et normes relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de soins de santé. Tout au long des collaborations, de la conception des installations, de la mise en œuvre et des conversations autour des normes nationales, l'inclusion doit être considérée comme une exigence centrale et indispensable pour les services l'EAH dans les établissements de soins de santé.
- Toutes les parties prenantes doivent continuer à renforcer les capacités des groupes communautaires afin qu'ils soient en mesure de demander des comptes aux responsables et d'exiger un programme l'EAH inclusif et de qualité dans les établissements de soins de santé. Les responsables doivent encourager et répondre aux voix de la communauté à travers les structures existantes, telles que les forums du conseil.



Conclusions



● Oumou Traore, matrone, au centre de santé de Diaramana, Cercle de Bla, région de Ségou, Mali. Avril 2018 .



Conclusion

L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé sont à la base de nombreux résultats sanitaires et sont essentiels à la réalisation de la santé universelle. Depuis trop longtemps, l'absence d'un système d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène sûr et durable dans les établissements de santé a entraîné la propagation de maladies et de mauvais résultats sanitaires. Elle crée des environnements dangereux pour les agents de santé et leurs patients et entraîne une faible résilience aux chocs climatiques et sanitaires. Il est essentiel de comprendre les obstacles spécifiques au contexte qui empêchent de progresser dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de soins de santé afin de développer des approches et des solutions efficaces pour améliorer l'eau, l'assainissement, l'hygiène et la santé.

En partageant les leçons tirées de notre travail sur les services L'EAH dans les établissements de soins de santé, nous espérons susciter des discussions et des débats sur les moyens efficaces d'intensifier de toute urgence des services L'EAH dans les établissements de santé. Nous avons une nouvelle stratégie organisationnelle mondiale par laquelle nous continuerons à donner la priorité à notre travail avec le secteur de la santé pour accroître l'appropriation du programme L'EAH dans les établissements de soins de santé et promouvoir une action intersectorielle pour mettre fin à cette crise. Dans le cadre de cette nouvelle stratégie mondiale, nous restons déterminés à tirer les enseignements de notre travail (et de celui des autres) et à continuer à partager nos leçons et nos analyses.

Cette section consolide nos enseignements sur les approches de renforcement des systèmes et de sécurisation des progrès en matière de L'EAH dans les établissements de soins de santé dans différents contextes nationaux. Nous formulons également des recommandations aux acteurs du secteur L'EAH et de la santé sur les mesures à prendre pour promouvoir le changement.

▼ Younoussa Samake est le directeur technique du centre de santé de Bogoni, qui dispose désormais d'eau potable, de toilettes décentes et d'installations d'hygiène sur place. Quartier de Bla, région de Ségou, Mali. Octobre 2019.



Principaux enseignements

Les systèmes de santé se caractérisent par des complexités et des interactions entre différents acteurs et facteurs. Les acteurs de la santé et de l'EAH s'accordent sur l'importance du renforcement des systèmes. Toutefois, en fin de compte, les activités de renforcement des systèmes doivent aboutir à une amélioration des niveaux et de la prestation des services, en mettant l'accent sur les personnes et l'amélioration des résultats de santé. Il est important de maintenir l'attention sur ce point lorsque l'on considère les leçons du renforcement des systèmes.

Bien que tous les contextes nationaux soient différents, nous avons identifié des leçons communes à partir des différents pays dans lesquels nous travaillons. D'après notre expérience, nous concluons que les actions suivantes, menées par le gouvernement et les partenaires, sont cruciales pour réaliser des progrès au niveau national en matière de services l'EAH dans les établissements de soins de santé :

- 1. Cartographier et comprendre les priorités et les limites du système de santé existant,** les modalités de prestation des services l'EAH, les objectifs, les politiques, l'économie politique, l'organisation du système de santé et les systèmes de prestation de services dès le départ. Cela permettra d'identifier les blocages et les priorités et de contextualiser les plans et les programmes de réforme pour renforcer le système de santé.
- 2. Les partenaires doivent s'engager et soutenir le gouvernement à plusieurs niveaux pour la prise de décision et l'action** afin de garantir une appropriation continue des améliorations. Déterminer à quels niveaux les actions et les décisions peuvent se produire et être spécifique à l'établissement et au district ou aux niveaux régional et national. Par exemple, cibler les décideurs au niveau du district sur la façon dont les ressources au niveau du district sont planifiées et engagées, et soutenir l'utilisation des données à cet effet.
- 3. Explorer et définir des objectifs communs** à travers les secteurs l'EAH, santé et autres. Travailler avec les parties prenantes pour cartographier les incitations et les exploiter afin que les secteurs travaillent ensemble et atteignent des objectifs communs.
- 4. Soutenir les mécanismes et processus de développement des capacités pour le personnel de santé, le personnel l'EAH et le personnel gouvernemental.** Améliorer les compétences et les capacités pour développer et mettre en œuvre des directives et des normes équitables et durables en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de soins de santé. Renforcer les capacités du gouvernement, du personnel de santé et de la communauté en matière de l'EAH dans les établissements de soins de santé (par exemple, dans au cours du contrôle et prévention des infections, du financement, du changement de comportement en matière d'hygiène, de l'inclusion sociale et de l'égalité des sexes et de l'exploitation et la maintenance).
- 5. Générer et utiliser des preuves et des données de suivi spécifiques au pays et au contexte** pour informer la planification, la prise de décision et la mise en œuvre fondées sur des preuves. Utiliser des méthodes qui identifient l'accès aux services, les déterminants systémiques et individuels de la mauvaise qualité de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement, les comportements, comme l'utilisation d'un suivi harmonisé (par exemple, l'EAH FIT), les approches axées sur le comportement, les recommandations ciblées de l'établissement au niveau national, la recherche opérationnelle et l'apprentissage. Recueillir régulièrement des données dans le cadre du suivi afin de les utiliser pour la planification, la prise de décision et la correction de trajectoire. Veiller à ce que des recommandations et des normes claires, ciblées de l'établissement au niveau national, soient tirées de preuves et de données, et continuer à soutenir la recherche opérationnelle et l'apprentissage.
- 6. Soutenir la conception, basée sur des données probantes, de modèles de gestion et de prestation de services l'EAH durables et résilients au climat dans les établissements de soins de santé** pour aider à identifier les déterminants comportementaux et environnementaux spécifiques au contexte. Il s'agira, par exemple, de travailler avec les établissements pour améliorer les services et les comportements l'EAH, comme l'amélioration des infrastructures et l'intégration d'un changement de comportement durable (comportements liés à l'hygiène des mains, aux toilettes, à l'eau, à l'hygiène alimentaire, à la gestion des déchets, au nettoyage de l'environnement et à l'IPC) du personnel de santé et des utilisateurs des services de santé. Ces projets peuvent ensuite être utilisés comme modèles pour promouvoir le changement à grande échelle.



► Linge de lit du centre de santé rural de Sinde séché après avoir été lavé. District de Kazungula, Zambie. Octobre 2018.



- 7. Assurer une coordination multisectorielle entre les parties prenantes des secteurs de la santé et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène** à travers le gouvernement et les ministères, en impliquant de multiples acteurs et à plusieurs niveaux, y compris les chercheurs/universitaires, les agences des Nations Unies, les ONG, les OSC, les communautés, les comités de santé communautaire existants et les groupes de professionnels de la santé. Soutenir les parties prenantes pour qu'elles restent activement impliquées dans les processus de prise de décision conjointe, de planification et de budgétisation améliorées, en alignant les actions pour maximiser l'impact, la redevabilité et la pérennité.
- 8. Travailler avec les communautés pour soutenir et renforcer les mécanismes efficaces de retour d'information et de redevabilité** qui fonctionnent avec les structures communautaires existantes, sont culturellement appropriés et acceptables, et incluent les groupes marginalisés. Travailler avec les établissements de soins de santé et les décideurs pour demander aux garants des droits de rendre des comptes sur les droits de l'homme à la santé, à l'eau et à l'assainissement.
- 9. Adopter une approche centrée sur les personnes** et s'attaquer aux obstacles à l'utilisation des services. Soutenir une approche qui ne laisse personne de côté et qui est basée sur les droits de l'homme dans les efforts pour améliorer le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé. Cela signifie soutenir une consultation, une participation et un leadership significatifs par des groupes tels que les OPH, les comités de village et les groupes de femmes. Garantir des soins centrés sur les personnes, étayés par des services l'EAH adéquats qui répondent aux besoins de tous les utilisateurs des services de santé.
- 10. Soutenir tous les efforts en mettant l'accent sur des approches équitables, socialement inclusives et sensibles au genre.** Cela peut être réalisé en ciblant les efforts là où l'accès aux services l'EAH et de santé est le plus faible. Engager les communautés, le personnel de santé et les utilisateurs des services, en particulier les femmes et les groupes marginalisés, à demander des comptes aux garants des droits et à participer à la prise de décision. Veiller à ce que les infrastructures et les programmes de changement de comportement répondent aux besoins de chacun, quels que soient leur sexe, leur âge ou leurs capacités. Reconnaître la dépendance du personnel de première ligne vis-à-vis des femmes et veiller à ce que leurs besoins en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène soient satisfaits en toute sécurité et d'une manière qui favorise leur travail et leur bien-être.
- 11. Les ONG, la société civile et les partenaires de la santé et du secteur l'EAH doivent plaider aux niveaux local, sous-national et national du gouvernement** pour la priorisation, le financement, la fourniture et l'entretien des services l'EAH dans tous les établissements de soins de santé. Les gouvernements doivent intégrer ces actions dans tous les efforts de santé, y compris la santé maternelle, infantile et néonatale, l'IPC, les droits en matière de santé sexuelle et reproductive (DSSR), l'AMR, la sécurité sanitaire, la préparation et la réponse aux pandémies, la qualité des soins et la couverture universelle des besoins.
- 12. Organiser des examens réguliers de l'évolution des efforts de renforcement des systèmes de santé,** formuler et mettre en œuvre des réformes correctives, fixer des objectifs et partager l'apprentissage et la recherche sur ce qui fonctionne pour les communautés et aux niveaux des établissements, sous-national, national et mondial.

Appel à l'action

Notre expérience mondiale de travail avec les gouvernements, les partenaires et les communautés pour améliorer le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé prouve que des progrès significatifs sont possibles. Nous appelons les décideurs des secteurs de la santé et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène à s'engager dès maintenant à renforcer les systèmes de santé en garantissant des améliorations durables et inclusives du programme l'EAH dans tous les établissements de santé.

Cela nécessite l'engagement et l'action des gouvernements, des bailleurs de fonds, des praticiens de la santé et du secteur l'EAH, des autres ONG et de la société civile. Les priorités d'action pour garantir des progrès en matière de l'EAH dans les établissements de soins de santé sont présentées ci-dessous :

Les gouvernements nationaux et locaux, sous la direction du ministère de la santé, devraient :

- Développer, mettre en œuvre et mettre à jour régulièrement des stratégies nationales chiffrées pour le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé afin de garantir que chaque établissement dispose d'un approvisionnement en eau adéquat, sûr et fiable, de toilettes sûres et accessibles pour les patients et le personnel, quels que soient leur sexe, leur âge et leurs capacités, de bonnes installations pour l'hygiène des mains (avec de l'eau et du savon et/ou une crème pour les mains à base d'alcool), d'un nettoyage de routine efficace et d'une gestion sûre des déchets. Intégrer des objectifs pour les services l'EAH dans les services et les comportements des établissements de soins de santé dans les politiques et stratégies pour toutes les priorités sanitaires pertinentes.
- Établir et mettre en œuvre des normes et des directives nationales minimales transparentes pour le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé et chercher à faire évoluer les niveaux de service au-delà du programme l'EAH de base pour atteindre des niveaux avancés de service et d'infrastructures l'EAH définis au niveau national.
- Renforcer la coordination nationale et infranationale entre les ministères de la Santé, des finances et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène afin de garantir un financement adéquat pour soutenir la fourniture de tous les aspects de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans le système de santé.
- Investir dans un personnel de santé suffisant et bien formé, doté des compétences nécessaires pour aborder les questions l'EAH, y compris les comportements l'EAH. Cela inclut de solides programmes d'éducation et de formation avant

et pendant le service pour tous les niveaux du personnel.

- Intégrer les indicateurs l'EAH dans les établissements de soins de santé dans les mécanismes de suivi nationaux et sous-nationaux existants (par exemple, le GSI de la santé et/ou le GSI de l'approvisionnement en eau), et utiliser les données pour prioriser les investissements, la maintenance et la réhabilitation et suivre les composants l'EAH au sein du système de santé.
- Soutenir des mécanismes de redevabilité efficaces et réactifs, dirigés par les citoyens, afin de garantir l'application de normes équitables en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les centres de santé communautaires.

Les agences donatrices et les institutions financières internationales devraient :

- Donner la priorité au programme l'EAH dans les stratégies de santé et les mécanismes de financement, en particulier ceux liés à la santé maternelle, infantile et néonatale, à l'IPC, aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive (DSSR), à l'AMR, à la sécurité sanitaire, à la préparation et à la réponse aux pandémies, à la qualité des soins et à la couverture universelle des besoins.
- Concevoir un financement flexible pour soutenir et encourager les systèmes de santé dirigés par le gouvernement, en renforçant les efforts qui donnent la priorité au programme l'EAH et le ciblent. Cela inclut des changements dans les comportements, les services, les politiques et les stratégies, les processus de suivi et de prise de décision, l'allocation et la coordination des ressources et les dispositifs institutionnels. Les processus de gestion organisationnelle et les exigences des bailleurs de fonds en matière d'établissement de rapports doivent permettre une gestion adaptative des programmes.

- Aligner le financement pour soutenir les approches systémiques et fournir des feuilles de route et des stratégies nationales chiffrées pour le programme l'EAH dans les établissements de soins de santé, notamment en incitant les gouvernements à contribuer au financement national des améliorations et de la maintenance du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé.
- Soutenir les approches qui renforcent l'autonomie des femmes, des jeunes filles et des communautés locales et contribuer à la mise en place de mécanismes de redevabilité axés sur la communauté et les patients.

Les praticiens de la santé et du secteur l'EAH, les ONG et la société civile devraient :

- Soutenir les communautés pour qu'elles demandent des comptes aux garants des droits de la santé et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène et pour qu'elles soient incluses dans les activités de prise de décision en vue d'obtenir des services accessibles et inclusifs pour tous.
- Orienter les efforts vers le renforcement de l'ensemble du système de santé afin de fournir des programmes intégrés et holistiques et d'améliorer la sécurité et la qualité des soins.
- Faciliter la mise en place de groupes de travail intersectoriels nationaux et sous-nationaux solides pour s'assurer que tous les travaux du programme l'EAH dans les établissements de soins de santé s'alignent sur les efforts du gouvernement en matière de santé, de prestation de services et de changement de comportement dans les établissements de soins de santé et les renforcent.
- Investir du temps dans la compréhension du contexte et l'établissement de relations pour avoir une compréhension commune des principales parties prenantes, des obstacles, de la dynamique du pouvoir et des points d'entrée efficaces, de l'action et du changement.
- Rassembler des exemples et des preuves de l'EAH dans le financement des établissements de soins de santé pour soutenir le développement et le financement de stratégies nationales et de district chiffrées dans le cadre d'une planification et d'un financement plus larges de la santé.
- Soutenir la coordination l'EAH et santé et planifier un engagement durable, en travaillant en partenariat avec les gouvernements, les communautés et les parties prenantes l'EAH et santé au fil du temps.
- Donner la priorité à la collecte et au partage des enseignements pratiques. Favoriser une culture d'examen, de réflexion et d'adaptation réguliers (en interne et en externe), et encourager le partage des défis et des échecs ainsi que des réussites.



Un établissement de santé sans l'EAH ne devrait pas être appelé établissement de santé.²⁵ Les systèmes de santé qui ne parviennent pas à garantir des services et comportements l'EAH adéquats permettant de respecter les normes de soins de qualité ne peuvent être considérés comme préparés ou résilients aux futurs chocs climatiques et sanitaires, ni capables de permettre pleinement aux patients de rester en sécurité, dans la dignité et en bonne santé.

Les approches conventionnelles de renforcement des systèmes de santé n'impliquent pas toujours une analyse détaillée des obstacles systémiques au programme l'EAH au niveau des services des établissements de soins de santé ou une action dédiée à cette question. Cependant, il est essentiel de comprendre et d'aborder les obstacles et de faire face à la complexité pour garantir un changement spécifique au contexte, notamment pour la prestation de services de première ligne. Notre expérience en travaillant directement avec les établissements de soins de santé et avec tous les niveaux de gouvernement souligne l'importance de combiner des efforts plus larges pour améliorer les services l'EAH dans les établissements de soins de santé avec des efforts pour renforcer les systèmes connexes.

Ce rapport met en évidence un besoin important de renforcer les mécanismes de redevabilité, d'améliorer le leadership, la coordination et la planification, de suivre et de cibler les financements et de démanteler les barrières sociales qui empêchent les gens de revendiquer leur droit à des soins de santé de qualité. Aucun de ces éléments n'est nouveau pour les secteurs l'EAH ou de la santé. Cependant, le renforcement des systèmes permet de comprendre où et quand ces actions sont nécessaires pour obtenir un changement et un impact durable.

Nous pensons que le renforcement des systèmes pour un l'EAH inclusif et durable dans les établissements de soins de santé, tel que décrit dans ce rapport, transformera l'expérience et la qualité des soins de santé des personnes et renforcera la confiance et la résilience des systèmes de santé. Il conduira également à des résultats meilleurs, durables et plus inclusifs en matière de santé et de soins de santé sûrs et dignes.

25. Citation du Dr Maria Neira, directrice de la santé publique et de l'environnement, Organisation mondiale de la santé.



WaterAid/Farzana Hossen



◀ Nahida Aktar est un CHCP travaillant à la clinique communautaire Saharbati, Gangni, Meherpur, Bangladesh. Octobre 2019.

Remerciements

Ce rapport n'aurait pas été possible sans les contributions des auteurs suivants : Nurullah Awal, Imamur Rahman (WaterAid Bangladesh) ; Naisim Sum, Vouchnea Tang, Senghort Ret, Sophiep Chat (WaterAid Cambodge) ; George Yorke, Fauzia Aliu (WaterAid Ghana) ; Arundati Muralidharan, Aanand Kumar (WaterAid Inde) ; Lloyd Mtalimanja, Moyna Mwenye, Chisomo Madula, Natasha Mwenda, Russell Tembo, Francis Chipanda, Chandiwira Chisi (WaterAid Malawi) ; Issaka Sangaré, Mahamane Touré, Aly Sow (WaterAid Mali) ; Min Ko Ko, Wai Yee Kyaw, Peter Pau Za Dal (WaterAid Myanmar) ; Upama Adhikari, Khakindra Bhandari (WaterAid Népal) ; Cipriano do Rosario Pacheco, Edmund Weking et Livia Da Costa (WaterAid Timor-Leste) ; Lillian Nabasiye (Ouganda) ; Gloria Kafuria, Upendo Mntambo, Christina Mhando (WaterAid Tanzanie) ; Davy NgOma, Pamela Chisanga (WaterAid Zambie) ; Bernice Sarpong (WaterAid Australie) ; Connie Benjamin, Helen Hamilton, Kyla Smith, Megan Wilson-Jones (WaterAid Royaume-Uni).

Merci à nos réviseurs internes : Abdul-Nashiru Mohammed, Andreas Berglöf, Annie Msoa, Arundati Muralidharan, Bernice Sarpong, Chelsea Huggett, Danielle Heiberg, Ellen Greggio, Erik Harvey, Hannah Crichton-Smith, Julie Truelove, Eleanor Lucas, Monique Narracott, Naisim Sum, Om Prasad Gautam, Priya Nath et nos réviseurs externes : Arabella Hayter, Alison Macintyre, Maggie Montgomery et Molly Patrick.

Nous dédions ce rapport et montrons notre solidarité avec les agents de santé, les nettoyeurs et les agents d'assainissement. Ensemble, votre travail nous permet de bénéficier de soins sûrs, propres et dignes dans les établissements de santé. Nous vous remercions.

WaterAid est une organisation internationale à but non lucratif, déterminée à faire de l'eau potable, des toilettes décentes et une bonne hygiène la norme pour tous, partout, en l'espace d'une génération. Ce n'est qu'en s'attaquant à ces trois éléments essentiels de manière pérenne que les gens pourront changer leur vie pour de bon.

