

L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

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

POUR DE MEILLEURS SERVICES SANITAIRES



POUR LA
WASTE
SANTÉ

L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

1. Approvisionnement en eau. 2. Qualité de l'eau. 3. Assainissement. 4. Hygiène. 5. Qualité des soins. 6. Établissements de soins. 7. Pays en développement. I. Organisation mondiale de la Santé. II. UNICEF.

ISBN 978 92 4 150847 6 (classification NLM : WX 167)

© Organisation mondiale de la Santé 2015

© Organisation mondiale de la Santé 2015

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int).

Les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou pour une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux ne signifie pas que ces entreprises et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Crédits photographiques : WaterAid/Elizabeth Deacon

Graphisme et mise en page : L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Suisse.

Imprimé par Le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse).

AVANT-PROPOS

Ce rapport présente, pour la première fois, une évaluation mondiale des services de base en eau, assainissement et hygiène dans les établissements de soins de santé. En se fondant sur des données qui proviennent de 66 101 établissements, dans 54 pays à revenu faible ou intermédiaire, le rapport conclut que 40 % des établissements ne disposent pas même pas d'un accès de niveau rudimentaire aux services de base pour l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Et lorsque un niveau de service plus élevé est pris en considération, la situation se dégrade significativement. On observe de grandes disparités au sein des pays et entre les différents types d'établissements.

Cette situation a de graves conséquences pour la santé : propagation des infections aux lieux là même où des soins sont prodigués. En outre, la dignité des patients en souffre elle aussi. Par exemple, la dignité des femmes qui viennent accoucher et qui doivent sortir de l'établissement pour faire leurs besoins n'est pas toujours préservée. Les conséquences financières n'ont pas encore été quantifiées, mais elles risquent, elles aussi, d'être non négligeables.

Le présent rapport révèle également que plus de 40 pays n'ont pas entrepris d'évaluation nationale pour faire au moins le point sur la situation et qu'ils ne disposent donc pas des informations nécessaires pour mieux sensibiliser au problème et définir des cibles afin de parvenir à l'accès universel à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de santé. Des mesures simples peuvent pourtant faire immédiatement la différence. Souvent, l'infrastructure est en place, mais elle n'est pas entretenue. Il est donc crucial, dans un premier temps, de s'assurer de la présence d'une personne responsable de l'assainissement dans chaque établissement de soins.

L'OMS et l'UNICEF disposent de programmes spécifiques qui peuvent être mis en avant pour encourager l'action. Ainsi, le programme « Un soin propre est un soin plus sûr » de l'OMS est axé sur la mise en œuvre universelle de mesures de contrôle des infections destinées à assurer la sécurité des patients et à lutter contre les infections liées aux soins de santé. L'eau, l'assainissement et l'hygiène constituent un volet essentiel de ce programme, et l'intensification de la collaboration renforcera ces deux domaines d'action. L'OMS et l'UNICEF travaillent également à améliorer la qualité des soins dans les services de maternité et de soins pédiatriques en définissant des normes qui reposent sur des données probantes et en soutenant les améliorations des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

De plus, l'UNICEF à travers son rôle de meneur dans le secteur de l'eau hygiène et assainissement, à la fois dans les situations d'urgence et dans le cadre des stratégies de développement, travaille avec l'OMS sur l'amélioration des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de soins, sachant que ces trois composantes sont fondamentales pour la sécurité, l'équité et l'universalité des soins de santé.

Un certain nombre d'actions permettront d'aller de l'avant : il faut en effet renforcer les politiques et les normes nationales, disposer de financements suffisants et d'un personnel dûment formé à la gestion de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé, recourir à des approches axées sur l'analyse du risque pour définir les améliorations prioritaires et pour les pérenniser, et harmoniser et élargir le suivi. L'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de soins requiert l'engagement des partenaires, à la fois dans le secteur de la santé et dans le secteur de l'environnement, aux différents niveaux (local, national et mondial). L'OMS et l'UNICEF s'emploieront à sensibiliser davantage aux problèmes, à mobiliser et, avec leurs partenaires, à élaborer et à mettre en œuvre un plan d'action mondial.

« Lorsque l'alimentation en eau, l'assainissement et l'hygiène sont insuffisants, la santé en pâtit considérablement. À mon sens, aucun autre facteur environnemental déterminant n'a des effets aussi profonds, aussi fragilisants et aussi déshumanisants. En tant que professionnelle de la santé, je constate malheureusement que nombre d'établissements de soins de santé ne disposent toujours pas d'installations de base pour l'eau, l'assainissement et le lavage des mains, et j'ai demandé à l'OMS d'apporter un appui à nos partenaires pour remédier à ce problème. »

Margaret Chan, Directeur général de l'OMS

DR MARIA NEIRA | Directeur du Département Santé publique, déterminants et environnement de la santé, OMS

DR EDWARD KELLEY | Directeur du Département Prestation de services et sécurité, OMS

DR RAJIV BAHL | Directeur par intérim, Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, OMS

DR MICKEY CHOPRA | Chef de la santé et Directeur associé aux Programmes, UNICEF

MR SANJAY WIJESKERA | Chef pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène, et Directeur associé aux Programmes UNICEF

PRINCIPAUX CONSTATS

Le présent examen des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) dans les établissements de santé des pays ou des régions à faible ressources constitue la première analyse multipays à l'échelle mondiale. Il met en lumière les problèmes d'accès que rencontrent de nombreux pays et les mesures à prendre pour améliorer les politiques, la mise en œuvre et le suivi.

DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE, DE NOMBREUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ NE DISPOSENT PAS DE SERVICES D'EAU, D'ASSAINISSEMENT ET D'HYGIÈNE

Sur les 66 101 établissements étudiés dans 54 pays, 38 % ne disposent pas d'un point d'eau amélioré, 19 % ne disposent pas d'installations d'assainissement améliorées et 35 % ne disposent pas de savon et d'eau pour le lavage des mains. Ces déficiences mettent en péril leur capacité à fournir des services de base courants, tel que les accouchements au sein des maternités.

LES ESTIMATIONS DE LA COUVERTURE EN EAU DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DIMINUENT LORSQUE L'ON TIEN COMPTE DE LA FIABILITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DE L'APPROVISIONNEMENT

Selon la définition la plus courante, il suffit qu'un point d'eau existe dans ou à proximité de l'établissement pour que l'on considère que ce dernier dispose de services d'eau. Cette définition ne tient pas compte de la continuité et de la sécurité de l'approvisionnement. Lorsque ces deux facteurs sont pris en compte dans l'évaluation, le taux de couverture diminue de moitié. En outre, même si les sources d'eau se trouvent à 500 mètres de l'établissement, les principales enquêtes « comptabilisent » ces établissements comme disposant de services d'eau. On est très loin des normes minimum de l'OMS, ce qui compromet la capacité de prévenir et de contrôler les infections.

AU SEIN D'UN MÊME PAYS ET D'UN PAYS À L'AUTRE, ON OBSERVE DE GRANDES DISPARITÉS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR CE QUI EST DES SERVICES D'EAU, D'ASSAINISSEMENT ET D'HYGIÈNE

Dans certains pays, comme le Kenya, l'estimation nationale relative à l'accès aux services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé est élevée (83 %). Cependant, il se peut que, dans certaines régions d'un même pays, les estimations de la couverture soient deux à trois fois inférieures à la moyenne nationale.

LA PROPORTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PRIMAIRES NE DISPOSANT PAS DE SERVICES D'EAU, D'ASSAINISSEMENT ET D'HYGIÈNE EST PLUS ÉLEVÉE QUE CELLE DES HOPITAUX

Les établissements de soins de santé primaires sont habituellement les premiers lieux de soins, particulièrement en zone rurale. Ils jouent également un rôle critique en cas d'épidémie (choléra ou Ebola, par exemple). Cependant, l'absence de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène compromet fortement la capacité des agents de santé à prendre des mesures appropriées de lutte contre les infections et à montrer aux populations locales des pratiques saines en la matière. Or, ces deux points sont particulièrement importants si l'on veut lutter contre les flambées épidémiques et les enrayer.

ABSENCE DE PLANS NATIONAUX POUR L'EAU, L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, BIEN QU'ÉTANT CONSIDÉRÉS SOUVENT COMME UN MOTEUR POUR L'AMÉLIORATION DU SERVICE

Seuls 25 % des 86 pays qui ont répondu à l'enquête GLAAS, une initiative de l'ONU-Eau coordonnée par l'OMS, ont indiqué mettre pleinement en œuvre un plan ou une politique pour l'eau potable et l'assainissement dans les établissements de santé. Dans les pays pour lesquels on dispose de données, la proportion d'établissements dotés de services d'approvisionnement en eau est plus importante dans les pays disposant de plans nationaux. On peut en déduire que les politiques nationales sont importantes pour l'amélioration des services.

IL EST POSSIBLE D'AMÉLIORER LES SERVICES ET LES COMPORTEMENTS VIS-À-VIS DE L'EAU, DE L'ASSAINISSEMENT ET DE L'HYGIÈNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, ET CELA A DES RETOMBÉES POSITIVES SUR LES PRATIQUES EN LA MATIÈRE DANS LES FOYERS

Les exemples de pays montrent que des mesures simples, telles que l'amélioration de la propreté des toilettes ou l'installation de postes de lavage des mains et de traitement de l'eau à faible coût dans les établissements de santé, améliorent la qualité des soins, favorisent l'utilisation des services et encouragent les individus à modifier leurs pratiques chez eux (lavage régulier des mains au savon à des moments critiques).

**TRES PEU DE DONNÉES SONT
DISPONIBLES, EN PARTICULIER POUR
L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE**

Des données pour l'eau étaient disponibles sur 54 pays, pour l'assainissement sur 36 pays et pour l'hygiène sur 35 pays. Les pays d'Afrique sont les plus représentés et ceux d'Asie les moins. L'absence de données empêche de bien comprendre les besoins et de mieux y répondre.

Des actions urgentes sont nécessaires pour améliorer les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire. Les raisons pour cela sont multiples : meilleure qualité des soins, réduction du nombre d'infections liées aux soins, augmentation de l'utilisation des services de santé et amélioration du moral du personnel. Toutes les initiatives majeures visant à faire progresser la santé à l'échelle mondiale dépendent des services de base en eau, assainissement et hygiène. Afin que ces services s'améliorent, un certain nombre d'éléments sont nécessaires, à commencer par le rôle de leader que doit mener le secteur dans la santé, une solide contribution technique de la part du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène et l'engagement politique des gouvernements de s'investir afin de garantir une meilleure santé pour tous.



SOMMAIRE

Avant-propos	iii
Principaux constats	iv
Abréviations	vii
Remerciements	ix
1 Introduction	1
Partie A—L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins	3
2 Méthodologie	4
2.1 Enquêtes et recensement	4
2.2 Indicateurs	5
3 Services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé : estimations mondiales et régionales	7
3.1 Disparités entre établissements	8
4 Politiques et cibles nationales pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins	10
Partie B—Perspectives	12
5 Améliorer les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de soins : un appel à l'action	13
5.1 Politiques et normes	13
5.2 Cibles de couverture	14
5.3 Améliorer les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène	15
5.4 Suivi	16
5.5 Maximiser les efforts	18
6 Conclusion	19
7 Références	20

Liste des figures

Figure 1. Taux d'élimination sans risques des déchets médicaux dans 24 pays	9
Figure 2. Degré d'avancement des politiques nationales pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins	10

Liste des tableaux

Tableau 1. Principales évaluations mondiales incluant l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé.	5
Tableau 2. Définition de l'eau, de l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins.	5
Tableau 3. Indicateurs relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène présentés dans les évaluations SARA, SPA et IPS	6
Tableau 4. Services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé	7
Tableau 5. Pays évalués, par Région.	8
Tableau 6. Politiques et plans nationaux, cibles et accès à l'eau dans les établissements de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels des données sont disponibles	11
Tableau 7. Normes de l'OMS sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins	13
Tableau 8. Cibles et indicateurs relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de soins proposés pour l'agenda post-2015.	15

Liste des annexes

Annexe A. Méthodes	22
Annexe B. Synthèse des évaluations des établissements de santé qui recueillent des données sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène	24
Annexe C. L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins : données sur la couverture par pays	25
Annexe D. Indicateurs utilisés dans les évaluations SARA, IPS et SPA	28
Annexe E. Références supplémentaires sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène et sur la gestion des déchets médicaux dans les établissements de santé.	32
Annexe F. Enquête GLAAS 2013/2014	34
Annexe G. Synthèse de la réunion mondiale de 2014 sur l'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de soins	35

ABRÉVIATIONS

ACQUIRE	Access, Quality, and Use in Reproductive Health
AJCI/JICA	Agence japonaise de la coopération internationale
EDS	Enquête démographique et de santé
ELMS	Evaluation of Long-Acting and Permanent Methods Services
EQPS	Enquête quantitative sur la prestation de services
GLAAS	Analyse et évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable
HSPA	HIV/AIDS Service Provision Assessment
IHFAN	International Health Facility Assessment Network
IHSN	International Household Survey Network (Réseau international pour les enquêtes auprès des ménages)
IPS	Indicateurs de la prestation de service
JMP	Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
R-HFA	Rapid Health Facility Assessment
SAM	Cartographie des services disponibles
SARA	Service Availability and Readiness Assessment (évaluation de la disponibilité et de la préparation des services)
HMIS	Système d'information pour la gestion de la santé
SPA	Enquête d'évaluation de prestation de services
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development
WASH	Eau, assainissement et hygiène
WSH	Unité eau, assainissement, hygiène et santé (siège de l'OMS)
WHO	World Health Organization

Bureaux régionaux de l'OMS

AFRO	Bureau régional de l'Afrique
AMRO	Bureau régional des Amériques
EMRO	Bureau régional de la Méditerranée orientale
EURO	Bureau régional de l'Europe
SEARO	Bureau régional de l'Asie du Sud-Est
WPRO	Bureau régional du Pacifique occidental

REMERCIEMENTS

Ce document a été rédigé par M. Ryan Cronk et le Professeur Jamie Bartram, du Water Institute de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, États-Unis.

Dr Sophie Boisson et Dr Maggie Montgomery ont coordonné l'élaboration de ces travaux pour l'OMS. La direction stratégique a été assurée par Bruce Gordon (Coordonnateur, Unité Eau, assainissement, hygiène et santé). Le Dr Lorna Fewtrell a édité ce document et Mme Lesley Robinson s'est chargée du secrétariat et de l'appui administratif tout au long du processus de conception, ainsi que pendant chaque atelier et chaque réunion.

Un groupe international de plus de 50 experts, représentants des autorités et praticiens ont apporté leur contribution à ce document en participant à des ateliers et à des examens par les pairs et en communiquant des commentaires et des textes. Ces personnes sont les suivantes :

Dr Bhim Acharya, Ministère de la santé et de la population, Népal
Mme Nathalie André, OMS, Suisse
M. Chander Badloe, UNICEF, États-Unis
M. Robert Bain, UNICEF, États-Unis
Mme Clarissa Brocklehurst, consultante eau, assainissement et hygiène, Canada
Mme Lizette Burgers, UNICEF, États-Unis
Mme Christie Chatterley, consultante indépendante, États-Unis
Dr Santiago Galan Cuenda, Ministère de la santé, Espagne
Dr Bernadette Daelmans, OMS, Suisse
M. David Delienne, UNICEF, Sénégal
Dr Benson Droti, OMS, Suisse
Dr Shinee Enkhtseseg, OMS, Allemagne
Dr Sergey Eremin, OMS, Suisse
M. Fabrice Fotso, UNICEF, Sénégal
Mme Lorelei Goodyear, PATH, États-Unis
Dr Fiona Gore, OMS, Suisse
Dr Peter Harvey, UNICEF, Kenya
Mme Arabella Hayter, consultante indépendante, Royaume-Uni
Dr Han Heijnen, H&E Associates, Népal
Mme Marieke Heijnen, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni
M. Rifat Hossain, OMS, Suisse
Dr Richard Johnston, OMS, Suisse
Dr Samuel Sheku Kargbo, Ministère de la santé et de l'assainissement, Sierra Leone
M. Greg Keast, consultant indépendant, États-Unis
Dr Ed Kelley, OMS, Suisse
M. Evariste Kouassi Kolam, UNICEF, États-Unis
Mme Oyuntogos Lkhasuren, OMS, Mongolie
M. Rolf Luyendijk, UNICEF, États-Unis
Mme Josefina Maestu, UNDPAC, Espagne
Professeur Dileep Malavankar, India Institute for Public Health à Ahmedabad, Inde
Mme Gayle Martin, Banque mondiale, États-Unis
Mme Margie Mazzarella, Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, États-Unis
Mme Joanne McGriff, Université Emory, États-Unis
Dr Margarita Paulo Miguel, Ministère de la santé, Espagne
Professeur Christine Moe, Université Emory, États-Unis
Dr Teofilo Monteiro, OMS, Pérou
M. Benjamin Natkin, Université Emory, États-Unis
Dr Maria Neira, OMS, Suisse
M. Kyle Onda, Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, États-Unis

Mme Payden, OMS, Inde
Dr Lorenzo Pezzoli, OMS, Suisse
Mme Michaela Pfeiffer, OMS, Suisse
Mme Claire Preaud, OMS, Suisse
Dr Rob Quick, Centers for Disease Control, États-Unis
Mme Katharine Rob, Université Emory, États-Unis
M. Oliver Schmoll, OMS, Allemagne
Professeur Corinne Schuster-Wallace, Université des Nations Unies, Canada
Mme Marta Seoane-Aguilo, OMS, Suisse
Dr Urantseseg Shagdar, Ministère de la santé, Mongolie
Mme Kate Shields, Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, États-Unis
M. Tom Slaymaker, UNICEF, États-Unis
Mme Elizabeth Soffer, Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, États-Unis
Mme Soulivanh Souksavath, OMS, République du Laos
Dr Mathias Tembo, Tropical Diseases Research Centre de Ndola, Zambie
M. Tuan Nghia Ton, OMS, Viet Nam
M. Andrew Trevett, UNICEF, États-Unis
Mme Yael Velleman, WaterAid, Royaume-Uni
M. Alexander Von Hildebrand, OMS, Philippines
Mme Merri Weinger, USAID, États-Unis
M. Zach White, WaterAid, Royaume-Uni
M. Raki Zghondi, OMS, Jordanie



INTRODUCTION

Des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) adéquats sont essentiels pour la prestation de soins de santé de base. L'existence de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé permet de prévenir les infections et la propagation des maladies, de protéger le personnel et les patients et de préserver la dignité des populations vulnérables, dont les femmes enceintes et les personnes handicapées. Pourtant, dans les pays à revenu faible, ces services ne sont pas assurés dans beaucoup d'établissements de santé, ce qui compromet la capacité de ces derniers à offrir des soins de qualité et entraîne des risques sérieux pour la santé des personnes qui viennent se faire soigner.

La pénurie de ces services dans les établissements de santé a de nombreuses conséquences. Les infections liées aux soins de santé touchent des centaines de millions de patients chaque année, et on estime que 15 % des patients développent une ou plusieurs infections pendant une hospitalisation (Allegranzi et al., 2011). Les nouveau-nés sont particulièrement touchés. Selon les estimations, la septicémie ainsi que d'autres infections sévères comptent parmi les principales causes de mortalité et entraînent 430 000 décès chaque année. Les risques associés à la septicémie sont 34 fois supérieurs dans les établissements défavorisés à ressources limitées (Oza et al., 2015). L'absence d'accès à l'eau et à l'assainissement dans les établissements de soins peut dissuader les femmes de venir accoucher dans ces établissements ou retarder le moment où les patients viennent se faire soigner (Velleman et al., 2014). Inversement, une amélioration des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène peut renforcer la confiance dans les services de santé et encourager les femmes à bénéficier de soins prénataux et à accoucher dans des établissements de soins plutôt que chez elles, ce qui est déterminant pour la stratégie de réduction de la mortalité maternelle (Russo et al., 2012).

Les pouvoirs publics, les donateurs et la communauté internationale de la santé publique s'intéressent de plus en plus à l'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé. Il a d'ailleurs été recommandé d'inclure dans les Objectifs de développement durable post 2015 une proposition de cible pour la couverture de base universelle des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé d'ici 2030 (OMS/UNICEF, 2014a). Des initiatives sanitaires mondiales telles que « Chaque femme, chaque enfant », le Plan d'action mondial intégré OMS/UNICEF pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée, ainsi que les programmes axés sur la qualité

des soins obstétricaux témoignent de l'importance de ces services universels dans les établissements de santé (OMS/UNICEF, 2012 ; OMS, 2014). De plus, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré qu'il était urgent d'améliorer l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé (OMS, 2013). Le grand nombre d'acteurs et de fonds consacrés à la couverture sanitaire universelle offre l'occasion de mettre en avant le rôle essentiel que jouent ces services pour atteindre cet objectif (Action for Global Health et WaterAid, 2014). Cependant, malgré ces avancées, la volonté politique fait toujours défaut dans une large mesure. Selon l'analyse et l'évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable (GLAAS, 2014) publiées par l'ONU-Eau, un quart seulement des pays se sont dotés de politiques pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé qui sont mises en œuvre, bénéficient de financements et sont réévaluées régulièrement (OMS, 2014).

Pour remédier avec efficacité aux carences de ces services dans les établissements de santé, il faut commencer par cerner l'étendue du problème, puis engager en priorité des actions là où les besoins sont les plus criants. Cette étude, qui est la première analyse multipays exhaustive sur ce sujet, explore la disponibilité des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène englobent la disponibilité et la qualité de l'eau, la présence d'installations d'assainissement ainsi que la disponibilité de savon et d'eau pour le lavage des mains. La présentation des résultats est largement axée sur la disponibilité de l'eau, car les données sur la qualité de l'eau, sur l'assainissement et sur l'hygiène sont très limitées. Ce document propose en outre une synthèse rapide des données sur la gestion sécuritaire des déchets médicaux, bien que ce sujet ne soit pas au centre de cette étude.

Ce rapport comporte deux sections principales. La première présente la méthode employée pour obtenir les estimations sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé ainsi que les estimations qui en sont dérivées. Elle synthétise également le degré d'avancement des cibles et des politiques nationales dans ce domaine. La deuxième section s'intéresse aux perspectives d'avenir et aux éléments particulièrement importants pour l'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé (les normes y afférentes sont décrites en détail dans

le document de l'OMS intitulé *Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins*, voir l'encadré 1). Ces éléments sont fondés sur les résultats de débats mondiaux qui ont eu lieu lors de la réunion stratégique mondiale OMS/UNICEF sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins, conviée par l'ONU-Eau et les autorités espagnoles à Madrid en 2014. Lors de cette réunion, plusieurs actions requises ont été identifiées et incluent :

- des politiques et normes nationales ;
- des cibles ;
- l'amélioration et la gestion des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène ;
- le suivi et la recherche opérationnelle (voir l'annexe G pour de plus amples informations).

Ces éléments ne sont pas exhaustifs et seront développés d'avantage dans le cadre d'un plan d'action mondial pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé.

Encadré 1.

Les normes de l'OMS sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) dans les structures de santé

Le document de l'OMS intitulé *Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de santé* décrit les normes de santé environnementale essentielles pour les soins dans les pays à revenu faible (OMS, 2008). Il présente également les méthodes à déployer pour favoriser l'élaboration et la mise en œuvre de politiques nationales. Ces normes couvrent les aspects suivants : qualité et quantité de l'eau, installations d'approvisionnement en eau et accès à l'eau, évacuation des excréta, traitement et évacuation des eaux usées, élimination des déchets médicaux ainsi que d'autres questions environnementales. La section 5 en présente une analyse synthétisée.

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

A



POUR LA

WASH
SANE



MÉTHODOLOGIE

Il existe un certain nombre d'évaluations pour la collecte de données sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé. La présente section décrit ces évaluations et les données sur lesquelles reposent les estimations mondiales. D'une manière générale, on déplore le manque de données publiques, et les données accessibles ne recourent pas à des indicateurs homogènes, ce qui rend difficile les comparaisons entre différentes sources.

Les évaluations qui renferment des informations sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé ont été sélectionnées à travers une revue minutieuse des publications scientifiques et de la littérature grise en provenance de 18 référentiels (annexe A). Ces référentiels ont été constitués principalement par des donateurs ou sont coordonnés par des agences des Nations Unies, telles que l'Organisation mondiale de la Santé. Pour les besoins de ce rapport, les établissements de santé sont les hôpitaux, les centres de santé, les dispensaires et les centres de chirurgie dentaire. Ce sont en général des lieux où la population est soignée par des professionnels dûment formés. Il s'agit d'établissements publics, privés ou à but non lucratif (OMS, 2008). Tant les établissements de santé que leurs unités de traitement spécifiques (salles d'accouchement, par exemple) diffèrent largement par leur taille, par les services qu'ils proposent et par leurs installations pour l'eau et l'assainissement.

Au total, on a identifié 90 évaluations d'établissements de santé, dans 54 pays, entre 1998 et 2014. Afin d'éviter un double ou un triple comptage, une seule évaluation par pays a été retenue pour les estimations de la couverture. La plupart des évaluations ont concerné l'Afrique ($n = 23$) et la région des Amériques ($n = 14$), les informations relatives aux autres régions étant très limitées. Ces évaluations ont plus fréquemment mesuré et rendu compte de l'accès à l'eau que de l'accès à l'assainissement ou à l'hygiène. De plus, il s'est avéré que seulement vingt étaient représentatives sur le plan national. L'annexe A détaille les méthodes employées pour la sélection et la compilation des ensembles de données, ainsi que pour le calcul des estimations de la couverture.

2.1 ENQUÊTES ET RECENSEMENTS

Les enquêtes, réalisées avec l'appui d'organisations internationales, ont constitué la principale source de données. Les trois enquêtes les plus fréquentes sur les établissements de santé sont l'évaluation de la disponibilité et de la préparation des services (SARA), l'enquête sur les indicateurs de prestation de service (IPS) et l'enquête d'évaluation de la prestation de services (SPA). Ces enquêtes recourent à des méthodes très proches et recueillent des données représentatives à l'échelle nationale pour un pays donné. Elles sont menées périodiquement et couvrent un échantillon d'établissements sélectionnés dans une liste répertoriant l'ensemble des établissements de santé publics et privés. Le Tableau 1 synthétise des informations supplémentaires sur ces enquêtes. Pour des détails sur les indicateurs et les questions spécifiques, voir le Tableau 3 et l'annexe D.

Il existe par ailleurs des évaluations de projets particuliers et des recensements axés sur des services et des situations spécifiques (tels que le VIH/sida, la santé des enfants ou les soins d'urgence) pour lesquels l'eau, l'assainissement et l'hygiène font partie d'objectifs plus généraux. Cependant, par rapport à l'enquête IPS et aux évaluations SARA et SPA, ces recensements ne couvrent qu'une faible proportion des établissements évalués et ne représentent qu'une petite partie des données utilisées ici.

Une autre source de données potentielle a également été explorée : les systèmes d'information pour la gestion de la santé (HMIS). Il s'agit de systèmes de notification systématique qui sont développés et gérés par les autorités nationales dans le but de produire des indicateurs relatifs à la santé (maladies diagnostiquées et traitées, ou nombre de lits disponibles par hôpital, par exemple) (OMS, 2010). Contrairement aux enquêtes, dans lesquelles des données sont collectées par des équipes indépendantes, les HMIS reposent sur les informations communiquées par le personnel de santé. Néanmoins, sur les 68 enquêtes HMIS nationales incluses dans le Réseau de métrologie sanitaire de l'OMS, aucun des ensembles de données ne comporte d'indicateurs relatifs à l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé.¹ C'est la raison pour laquelle le présent rapport ne prend pas en compte les HMIS.

¹ Certains pays incluent dans leur SGIS des indicateurs relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, mais ces informations n'étaient pas encore disponibles à la date de rédaction du présent rapport.

Tableau 1. Principales évaluations mondiales incluant l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé

Évaluation	Commentaires
Enquête sur les indicateurs de prestation de service (IPS)	Supervisée par la Banque mondiale pour le suivi de la prestation des services dans les établissements de santé et les écoles. Lancée en 2012, cette enquête avait couvert six pays d'Afrique rendu en 2014. Elle est réalisée tous les deux ans. Elle comporte un ensemble d'indicateurs plus restreint que celui utilisé pour les évaluations SARA et SPA, mais constitue l'enquête la plus complète sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène (accès, qualité et fiabilité). Elle combine l'eau, l'assainissement et l'électricité pour calculer un « score des infrastructures ». Site Web : http://www.sdindicators.org/ .
Évaluation de la disponibilité et de la préparation des services (SARA)	Supervisée par l'OMS pour le suivi de la prestation et de la préparation des services de santé. L'enquête SARA a été élaborée en collaboration avec l'agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et d'autres partenaires mondiaux. Lancée en 2011, cette évaluation avait couvert plus de 13 pays rendu en 2014, dans trois Régions (AFRO, EMRO et SEARO). Elle recueille des données représentatives à l'échelle nationale sur un large éventail de services de base et spécifiques (santé des enfants, soins obstétricaux d'urgence de base et complets, VIH, tuberculose, paludisme et maladies non transmissibles.) Les indicateurs relatifs à l'eau, l'assainissement et l'hygiène ne rendent compte que de l'existence d'installations pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Site Web : http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/ .
Évaluation de la prestation des services (SPA)	Supervisée par ICF International, avec l'appui de l'USAID, dans le cadre des enquêtes démographiques et sanitaires. Lancée en 1999, cette évaluation avait couvert plus de 20 pays rendu en 2014. Elle recueille des données représentatives à l'échelle nationale sur la disponibilité globale des services de santé et comporte des entretiens avec des prestataires, des observations et des entretiens avec des patients qui ont bénéficié de services de santé. Les indicateurs relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène ne rendent compte que de l'existence d'installations pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Site Web : http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/SPA.cfm .

2.2 INDICATEURS

Le Tableau 2 présente les définitions générales utilisées ici pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé. Ces définitions sont moins contraignantes que les normes minimales de l'OMS, qui sont analysées à la section 5.

Dans l'idéal, une définition plus complète inclurait des critères concernant la qualité, la quantité et l'état de fonctionnement des installations, mais cela n'a pas été possible compte tenu

des données disponibles. Or, l'état de fonctionnement des installations, la sécurité sanitaire de l'eau et les pratiques d'hygiène sont essentiels dans les établissements de santé, et ces facteurs influent directement sur la capacité à offrir des services de qualité dans des conditions de sécurité. C'est pourquoi l'absence de ce type de données pourrait masquer des risques plus grands que ne le suggèrent les données disponibles. De plus, les évaluations prises en compte ne comportent pas de données sur la formation du personnel de santé aux pratiques d'hygiène et à la sensibilisation des patients en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Enfin, à cause, notamment, du manque de données, le présent rapport ne traitera pas de la gestion des déchets médicaux, qui, comme l'eau, l'assainissement et l'hygiène, joue pourtant un rôle de premier plan dans la prévention et la lutte contre les infections.

Tableau 2. Définition de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de soins

Sous-composante	Définition
Eau	Présence d'un point d'eau ou d'une alimentation en eau dans l'établissement ou à proximité (dans un rayon de 500 mètres) pour la boisson, l'hygiène personnelle, les activités médicales, le ménage, la blanchisserie et la cuisine. Cette définition n'inclut pas les critères de sécurité sanitaire, de continuité et de quantité.
Assainissement	Présence de latrines ou de toilettes dans l'établissement. Cette définition ne prend pas en compte l'état de fonctionnement des installations d'assainissement ni leur accessibilité (pour les enfants en bas âge et les personnes handicapées).
Hygiène	Disponibilité de postes de lavage des mains au savon ou avec une solution à base d'alcool dans l'établissement.

Les définitions spécifiques des indicateurs relatifs à l'eau et à l'assainissement diffèrent d'une évaluation à l'autre. On constate également des différences dans la manière dont ces indicateurs sont mesurés. Par exemple, certaines enquêtes reposent sur des entretiens, avec des questions, tandis que d'autres recourent principalement à des observations. En outre, tous les indicateurs sont répertoriés dans les manuels d'aide pour chaque enquête, mais ils ne sont pas systématiquement présentés dans le rapport d'évaluation. Le Tableau 3 décrit ceux qui sont les plus utilisés dans les évaluations des établissements de santé. Les définitions de ces indicateurs sont identiques ou analogues à celles employées dans le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (JMP).

Tableau 3. Indicateurs relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène présentés dans les évaluations SARA, SPA et IPS

Sous-composante	Évaluation mondiale		
	SARA	SPA	IPS
Eau	Constaté Point d'eau amélioré dans les 500 mètres autour de l'établissement.	Rapporté Accès toute l'année à un point d'eau amélioré dans les 500 mètres autour de l'établissement.	Rapporté Point d'eau amélioré.
Assainissement	Rapporté Présence d'installations d'assainissement adéquates pour les clients.	Constaté L'établissement dispose de latrines propres en état de fonctionnement.	Constaté L'établissement dispose d'une ou de plusieurs toilettes en état de fonctionnement. État de fonctionnement : les toilettes devraient être accessibles, situées dans l'établissement, non fermées à clé et non réservées uniquement au personnel.
Hygiène	Constaté Savon et eau ou solution à base d'alcool dans toutes les structures de soins.	Constaté Pourcentage d'établissements équipés de tout le matériel de lutte nécessaire contre les infections (savon, eau courante, contenants pour instruments tranchants, désinfectant et gants en latex) dans toutes les zones de prestation de services évalués.	Aucune donnée recueillie – collecte de données sur la stérilisation du matériel.

Indicateurs relatifs à l'eau

La plupart des évaluations des établissements de santé définissent un point d'eau amélioré en se fondant sur la classification des points d'eau présentée dans le JMP (OMS/UNICEF, 2014b).¹ Comme le montre le Tableau 3, la définition exacte de l'accès diffère d'une enquête à l'autre : disponibilité d'un point d'eau dans les 500 mètres autour de l'établissement d'après l'évaluation SARA, ou accès à un point d'eau amélioré d'après l'enquête IPS, ou disponibilité toute l'année d'une eau provenant d'un point d'eau amélioré situé dans un rayon de 500 mètres autour d'un établissement d'après l'évaluation SPA. Par conséquent, dans l'évaluation SARA comme dans l'évaluation SPA, on considère qu'un établissement de soins sans point d'eau in situ dispose d'une alimentation en eau si celle-ci se trouve dans un rayon de 500 mètres. Il s'agit là d'un niveau de service très faible, qui ne correspond pas aux critères de base définis par l'OMS pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène (alimentation en eau à l'intérieur de l'établissement).²

Indicateurs relatifs à l'assainissement

La plupart des évaluations définissent une installation d'assainissement en se fondant sur les critères uniformes employés par le JMP pour l'assainissement amélioré,³ mais la définition de l'accès est variable. Ainsi, l'enquête IPS définit l'accès comme la présence, constatée par un enquêteur, d'au

moins une latrine ou une toilette à chasse d'eau manuelle en état de fonctionnement. En revanche, l'évaluation SARA s'appuie sur des informations rapportées et non sur des observations. Ces évaluations ne donnent pas forcément des informations précises sur l'état de fonctionnement ou l'accessibilité des installations. De surcroît, aucune n'indique s'il y a suffisamment de toilettes pour le nombre de personnes fréquentant l'établissement, ni si les patients à mobilité réduite peuvent facilement accéder à ces toilettes. Or, il s'agit de critères OMS importants, comme le montre la section 5.

Indicateurs relatifs à l'hygiène

L'indicateur relatif à l'hygiène le plus fréquemment mesuré est la disponibilité de savon et d'eau ou d'une solution à base d'alcool dans les principales unités de soins. Aucune des enquêtes n'indique si des installations d'hygiène sont disponibles pour les patients. Cette information apparaît généralement dans la section de l'évaluation qui mentionne divers matériels de prévention et de lutte contre les infections. Les données sur les installations d'hygiène sont moins nombreuses que celles sur les installations d'assainissement, et il n'existe aucune donnée sur l'état de fonctionnement de ces installations et sur la fréquence de leur utilisation.

1 Le JMP définit un point d'eau amélioré comme une structure qui protège suffisamment la source d'approvisionnement en eau des contaminations extérieures, en particulier de la contamination par les matières fécales. Font partie des points d'eau améliorés les branchements au réseau d'adduction, les robinets publics/bornes fontaines, les forages, les puits protégés, les sources protégées et les équipements de collecte des eaux de pluie.

2 Les indicateurs SARA pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène sont en cours de révision pour harmonisation avec les normes OMS.

3 Les installations d'assainissement améliorées garantissent une séparation hygiénique des excréta humains et empêchent tout contact avec les personnes. Il s'agit notamment des toilettes à chasse d'eau manuelle ou mécanique vers le réseau d'égout, une fosse septique ou des latrines à fosse, des latrines améliorées à fosse ventilée, des latrines à fosse avec dalle et des toilettes à compostage.

3

SERVICES D'EAU, D'ASSAINISSEMENT ET D'HYGIÈNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : ESTIMATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

À l'échelle mondiale, les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène restent peu répandus dans les établissements de santé, et leur niveau est encore très inférieur à l'objectif d'une couverture de 100 %. Comme le montre le Tableau 4, dans les 54 pays considérés, 38 % des établissements ne disposent pas d'un point d'eau amélioré accessible au public, 19 % ne disposent pas d'installations d'assainissement améliorées et 35 % ne disposent pas de savon pour le lavage des mains. C'est dans la Région africaine que l'alimentation

en eau est la plus faible : 42 % des établissements n'ont pas de point d'eau amélioré in situ ou à proximité. À titre de comparaison, c'est sur le continent américain que les installations d'assainissement sont les moins nombreuses (43 % des établissements de soins en sont dépourvus). Voir l'annexe C pour des estimations spécifiques concernant chacun des 54 pays de l'échantillon. Le Tableau 5 répertorie les pays de chaque Région qui sont représentés ici.

Tableau 4. Services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé*

Régions	Accès à un point d'eau amélioré situé dans un rayon de 500 m			Accès à des installations d'assainissement améliorées			Accès à du savon pour le lavage des mains		
	Nb d'établissements**	Nb de pays	Couverture (moyenne)	Nb d'établissements	Nb de pays	Couverture (moyenne)	Nb d'établissements	Nb de pays	Couverture (moyenne)
Toutes	66 101	54	62 %	62 524	36	81 %	40 536	35	65 %
AFRO	52 674	23	58 %	51 715	16	84 %	31 984	14	64 %
AMRO	3 026	16	70 %	1 425	11	57 %	1 442	11	65 %
EMRO	5 778	3	—	5 510	2	—	5 510	2	—
EURO	527	3	—	527	3	—	420	2	—
SEARO	3 596	6	78 %	3 347	4	—	1 180	4	—
WPRO	500	3	—	0	0	—	0	0	—

* Les estimations régionales doivent être interprétées avec prudence, car les données concernant plusieurs régions sont peu nombreuses et dans certains cas insuffisantes pour permettre de calculer un chiffre régional.

** Nombre d'établissements représentés dans l'évaluation. Dans les évaluations qui ne s'appuient pas sur un recensement, le nombre d'établissements composant l'échantillon est moins élevé.

Tableau 5. Pays évalués, par Région

Région	Pays
AFRO	Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Namibie, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Soudan du Sud, Tanzanie, Tchad, Zambie, Zimbabwe
AMRO	Antigua-et-Barbuda, Barbade, Bolivie, Dominique, Équateur, Grenade, Guyana, Haïti, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint Vincent et les Grenadines, Suriname, Trinité et Tobago
EMRO	Afghanistan, Égypte, Maroc
EURO	Azerbaïdjan, Kirghizistan, Tadjikistan
SEARO	Bangladesh, Bhoutan, Inde, Népal, Sri Lanka, Timor-Leste
WPRO	Cambodge, Mongolie, Îles Salomon

On constate également que, pour certaines Régions (par exemple EMRO et WPRO), le nombre de pays couverts est très faible. Il n'a donc pas été possible de synthétiser les chiffres relatifs à l'accès pour ces Régions. Les données sur l'accès à l'eau sont plus nombreuses que celles sur l'assainissement et l'hygiène (Tableau 4). Comme indiqué un peu plus loin, il est important de réaliser des évaluations de plus grande ampleur dans un plus grand nombre de pays si l'on veut mieux comprendre les besoins et cibler les ressources dans les Régions et les pays.

Il convient toutefois de considérer ces estimations avec prudence. La situation est probablement bien pire. Les données ne différencient pas les établissements disposant d'installations *in situ* de ceux ayant accès à des installations communautaires dans un rayon de 500 mètres. Dans les deux cas, on considère que l'établissement dispose d'une alimentation en eau. En outre, la plupart des données ne prennent en compte ni la fiabilité, ni le nombre, ni la sécurité des installations. D'après les récentes enquêtes SPA, qui évaluent aussi la disponibilité de l'eau sur toute une année, le taux d'accès à un point d'eau amélioré situé dans un rayon de 500 mètres autour d'un établissement de santé diminue, de 73 % lorsque la disponibilité n'est pas prise en compte à 41 %, ¹ et se réduit encore plus quand la disponibilité d'installations *in situ* est prise en compte. Les données indiquent que, là où les ressources sont limitées, la majorité des établissements de soins ne disposent pas d'un accès à l'eau *in situ*, ce qui entrave considérablement la réalisation des actes médicaux, même les plus élémentaires, dans des conditions de sécurité.

Dans seulement trois des 32 pays qui ont communiqué des données sur les trois aspects (eau, assainissement et hygiène), la couverture était de 100 % ou de près de 100 % pour l'ensemble des établissements de santé évalués. Ces pays se trouvent dans les Caraïbes et, étant donné leur petite taille et leurs ressources relativement importantes, ils ne sont pas comparables aux autres pays couverts par cette étude.

3.1 DISPARITÉS ENTRE ÉTABLISSEMENTS

Afin de mettre en évidence, à l'intérieur des pays, les disparités entre établissements dans l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement, des analyses supplémentaires sur une partie des sous-ensembles de données disponibles ont été effectuées. C'est ainsi que de grandes différences à l'échelon infranational ont été observées, en fonction du contexte et du type d'établissement, dans un même pays : par rapport aux grands établissements (hôpitaux) des zones urbaines, les petits établissements situés dans les zones rurales disposent d'un accès à l'eau et d'installations d'assainissement et d'hygiène bien plus limités.

En Sierra Leone, par exemple, les hôpitaux disposent d'un meilleur accès à l'eau que les établissements de soins de santé primaires (respectivement 87 % et 61 %). Le constat est analogue au Kenya, où 58 % des hôpitaux ont accès à une alimentation en eau, contre 35 % des centres de soins de santé primaires. Avant de pouvoir tirer des conclusions générales, il faut recueillir davantage de données nationales, mais ces exemples indiquent une tendance selon laquelle, des grands établissements sont bien plus susceptibles que des petits établissements de disposer d'installations adaptées à ses besoins pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Or, ce sont souvent les petits établissements, moins bien pourvus, qui prodiguent des soins aux populations les plus pauvres et les plus vulnérables (OMS, 2008).

Les observations sont analogues au niveau infranational. Ainsi, au Kenya, le taux national d'accès à l'eau dans les établissements de santé est de 46 %, mais l'analyse province par province révèle des écarts substantiels : la couverture va de 75 % (province du centre) à 22 % (province de Nyanza). En Éthiopie, 99 % des établissements situés dans la capitale, Addis-Abeba, disposent d'un accès à l'eau, contre seulement 23 % de ceux de la région de Gambella (Ministère de l'eau et de l'énergie de l'Éthiopie, 2012). Malheureusement, les données sont insuffisantes pour permettre des analyses similaires concernant l'assainissement et l'hygiène.

¹ Données de cinq pays : Haïti, Kenya, Namibie, Rwanda et Tanzanie.

Des disparités existent également au sein même des établissements. Selon une étude menée en Tanzanie sur la base des données SPA, 44 % des établissements qui pratiquent des accouchements ont accès à des services de base pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène, mais ces équipements ne se trouvent dans les salles d'accouchement que pour 24 % des établissements (Benova et al., 2014). Il faut donc intensifier les efforts pour caractériser et corriger les disparités afin que tous les patients, indépendamment de leur sexe, de leur situation économique ou de leur origine géographique, reçoivent des soins de qualité.

Même si le présent rapport n'est pas axé sur la gestion des déchets médicaux, celle-ci est essentielle à la fois pour la sécurité du personnel de santé et pour celle des patients. L'encadré 2 synthétise les données disponibles, lesquelles ne couvrent toutefois que 24 pays. Comme l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la gestion des déchets médicaux fait souvent défaut. Tous ces éléments sont pourtant fondamentaux pour prévenir et lutter contre les infections associées aux soins de santé.

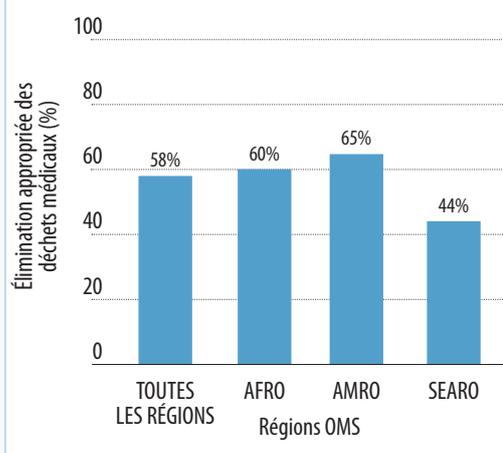
Encadré 2.

Données disponibles sur la gestion des déchets médicaux

Au total, un peu plus de la moitié (58 %) des établissements évalués, dans 24 pays, disposent de systèmes adéquats pour l'élimination sans risques des déchets médicaux (Figure 1). Les déchets médicaux sont tous les déchets produits à l'intérieur des établissements de santé dans le cadre des actes médicaux, notamment les matériels à risque infectieux tels que les seringues et les pansements usagés ainsi que les équipements de protection du personnel soignant. L'élimination sans risques des déchets nécessite un plan de séparation, d'élimination et de destruction dans des conditions de sécurité, ainsi qu'un personnel suffisamment formé à la gestion des déchets médicaux. Les estimations présentées ici sont alarmantes et appellent une action immédiate pour que les déchets médicaux soient gérés en toute sécurité.

Dans toutes les Régions, des établissements n'éliminent pas leurs déchets médicaux en toute sécurité, et c'est dans la Région de l'Asie du Sud Est que le taux d'élimination sans risques est le plus faible, avec la présence d'un système sécurisé de collecte, d'élimination et de destruction des déchets dans moins de la moitié des établissements. Un seul établissement dépourvu de tout système d'élimination sans risques de ses déchets médicaux suffit à faire courir un risque d'infection à la fois aux patients et au personnel. Ce problème s'ajoute aux autres problèmes sanitaires lorsque les ressources sont limitées et lorsque la charge de morbidité est élevée.

Figure 1. Taux d'élimination sans risques des déchets médicaux dans 24 pays¹



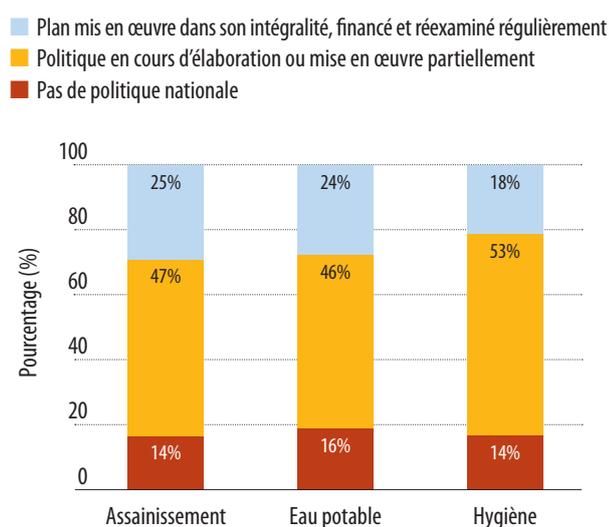
¹ La Région EURO n'est pas prise en compte ici car les données disponibles ne provenaient que d'un seul pays ; faute de données suffisantes, les Régions EMRO et WPRO ne sont pas non plus incluses. Des informations sur la gestion des déchets médicaux étaient disponibles pour 24 pays, dont 12 de la Région AFRO, 5 de la Région AMRO, 1 de la Région EMRO, 1 de la Région EURO et 5 de la Région SEARO.

4

POLITIQUES ET CIBLES NATIONALES POUR L'EAU, L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Le rapport GLAAS 2014 (Analyse et évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable) élaboré en 2014 par les Nations Unies et coordonné par l'OMS montre que parmi les 86 pays qui ont répondu à la question relative aux politiques nationales pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé, un quart seulement (Figure 2) avaient mis en œuvre un plan d'assainissement dans ces établissements, et que ce plan était financé et réexaminé périodiquement (OMS/ONU Eau, 2014). La proportion de pays disposant de plans pour l'eau potable et l'hygiène est encore plus faible. Voir l'annexe F pour les questions de l'enquête GLAAS qui concernent les établissements de santé.

Figure 2. Degré d'avancement des politiques nationales pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins



Source : GLAAS 2013/2014, enquête par pays.

Il n'existe pas non plus de cible relative à la couverture de base pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé. Plus de la moitié (52 %) des pays (n = 94) qui ont répondu à cette question dans le rapport GLAAS n'ont pas

défini de cibles pour l'hygiène dans les établissements, et plus d'un tiers pour l'assainissement (35 %) ou l'eau (44 %). Ensemble, ces chiffres attestent de l'inadéquation des politiques et de la planification concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé. La proportion de pays disposant d'une politique nationale (Figure 2) varie en fonction de la sous-composante considérée (eau, assainissement ou hygiène), ce qui témoigne de la fragmentation d'éléments qui devraient être planifiés et mis en place ensemble.

Le Tableau 6 illustre les liens entre les politiques nationales, la couverture et les cibles relatives à l'eau dans les établissements de santé de 18 pays d'Afrique subsaharienne. L'eau potable et l'Afrique subsaharienne ont été retenues pour des raisons de disponibilité des données.

Les cellules en vert, jaune et rouge désignent respectivement un niveau de service, des cibles et des plans et politiques nationaux globalement satisfaisants, moyens et médiocres pour l'eau. Faute de données suffisantes, l'assainissement et l'hygiène ne sont pas considérés ici. Il importe de noter plusieurs points. Premièrement, dans les pays qui ont défini une cible pour l'eau et qui disposent d'un plan national chiffré dans son intégralité et régulièrement réexaminé (Burkina Faso et Zimbabwe), le taux d'accès à l'eau est élevé dans les établissements de santé (87 % ou plus) et nettement supérieur à la moyenne africaine (58 %). L'existence de cibles nationales et de plans nationaux pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins pourrait par conséquent être associée à une plus forte proportion d'établissements ayant accès à l'eau. La majorité des (13) pays du Tableau 6 disposent d'un plan pour l'eau dans les établissements de santé, mais ce plan n'est pas chiffré ou il n'est mis en œuvre que partiellement (cellules en jaune). Ces pays devraient donc s'attacher en priorité à finaliser leur politique et à s'assurer qu'il existe une volonté politique ainsi que des ressources humaines et financières suffisantes pour sa mise en œuvre.

Seuls deux pays du Tableau 6 (la Gambie et le Mali) ont fait état de l'absence de plan national. Dans ces pays, le taux d'accès à l'eau dans les établissements de santé est l'un des plus faibles. Accès à l'eau en Gambie est parmi les pires (50%)

Tableau 6. Politiques et plans nationaux, cibles et accès à l'eau dans les établissements de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels des données sont disponibles

Pays	Cible relative à l'eau (%)	Accès à l'eau (%)*	Plan national** (oui/partiel/aucun)
Bénin	100	82	Partiel
Burkina Faso	100	87	Oui
Côte d'Ivoire	82,5	55	Partiel
Éthiopie	Pas de réponse	32	Partiel
Gambie	100	50	Aucun
Ghana	100	68	Partiel
Kenya	75	83	Partiel
Libéria	Pas de réponse	81	Partiel
Madagascar	70	69	Partiel
Mali	Pas de réponse	80	Aucun
Ouganda	Pas de réponse	66	Partiel
Rwanda	100	71	Partiel
Sénégal	Pas de cible définie	90	Oui
Sierra Leone***	72	62	Partiel
Soudan du Sud	Pas de réponse	79	Partiel
Tanzanie	100	65	Partiel
Tchad	Pas de réponse	62	Partiel
Zimbabwe	100	100	Oui

* Code couleur : 0-50 % (rouge) ; 51-75 % (jaune) ; 76-100 % (vert)

** Les définitions s'appuient sur les questions du rapport GLAAS et les réponses sont codées comme suit :

Oui : plan chiffré, mis en œuvre, financé et régulièrement réexaminé ; Partiel : plan élaboré, et dans certains cas chiffré, et mis en œuvre partiellement ; Aucun : pas de politique nationale, ou politique nationale non accompagnée d'un plan de mise en œuvre.

*** Les données sur l'accès à l'eau en Sierra Leone ont été recueillies au niveau infranational, alors que, pour les autres pays, il s'agit de données nationales représentatives.

Source : Données sur les cibles et les plans nationaux provenant des enquêtes par pays du rapport GLAAS 2013/2014.

et alors que la situation est mieux au Mali, la disposition générale de masques d'eau. Le fait que plus de 50 % des installations de Doe pas stockage d'eau suffisante et plus de 70% ont une mauvaise qualité de l'eau. On peut donc penser que l'absence de plan national est associée à des

niveaux de service très faibles et qu'un plan est important pour mobiliser les ressources financières et humaines qui permettront d'améliorer et d'entretenir les installations pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé.

B

PERSPECTIVES



POURIA

WASTEWATER
SANITATION

5

AMÉLIORER LES SERVICES D'EAU, D'ASSAINISSEMENT ET D'HYGIÈNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : UN APPEL À L'ACTION

Il convient d'agir de toute urgence aux niveaux mondial, national et des établissements afin d'améliorer les services d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements de santé. Lors de la réunion stratégique mondiale de 2014 (mentionnée à la section 1 et décrite en détail à l'annexe G), les professionnels du secteur eau-assainissement-hygiène (WASH) et de la santé au sein des organisations internationales, des États, des milieux universitaires, des ONG et des donateurs se sont engagés à lancer des campagnes de sensibilisation, à renforcer la volonté politique, à mobiliser des ressources et à appuyer les actions destinées à améliorer la situation là où les ressources sont limitées. Lors de cette réunion, les participants ont défini des actions, lesquelles ont été articulées autour de quatre grands thèmes :

- politiques et normes ;
- cibles de couverture ;

- amélioration et gestion des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène ; et
- suivi et recherche opérationnelle.

Ces éléments sont analysés ci-après et l'OMS collabore avec ses principaux partenaires pour les affiner et les développer d'avantage dans le cadre d'un Plan d'action mondial pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins.

5.1 POLITIQUES ET NORMES

L'instauration et l'application de normes nationales pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé constituent l'une des mesures permettant de renforcer l'accès et d'améliorer les services. Les normes de l'OMS sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé (Tableau 7) servent de base pour la mise en place

Tableau 7. Normes de l'OMS sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé (OMS, 2008)

Élément	Recommandation	Explication
Quantité d'eau	5-400 litres/personne/jour.	Les services de consultations externes nécessitent moins d'eau, tandis que les blocs opératoires et les salles d'accouchement en utilisent davantage. La limite supérieure concerne les centres d'isolement des patients atteints de fièvre hémorragique virale (par exemple Ebola).
Accès à l'eau	Points d'eau sur site.	Des points d'eau devraient être disponibles dans toutes les salles de soins et dans les salles d'attente.
Qualité de l'eau	Moins de 1 <i>Escherichia coli</i> /bactérie coliforme résistante à la chaleur pour 100 ml. Présence de désinfectant résiduel. Plans pour la sécurité sanitaire de l'eau.	L'eau de boisson devrait satisfaire aux normes énoncées dans les directives de qualité pour l'eau de boisson adoptées par l'OMS pour les aspects microbiens, chimiques et physiques. Les établissements devraient adopter une approche de gestion des risques afin de veiller à la sécurité sanitaire de l'eau de boisson.
Nombre d'installations d'assainissement	1 installation de toilettes pour 20 utilisateurs dans les services hospitaliers. Au moins 4 toilettes par service de consultations externes. Toilettes distinctes pour les patients et le personnel.	Les toilettes devraient être présentes en nombre suffisant pour les patients, le personnel et les visiteurs.
Accès à l'assainissement	Installations sur site.	Les installations d'assainissement devraient se situer à l'intérieur de l'établissement et être accessibles à toutes les catégories d'utilisateurs (femmes, hommes et personnes présentant des incapacités).
Qualité de l'assainissement	Approprié aux ressources financières et techniques disponibles localement, sûr, propre, accessible à tous les utilisateurs, y compris ceux à mobilité réduite.	Les toilettes devraient être construites selon des spécifications techniques de nature à assurer une bonne évacuation des excréta.
Hygiène	Un point d'eau fiable avec du savon, ou des produits de nettoyage des mains à base d'alcool, disponible dans toutes les salles de traitement, dans les salles d'attente et à proximité des latrines, à l'intention des patients et du personnel.	De l'eau et du savon (ou des produits de nettoyage des mains à base d'alcool) devraient être disponibles dans toutes les zones les plus fréquentées de l'établissement afin de promouvoir des pratiques sûres d'hygiène des mains.

Encadré 3.

Instauration et application de normes pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins au Laos et en Mongolie

Au Laos, le département de l'hygiène et de la promotion de la santé a élaboré des normes de santé environnementale pour les soins de santé. Ce document donne aux hôpitaux et aux établissements de santé des orientations sur les normes de santé environnementale indispensables, appuie l'intégration de ces normes dans les programmes nationaux et guide la formation et le renforcement des capacités techniques dans la langue locale. Ces normes sur l'eau, l'hygiène et l'assainissement ont trouvé une application directe dans le « Cadre de stratégie et de planification pour des services intégrés de santé maternelle, néonatale et des enfants 2009-2015 ». Elles ont été mises en œuvre dans 25 centres de santé et se sont accompagnées de la construction d'infrastructures d'eau, d'assainissement et d'hygiène accessibles aux patients présentant un handicap, d'installations fonctionnelles (toilettes et lavabos) et d'une dotation budgétaire pour la maintenance et les réparations.

En 2013, la Mongolie a adopté des exigences de conception, de construction et de réhabilitation des établissements de soins relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, en s'appuyant sur les normes de l'OMS. Outre les besoins d'infrastructures, les normes adoptées en Mongolie mettent l'accent sur les processus de fonctionnement et de maintenance, les procédures de gestion des déchets médicaux, ainsi que les mesures de prévention et de lutte contre les infections.

de normes nationales pour différents types d'établissements de santé. L'encadré 3 décrit comment le Laos et la Mongolie ont adopté et mis en œuvre ces normes.

Pour la mise en œuvre de normes nationales, il peut être bénéfique d'adopter une approche « graduelle » permettant aux établissements de santé d'avancer progressivement vers un niveau de soins élémentaires, et le dépasser. Ces normes peuvent être spécifiques à l'établissement ou au lieu, sachant que les établissements proposant des services plus complexes, comme la chirurgie, nécessiteront des niveaux supérieurs de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

Les normes et politiques nationales sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé devraient s'accompagner de stratégies permettant d'identifier les dispositifs institutionnels, de financement et de dotation en ressources humaines adéquats pour leur mise en œuvre. Comme l'indique le récent rapport GLAAS (OMS, 2014), sur les 72 pays dotés d'un plan national, 46 n'avaient pas chiffré et/ou entièrement mis en œuvre de plans relatifs à l'eau dans les établissements de santé. On peut en conclure qu'il faut redoubler d'efforts pour trouver des sources et des mécanismes de financement appropriés. Il peut par exemple s'agir de comptes nationaux de la santé, pour lesquels l'OMS recommande de considérer l'eau et les fournitures de nettoyage comme des facteurs importants entrant dans la production de services de santé (OCDE, Eurostat, OMS, 2011). L'OMS recommande également que ce soit l'administration centrale qui supporte directement le coût des services d'eau et d'assainissement, afin de les mettre à disposition des prestataires publics de soins de santé gratuitement ou pour un tarif minime.

5.2 CIBLES DE COUVERTURE

Les cibles jouent un rôle important pour la mobilisation de la volonté politique et pour le classement des dotations en ressources par ordre de priorité. Environ la moitié (41%) des pays ayant répondu à l'enquête GLAAS (OMS, 2014) ont défini une cible de couverture de 100 % pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé. Cependant, il sera très difficile d'atteindre ces cibles compte tenu de l'insuffisance actuelle des services, des limitations des

ressources humaines et financières, et de l'absence de plans et de normes nationales dans les pays. Par conséquent, si l'on veut définir des cibles réalistes reposant sur des données, il convient d'évaluer en détail les besoins en donnant la priorité aux plus vulnérables (c'est-à-dire les zones affichant des taux de mortalité maternelle et néonatale élevés, subissant des flambées de choléra, etc.) et en tenant compte des moyens humains, financiers et technologiques disponibles.

Pour définir des cibles et suivre leurs progrès, il faut déployer une action à l'échelon national, laquelle pourrait tirer parti des efforts mondiaux accomplis dans ce domaine. Dans le contexte mondiale, la communauté internationale lance des appels à un accès universel à la couverture des services sanitaires et les Nations Unies reconnaissent le droit à l'eau et à l'assainissement comme un droit humain. Ces deux initiatives décrites plus loin (encadré 8) offrent d'important mécanismes politiques et juridiques qui permettent de définir des cibles et d'effectuer un suivi.

La reconnaissance par la communauté internationale de la nécessité d'un suivi planétaire de l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de santé sur la base d'une cible mondiale établie peut inciter à l'instauration de cibles nationales ou à leur révision. Le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (JMP) a facilité l'organisation d'une consultation exhaustive de centaines de parties prenantes visant à identifier des cibles et des indicateurs dans le secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans le but de les inclure dans l'agenda post-2015 (OMS/UNICEF, 2014a). Cette consultation a notamment débouché sur la proposition d'une cible pour l'accès universel aux services d'eau, d'assainissement et d'hygiène de base dans les établissements de santé à l'horizon 2030. Les indicateurs proposés (Tableau 8) ont été élaborés à partir des normes OMS mentionnées ci-dessus.

Le Plan d'action mondial intégré OMS/UNICEF pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée (OMS/UNICEF, 2013, décrit en détail à l'encadré 8) constitue un exemple d'initiative mondiale ayant adopté ces cibles et collaborant avec les autorités nationales pour les adapter au contexte de chaque pays.

Tableau 8. Cibles et indicateurs relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de soins proposés pour l'agenda post-2015

Item	Cibles pour 2030	Indicateurs pour 2030
Eau de boisson	Tous les établissements de santé mettent à la disposition de tous les utilisateurs un service d'eau de boisson de base.	Pourcentage des établissements de santé disposant sur place d'un point d'eau potable amélioré et de points d'eau accessibles à tout moment à tous les utilisateurs.
Assainissement	Tous les établissements de soins mettent à la disposition de tous les utilisateurs des installations d'assainissement appropriées et en état de fonctionnement.	Pourcentage des établissements de santé disposant sur place ou à proximité d'installations d'assainissement améliorées, séparées pour les hommes et les femmes (au moins une par 20 utilisateurs dans les structures hospitalières, et au moins quatre, une pour le personnel, une pour les patientes, une pour les patients et une pour les enfants, dans les services ambulatoires).
Hygiène	Tous les établissements de soins mettent à la disposition de tous les utilisateurs des installations permettant de se laver les mains et de répondre aux besoins d'hygiène menstruelle.	Pourcentage des établissements de santé disposant d'une installation d'hygiène pour les mains équipée d'eau et de savon dans les installations d'assainissement, les zones de préparation des aliments et les services accueillant les patients, ou à proximité. Pourcentage des établissements de santé disposant d'un lieu privé permettant de se laver les mains et le corps et de laver ses vêtements, de faire sécher le matériel réutilisable et d'éliminer sans risques les produits d'hygiène menstruelle.

Cette proposition du JMP est venue enrichir les délibérations du Groupe de travail ouvert des Nations Unies sur les Objectifs de développement durable, dont le rapport est devenu la base des Objectifs de développement durable (ODD). Si ce rapport n'énonce pas de cible explicite pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé, beaucoup, y compris le JMP, considèrent que sa proposition d'accès universel à l'eau et à l'assainissement englobe tous les environnements, y compris les ménages, les écoles et les établissements de santé. Le JMP prévoit donc d'assurer un suivi des aspects relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de santé après 2015.

5.3 AMÉLIORER LES SERVICES D'EAU, D'ASSAINISSEMENT ET D'HYGIÈNE

Un environnement favorable incluant la volonté politique, des politiques allant dans le bon sens, des normes nationales, des cibles et une définition claire du rôle des différentes parties prenantes constituent un prérequis à l'amélioration des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé. La mise en œuvre de ces services nécessite des ressources humaines ayant reçu une formation adéquate et disponibles en nombre suffisant, ainsi qu'un financement suffisant.

Au niveau des établissements de santé, l'amélioration des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène pourrait bénéficier d'évaluations complètes des risques, s'appuyant sur des approches similaires à celles utilisées dans le cadre de la planification de la sécurité sanitaire de l'eau (Water Safety Planning) et les dangers ainsi que les points de contrôle critiques (comme ceux utilisés dans l'industrie agroalimentaire) (OMS/IWA, 2011). Cette approche impose d'identifier systématiquement les risques, de les classer par ordre de priorité et de les gérer (OMS, 2012). Elle nécessite également d'effectuer un suivi régulier des mesures de contrôle mises en place et de procéder à une confirmation régulière de la qualité de l'eau (vérification ou suivi de la conformité). Il importe également d'inclure l'assainissement, les mesures d'hygiène et la gestion des déchets médicaux dans les plans de gestion des risques. Les pays ont commencé à adopter cette approche, par exemple dans les zones de forte transmission du choléra au Tchad, les établissements de santé dans les zones de conflit au Mali et pour la (re)construction des systèmes de santé après l'épidémie de

maladie à virus Ebola au Libéria. Cependant, il faut poursuivre les efforts afin d'élaborer des évaluations des risques adaptées aux établissements, liées aux plans existants, y compris dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les infections, et bénéficiant de ressources adéquates.

Bien que les infrastructures des établissements de soins puissent nécessiter des améliorations significatives (forage de puits profonds ou installation de l'eau courante, par exemple), dont la planification et la construction peuvent prendre du temps, il est tout de même possible d'engager immédiatement des mesures peu coûteuses qui améliorent les conditions relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène. L'encadré 4 en donne un exemple.

Encadré 4.

Une approche peu coûteuse permettant d'améliorer l'approvisionnement en eau potable et l'hygiène dans les établissements de soins situés dans les zones rurales de la Zambie

En Zambie, un projet (tout d'abord mis en œuvre dans huit établissements de santé, puis étendu à 150) a montré les effets bénéfiques des améliorations rapides et peu coûteuses de l'approvisionnement en eau, en assainissement et en l'hygiène. Grâce à l'installation de conteneurs d'eau pourvus de robinets et de savon pour se laver les mains et au traitement de l'eau en des points essentiels au sein des établissements, le personnel a immédiatement pu se laver plus facilement les mains, ce qui a encouragé cette pratique. Les patients se sont eux aussi déclarés plus satisfaits des services de soins. En outre, l'amélioration des pratiques de lavage des mains et de traitement de l'eau dans les établissements de soins s'est traduite par une amélioration des pratiques dans les foyers, démultipliant ainsi l'effet de l'intervention. Cette tendance a également été observée au Kenya et au Malawi (Parker, 2006 ; Woods et al., 2012). Cette tendance positive met à profit un « moment de sensibilisation », lorsqu'un patient vient recevoir des soins, et l'influence positive des agents de santé. Mis en œuvre par le Ministère de la santé et le Ministère de l'eau et des ressources naturelles, avec le soutien de plusieurs organisations locales et internationales, ce projet se poursuit : ses résultats sont évalués et l'on étudie la possibilité de l'étendre.

La formation et une dotation en personnel suffisante sont fondamentales si l'on veut améliorer et entretenir les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé et s'assurer que les plans de gestion des risques sont mis en œuvre. La formation à la problématique de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène devrait être développée et proposée en parallèle d'une formation à la prévention et la lutte contre les infections (encadré 5). Des individus recevant une formation régulière devraient vérifier que les installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement sont correctement exploitées et entretenues et que les services essentiels, comme l'élimination sans risques des déchets médicaux, sont disponibles. Ces personnes devraient disposer des outils et des financements nécessaires pour faire fonctionner et réparer les pompes à eau, réparer les toilettes et vérifier que les fosses septiques fonctionnent comme prévu. En outre, elles devraient être suffisamment rétribuées pour leur travail et leurs responsabilités.

Encadré 5.

Lien entre la formation à la problématique de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène et la lutte contre les infections en Mongolie et en Éthiopie

La Mongolie a fortement axé son programme national d'amélioration des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les hôpitaux ruraux sur le renforcement des capacités des agents de santé. Un programme de formation a été élaboré et proposé au personnel des centres de soins primaires. Il associait la formation existante à la lutte contre les infections à certaines mesures relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, ainsi qu'à la gestion des déchets médicaux. Des agents de santé bénévoles issus des communautés locales ont également été formés afin de soutenir les efforts dans les centres et de transmettre aux ménages des messages sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

En 2014, le Ministère éthiopien de la santé a lancé une campagne pour la propreté des structures de santé (Clean and Safe Health facility – CASH). Cette initiative vise à réduire les infections et à améliorer la salubrité des hôpitaux grâce à la formation de leur personnel à la lutte contre les infections et à la sécurité des patients, à la présence d'installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement sûres et en nombre suffisant, à la gestion des déchets médicaux, ainsi qu'en réalisant des audits et en aidant les hôpitaux à élaborer et à mettre en œuvre des chartes de propreté. L'initiative CASH est en cours de déploiement dans tous les hôpitaux éthiopiens (environ 150) et sera étendue aux centres de santé en 2016.

La formation ne doit pas se limiter aux personnes qui font fonctionner les infrastructures relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène. Il faut apprendre au personnel et aux patients à utiliser correctement ces installations et leur expliquer les bienfaits qui en découlent. De surcroît, en dispensant une formation aux prestataires de santé afin qu'ils sachent comment et quand communiquer des messages sur le lavage des mains, par exemple, aux personnes qui viennent recevoir des soins, on peut produire des changements au niveau individuel et améliorer les pratiques des membres

de la famille, à qui ces messages seront transmis à la maison. Cette formation doit être relayée par des moyens appropriés (comme des affiches), des cours de recyclage et des incitations, de manière à ce que les agents de santé continuent de respecter ces pratiques et de transmettre ces messages. On observe que cette stratégie conduit à des améliorations durables sur le long terme. Ainsi, au Kenya, trois ans après la mise en œuvre d'un programme visant à améliorer le lavage des mains et le traitement de l'eau dans les établissements de soins ruraux, 97 % des établissements utilisaient toujours des stations d'eau potable et 79 % du personnel savait comment traiter l'eau (Sreenivasan et al., 2014).

La recherche opérationnelle est importante car elle procure des informations utiles pour la mise en œuvre et aide à mieux comprendre le lien entre la présence d'infrastructures pour l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé et les résultats sanitaires. Le programme détaillé de la recherche n'entre pas dans le champ de la présente étude. Toutefois, les domaines qui nécessitent une étude plus approfondie ont été abordés lors de la réunion stratégique mondiale évoquée plus haut :

- comprendre les moteurs du changement de comportements vis-à-vis de la problématique de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène et élaborer des interventions visant à faire évoluer les comportements du personnel et des patients en se fondant sur des exemples concrets ;
- évaluer les coûts et les avantages des investissements et surmonter les obstacles financiers ;
- optimiser les installations relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène afin qu'elles soient faciles à utiliser, protègent l'environnement et soient adaptées au contexte ;
- optimiser la formation des ressources humaines et du personnel ; et
- mettre en place des mesures efficaces de mise en œuvre et de maintien des plans de gestion des risques au niveau de la structure de soins.

5.4 SUIVI

Si l'on veut améliorer et gérer les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, il faut des mécanismes de suivi solides et cohérents qui mesurent les progrès et orientent les efforts sur les domaines où les besoins sont les plus élevés. Le suivi doit s'effectuer aux niveaux mondial/national mais aussi dans les structures de santé. L'examen des évaluations essentiellement menées au niveau national a permis de déceler plusieurs lacunes. Premièrement, il n'existe pas de définition harmonisée des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, et de nombreuses évaluations ne tiennent pas compte d'aspects importants comme la qualité de l'eau et la fiabilité ou l'état de fonctionnement des installations d'assainissement. Il faut élaborer et utiliser un ensemble harmonisé d'indicateurs qui permettent de réaliser des comparaisons entre les pays et sur la durée. Ces indicateurs devraient tenir compte des normes nationales, et les recommandations de l'OMS forment une importante base pour déterminer les aspects relatifs à l'accès, à l'état de fonctionnement, à la sécurité et à l'équité qu'il faut mesurer. Il convient alors d'encourager les grandes évaluations au niveau national, notamment celles qui s'appuient sur les enquêtes SARA, IPS et SPA, à utiliser cet ensemble harmonisé de questions.

Il faut procéder à des évaluations supplémentaires dans les pays à revenu faible et sous-représentés (Érythrée, Guinée-Bissau, Niger ou République centrafricaine, par exemple). Le dispositif SARA prévoit des évaluations dans nombre de ces pays en 2015 et 2016. En outre, des données sur les régions sous-représentées, comme le Moyen-Orient, l'Asie centrale et l'Asie du Sud-Est sont nécessaires. De surcroît, les évaluations à venir pourront profiter de l'intégration de modules spécifiquement conçus en fonction du type de structure de santé (poste de santé ou hôpital), du lieu géographique (zone rurale ou urbaine) et de la situation économique du pays. Ces précisions permettront de nuancer davantage l'analyse des disparités et de mieux cibler les ressources.

Il est impératif de renforcer les systèmes nationaux d'information pour la gestion de la santé afin d'intégrer les aspects relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans le suivi systématique des services de santé. Cette approche permettra aux pays de s'approprier les évaluations en cours, et elle favorisera la durabilité de ces dernières, tout en améliorant la capacité à repérer systématiquement les lacunes. Les systèmes de responsabilisation et de financement sont eux aussi nécessaires pour définir l'ordre de priorité des actions identifiées et pour améliorer les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Pour pouvoir produire des données de qualité, ces systèmes ont besoin de ressources humaines, d'un appui financier, d'un renforcement des capacités et d'une validation par les tiers.

Il faut un suivi plus détaillé au niveau des établissements, qui puisse servir à évaluer les risques, à classer les améliorations par ordre de priorité et à veiller à ce que ces améliorations soient mises en œuvre grâce à des ressources humaines et financières suffisantes. La Sierra Leone et le Viet Nam ont commencé à prendre des mesures pour améliorer les systèmes de suivi des établissements (encadrés 6 et 7).

Enfin, l'élaboration de mécanismes servant à vérifier la conformité avec les normes nationales (notamment pour l'exploitation et l'entretien des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement et le respect des procédures de lavage des mains) permettra de poursuivre les améliorations. Ces efforts peuvent passer par l'homologation des établissements de santé, dont la capacité à proposer des soins de qualité pourra être mesurée à l'aune des indicateurs relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène. Les projets, déjà évoqués, qui sont destinés à améliorer la qualité des soins à la naissance cherchent à élaborer un ensemble d'indicateurs et de processus qui permettront d'attester que les établissements sont équipés pour pratiquer des accouchements. Afin d'encourager les efforts dans ce domaine, on pourrait récompenser les établissements qui proposent un niveau de service acceptable et qui continuent d'améliorer l'eau, l'assainissement et l'hygiène, de même que les efforts déployés par leur personnel.

Encadré 6.

Des systèmes de suivi innovants pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé en Sierra Leone

En Sierra Leone, le Ministère de la santé et de l'assainissement a récemment élaboré des mesures et des normes relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé, ainsi que des manuels et des outils de formation pour faciliter la mise en œuvre de ces normes. Cette initiative a été menée par la division santé génésique et de l'enfant de ce Ministère, qui a bénéficié de l'aide extérieure et de la collaboration d'ONG pour la mise en œuvre sur le terrain. Un système de suivi innovant a été instauré. Des équipes chargées d'évaluer les améliorations au niveau des établissements de santé ont été déployées dans 65 centres de santé et 13 hôpitaux afin de procéder à des évaluations trimestrielles ou semestrielles. Les équipes ont d'abord fait part de leurs constats au niveau du district, qui a pu décider immédiatement de la priorité à accorder aux mesures d'amélioration et à l'allocation des ressources. L'outil d'évaluation a été doté d'un code couleur (vert = satisfaisant, jaune = inadéquat, rouge = très inadéquat) permettant d'évaluer l'établissement à l'aune d'un ensemble de critères définis. Le code couleur a permis d'évaluer la situation et de décider des mesures à prendre. Il s'agira pour la suite de démontrer l'efficacité de cette stratégie, de la développer et de collaborer avec le Ministère de l'énergie afin d'équiper les établissements de santé de panneaux solaires pour produire de l'électricité.

Encadré 7.

Utiliser les données de suivi pour améliorer les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les structures de soins au Viet Nam

Le Viet Nam évalue régulièrement les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans ses établissements de santé. Selon l'enquête la plus récente, 10 000 centres de santé communaux (ceux qui proposent les soins les plus élémentaires) satisfont aux normes nationales et 1000 n'y satisfont pas. Pour stimuler le changement, le Viet Nam a lancé un concours pour des toilettes propres et incité les établissements à améliorer leurs services. Dans le même temps, les autorités nationales ont travaillé avec des organisations locales, dans 14 provinces, afin d'améliorer l'accès et l'utilisation des latrines domestiques dans les zones rurales via des formations et un travail de sensibilisation, ainsi qu'une subvention ponctuelle (de US \$25) pour la construction de latrines. Ces mesures ont permis de renforcer la capacité des établissements de santé à proposer des services de santé de qualité, de réduire les risques d'infection et d'améliorer la dignité, la sécurité et l'intimité des femmes tant lors d'un accouchement que de l'utilisation des installations sanitaires.

5.5 MAXIMISER LES EFFORTS

Si, dans le domaine de la santé, tout effort d'amélioration doit garantir un minimum de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé, une plus grande coordination des programmes de santé existants peut grandement y contribuer. Il faut en particulier s'attacher

d'avantage à remédier aux conditions inadéquates, élaborer des programmes de formation conjoints pour le personnel de santé, développer les volets relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les plans existants de lutte contre les infections et suivre les avancées. L'encadré 8 présente certaines de ces initiatives.

Encadré 8.

Initiatives mondiales en faveur de la santé appelant à la mise en place de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé

Améliorer la qualité des soins à la naissance : Cette initiative mondiale est destinée à garantir la qualité des soins lors de l'accouchement, un moment où les femmes et les nouveau-nés sont particulièrement vulnérables aux infections et autres complications. Dans le cadre de cet effort, l'OMS et d'autres organisations cherchent à garantir la qualité des établissements, par exemple en veillant à ce que toutes les salles d'accouchement disposent d'eau salubre en quantité suffisante et que des installations sanitaires soient disponibles pour les mères et le personnel.

Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée (GAPPD) : L'eau, l'assainissement et l'hygiène sont des éléments importants de la stratégie GAPPD à trois volets (protection, prévention et traitement) visant à éradiquer la pneumonie et la diarrhée chez l'enfant. Ce plan comporte des indicateurs d'accès universel à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de santé.

Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC) : Le GTFCC a pour mission d'encourager la mise en œuvre de stratégies reposant sur des données factuelles destinées à lutter contre le choléra. Ces stratégies s'appuient sur un renforcement de la collaboration et de la coordination entre l'OMS, les États Membres et les acteurs de la lutte contre le choléra. À cet effet, le GTFCC a pour objectif d'intégrer toutes ces activités (détection, surveillance, prise en charge des patients, vaccination, eau, assainissement et hygiène, sensibilisation et mobilisation sociale) afin de faire durablement reculer la maladie. La réalisation de cet objectif passe notamment par une amélioration des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé situés dans des zones de forte transmission du choléra qui accueillent les populations les plus exposées.

Promouvoir l'écologie dans le secteur de la santé : Cette initiative cherche à promouvoir la durabilité environnementale en santé afin d'améliorer la santé et de renforcer la performance des systèmes de santé. Elle est axée sur la promotion d'une gestion des déchets médicaux sans danger et respectueuse de l'environnement et sur la mise à profit de technologies énergétiques non polluantes (le solaire, par exemple), de manière à renforcer la qualité, l'accessibilité et la sécurité des services de santé.

Energy for Women's and Children's Health (l'énergie pour la santé des femmes et des enfants) : Cette initiative conjointe de l'OMS, de l'ONU-femmes et de la Fondation des Nations Unies (mise en œuvre dans le cadre de l'initiative du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies « Énergie durable pour tous ») vise à améliorer la santé des femmes et des enfants en permettant aux établissements de santé d'accéder plus facilement à un approvisionnement fiable en électricité. Elle met l'accent sur les structures ayant peu de ressources. D'après un examen mené en 2013, 28 % seulement des établissements situés dans 11 pays africains bénéficient d'un approvisionnement électrique fiable et 26 % ne sont pas raccordés à l'électricité (Adair-Rohani et al., 2014). Si l'on traite simultanément des questions liées à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène et celles relatives à l'énergie, il est possible de trouver des solutions « globales », en particulier pour les établissements qui ne sont pas raccordés au réseau et qui ont besoin d'électricité pour pomper de l'eau.

Un soin propre est un soin plus sûr : Cette initiative mène des actions pour que la lutte contre les infections soit universellement reconnue comme un élément fondamental pour la sécurité des patients et qu'elle contribue à réduire les infections liées aux soins de santé et leurs conséquences. Les services de base pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène tiennent une place essentielle dans la réalisation de cet objectif. Un renforcement de la collaboration entre les initiatives déployées dans ce domaine et les efforts de lutte contre les infections dans les établissements de santé sera bénéfique à maints égards.

Couverture sanitaire universelle : Faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne de difficultés financières pour les usagers est une grande priorité pour l'OMS, la Banque mondiale et les autorités nationales. Cet objectif est soutenu par divers engagements internationaux, tels que la Résolution 67/L.36 des Nations Unies de 2012. On estime qu'un milliard de personnes souffrent chaque année faute d'obtenir les services de santé dont elles ont besoin (OMS, 2014). Pour être en mesure de fournir des services de santé de qualité et durables, il est impératif que tous les établissements de santé respectent les règles relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène et que le personnel soit suffisamment formé et transmette des messages visant à faire changer les comportements en matière d'hygiène.

Le droit fondamental à l'eau et à l'assainissement : En 2002, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a adopté l'Observation générale N° 15 sur le droit à l'eau, défini comme « le droit de chacun à un approvisionnement suffisant, physiquement accessible et à un coût abordable, en eau salubre et de qualité acceptable » (Nations Unies, 2002). Ensuite, en 2010, par la Résolution 64/292, l'Assemblée générale des Nations Unies a reconnu le droit fondamental à l'eau et à l'assainissement et « constaté l'importance que revêt l'accès équitable à l'eau potable et l'assainissement pour la réalisation de tous les droits de l'homme » (Nations Unies, 2010). Cette Résolution définit cinq critères normatifs (disponibilité, qualité/sécurité, acceptabilité, accessibilité et coût abordable) qui sont importants pour répondre pleinement aux besoins en eau, en assainissement et en hygiène dans les structures de santé. Elle propose également des outils juridiques et décrit les obligations faites aux États et aux autres acteurs de respecter, de protéger et de garantir ce droit.



CONCLUSION

Ce rapport dresse un tableau alarmant de la situation concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé. Premièrement, on manque de données sur ces aspects, tant du point de vue géographique que du type de services qui existent dans les structures de santé. Deuxièmement, selon les données disponibles, nombre d'établissements de santé n'ont pas accès à un approvisionnement en eau ou à des installations d'assainissement ceci sans considération de leur état de fonctionnement. Dans les rares études qui se penchent sur cette question, nombre des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène ne sont pas sûrs ou fiables, et sont inadaptés aux besoins des patients, du personnel de santé et des visiteurs.

En outre, il faut de toute urgence dispenser des formations et renforcer les capacités afin que les moyens et les personnels soient suffisants pour faire fonctionner et entretenir les installations d'eau, d'assainissement et d'hygiène, et que le personnel de santé soit en mesure de véhiculer des messages qui changeront les comportements en matière d'hygiène. Ce tableau est sombre, mais on note tout de même que ces questions sont à la base de plusieurs initiatives mondiales et que plusieurs pays ont décidé d'améliorer les normes, la mise en œuvre et le suivi de ces aspects. Grâce à une action mondiale coordonnée, conduite par le secteur de la santé, on pourra doter tous les établissements de santé de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène.



RÉFÉRENCES

Action for Global Health et WaterAid (2014). Making health a right for all: Universal health coverage and water, sanitation and hygiene (<http://www.wateraid.org/uk/what-we-do/our-approach/research-and-publications/view-publication?id=63af2f8f-1a91-4b7a-b88d-e31175215f57>, consulté le 9 février 2015).

Allegranzi B., Nejad S.B., Combescurie C., Graafmans W., Attar H., Donaldson L. et al. (2011). Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 377, pp. 228-241.

Benova L., Cumming O., Gordon B.A., Magoma A. et Campbell O.M. (2014). Where there is no toilet: water and sanitation environments of domestic and facility births in Tanzania. *PloS One*, 9(9): e106738.

Ministère éthiopien de l'eau et de l'énergie (2012). National WASH Inventory Progress and M&E MIS Report.

Nations Unies (2002). Observation générale N° 15. Comité des droits économiques sociaux et culturels des Nations Unies.

Nations Unies (2010). Résolution adoptée par l'Assemblée générale. Le droit de l'homme à l'eau et à l'assainissement. Juillet 2010, Doc. Nations Unies A/RES/64/292, (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/64/292&referer=/english/&Lang=F, consulté le 9 février 2015).

OCDE, Eurostat et OMS (2011). A System of Health Accounts. Union européenne, Éditions OCDE. doi: 10.1787/9789264116016-en, (<http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>, consulté le 9 février 2015).

OMS (2008). Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242547238_fre.pdf?ua=1, consulté le 9 février 2015).

OMS (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (<http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/index.html>, consulté le 9 février 2015).

OMS (2012). Water safety planning for small community water supplies: step-by-step risk management guidance for drinking-water in small communities. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2012/water_supplies/en/index.html, consulté le 9 février 2015).

OMS (2013). Discours du directeur général. Ouverture du Sommet mondial de l'eau à Budapest, Budapest (Hongrie), (http://www.who.int/dg/speeches/2013/water_sanitation_opening/en/, consulté le 11 février 2015).

OMS (2014). Couverture sanitaire universelle – aide-mémoire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/fr/>, consulté le 9 février 2015).

OMS/IWA (2011). Water safety plan quality assurance tool. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wsp_qa_tool/en/index.html, consulté le 9 février 2015).

OMS/ONU-Eau (2014). UN-Water global analysis and assessment of sanitation and drinking-water (GLAAS) 2014 report. Investing in water and sanitation: increasing access, reducing inequalities. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

OMS/UNICEF (2012). Report of the second consultation on Post-2015 monitoring of drinking-water, sanitation and hygiene. La Haye, 3-5 décembre, (http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/WHO_UNICEF_JMP_Hague_Consultation_Dec2013.pdf, consulté le 9 février 2015).

OMS/UNICEF (2013). Mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et diarrhée d'ici 2025 (Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée). Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95480/1/9789242505238_fre.pdf?ua=1, consulté le 9 février 2015).

OMS/UNICEF (2014a). WASH POUR L'APRÈS-2015 : Propositions de cibles et d'indicateurs pour l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://www.wsscc.org/sites/default/files/wash_consolidated_factsheet_12pp_web_fr.pdf, consulté le 9 février 2015).

OMS/UNICEF (2014b). Progrès en matière d'alimentation en eau et d'assainissement : rapport 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

OMS/UNICEF (2015). Meeting the fundamental need for water, sanitation and hygiene services in health care facilities. Réunion mondiale organisée à Madrid, 2014, http://www.who.int/water_sanitation_health.

Oza S., Lawn J.E., Hogan D.R., Mathers C. et Cousens S.N. (2015). Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000-2013. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 93, pp. 19-28.

Parker A.A., Stephenson P.L., Riley P.L., Ombeki S., Komolleh C., Sibley L. et al. (2006). Sustained high levels of stored drinking-water treatment and retention of hand-washing knowledge in rural Kenyan households following a clinic-based intervention. *Epidemiology and Infection*, 134, pp. 1029-1036.

Russo E.T., Sheth A., Menom M., Wannemuehler K., Weinger M., Kudzala A.C. et al. (2012). Water treatment and handwashing behaviors among non-pregnant friends and relatives of participants in an antenatal hygiene promotion program in Malawi. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 86, pp. 860-865.

Sreenivasan N., Gotestrand S.A., Ombeki S., Oluoch G., Fischer T.K. et Quick R. (2014). Evaluation of the impact of a simple hand-washing and water-treatment intervention in rural health facilities on hygiene knowledge and reported behaviours of health workers and their clients, Nyanza Province, Kenya, 2008. *Epidemiology and Infection*, 27, pp. 1-8.

Velleman Y., Mason E., Graham W., Benova L., Chopra M., Campbell O.M.R. et al. (2014). From joint thinking to joint action: A call to action on improving water, sanitation, and hygiene for maternal and newborn Health. *PLoS Medicine*; 11(12): e1001771.

Woods S., Foster J. et Kols A. (2012). Understanding why women adopt and sustain home water treatment: Insights from the Malawi antenatal care program. *Social Science and Medicine*, 75, pp. 634-642.

ANNEXE A. MÉTHODES

STRATÉGIE DE RECHERCHE POUR LA COMPILATION DES ENSEMBLES DE DONNÉES

Des revues de la littérature relative aux outils d'évaluation des établissements de santé ont été effectuées, incluant une bibliographie annotée de l'IHFAN en 2008. Les bases de données qui classent les évaluations des établissements de santé en « santé publique et développement » ont été analysées, en particulier celles dont les noms figurent sur la liste dans le Tableau A1. L'examen des réponses à l'enquête GLAAS 2013/2014 et le Réseau de métrologie sanitaire ont permis de repérer les pays dotés de systèmes d'information pour la gestion de la santé. On a extrait des rapports les données relatives à chaque indicateur présentant un intérêt et on les a réunies dans un tableau. À l'exception de 10 ensembles de données de l'enquête d'évaluation de la prestation de services (SPA) accessibles au public, l'analyse s'est limitée aux informations présentées dans le rapport publié. On a également extrait des métadonnées supplémentaires : type d'enquête, année de l'étude, taille de l'échantillon ou population représentative.

Tableau A1. Bases de données relatives aux évaluations des établissements de santé et organismes correspondants

Organisation	Website
ABT Associates	http://www.abtassociates.com/
Agence Japonaise de Coopération Internationale (AJCI)	http://www.jica.go.jp/french/index.html/
Banque mondiale	http://databank.banquemondiale.org/data/home.aspx
Bureaux régionaux de l'OMS	Afrique : http://www.who.int/about/regions/afro/fr/ Amériques : http://www.who.int/about/regions/amro/fr/ Asie du Sud-Est : http://www.who.int/about/regions/searo/fr/ Europe : http://www.who.int/about/regions/euro/fr/ Méditerranée orientale : http://www.who.int/about/regions/emro/fr/ Pacifique occidentale : http://www.who.int/about/regions/wpro/fr/
Engender Health	http://www.engenderhealth.org/eoy-2013/#top
Family Health International (FHI360)	http://www.fhi360.org/
Global Health Data Exchange	http://ghdx.healthmetricsandevaluation.org/
International Health Facility Assessment Network (IHFAN)	http://ihfan.org/home/
International Household Survey Network (IHSN)	http://www.ihsn.org/home/
John Snow International	http://www.jsi.com/JSIInternet/IntlHealth/project/display.cfm?ctid=na&cid=na&tid=40&id=375
MEASURE DHS	http://www.measuredhs.com/publications/index.cfm
MEASURE Evaluation	http://www.cpc.unc.edu/measure/publications
Population Council	http://www.popcouncil.org/publications/index.asp
Réseau de métrologie sanitaire de l'OMS	http://www.who.int/healthmetrics/en/
Rhino	http://rhinonet.org/
Statistiques sanitaires et systèmes d'information de l'OMS	http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_reports/en/
UNICEF	http://www.unicef.org/french/
USAID	http://www.usaid.gov/resuts-and-data/data-resources

COMPILER ET RAPPROCHER DES ENSEMBLES DE DONNÉES

Extraction des informations

90 évaluations d'établissements de santé ont été identifiées dans 54 pays. Saint-Kitts-et-Nevis et Trinité et Tobago ont fait l'objet de rapports distincts. Les données de ces pays ont été regroupées (Saint-Kitts-et-Nevis ; Trinité-et-Tobago) et comptabilisées comme un seul et même pays.

Les estimations de la couverture sont des moyennes des données d'enquête disponibles pondérées des établissements, ce qui signifie que la couverture d'un pays a été pondérée en fonction du nombre d'établissements dans chaque pays. Pour calculer les moyennes pondérées des établissements, on a sélectionné une seule évaluation par pays afin d'éviter que les aspects relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène ne soient comptabilisés en double ou en triple. Par conséquent, 54 des 90 ensembles de données ont été inclus dans les statistiques agrégées présentées dans ce rapport.

Sur les 54 pays, 35 ne disposaient que d'une seule évaluation. Pour les 19 pays restants, on a retenu une évaluation pour chaque pays selon l'ordre de priorité suivant : a) l'ensemble de données le plus représentatif au niveau du pays (par exemple en sélectionnant un ensemble de données représentatif au niveau national lorsqu'il en existe un ; sinon l'ensemble de données représentatif au niveau infranational qui présentait la couverture nationale la plus large ont été retenu) ; b) le plus complet en termes d'indicateurs inclus dans l'évaluation (par exemple tous ou la plupart des indicateurs relatifs à l'eau, à l'assainissement, à l'hygiène et aux conditions environnementales) ; et c) l'évaluation la plus récente (année). Les ensembles de données utilisés dans ce rapport présentent d'autres caractéristiques importantes, notamment :

- 20 ensembles de données étaient représentatifs à l'échelle nationale, les autres à l'échelle infranationale.
- Des ensembles de données originaux étaient disponibles pour 10 pays ; les autres informations ont été extraites des rapports de synthèse des évaluations.
- 22 étaient des enquêtes de recensement SPA ou HSPA, quatre des enquêtes SARA et deux des enquêtes de la Banque mondiale.

Difficultés du rapprochement des données

La compilation de données émanant de sources différentes a posé des problèmes, outre celui de l'utilisation de définitions différentes de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les évaluations. Certaines enquêtes examinent en effet la prestation globale de services (SARA, SPA, IPS, par exemple), tandis que d'autres s'intéressent aux établissements de santé qui proposent des services spécifiques, comme les services chirurgicaux dans les hôpitaux (module de l'OMS pour la gestion intégrée des services chirurgicaux essentiels et d'urgence, par exemple). De plus, la portée géographique de la couverture est elle aussi source de divergences. En effet, certaines évaluations examinent les établissements à l'échelle d'un pays (SPA, par exemple), d'autres se cantonnent à certains domaines (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, Evaluation of Long-Acting and Permanent Methods Services, par exemple) et d'autres encore ne s'intéressent qu'à un échantillon représentatif au niveau infranational (certaines évaluations SARA, par exemple). Enfin, on observe également des différences dans les méthodes d'échantillonnage et dans le degré de rigueur statistique. Parmi les évaluations, on trouve des échantillons aléatoires stratifiés, des échantillons de commodité et des recensements.

ANNEXE B. SYNTHÈSE DES ÉVALUATIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUI RECUEILLENENT DES DONNÉES SUR L'EAU, L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE

Tableau B1. Évaluations des établissements de santé

Intitulé de l'évaluation des établissements de santé	Acronyme	Institution coordinatrice	Thème principal de l'enquête	Niveau de couverture du suivi	Statut
Évaluation de la disponibilité et de la préparation des services¹	SARA	OMS et USAID	Prestation de service dans les établissements de santé	National et infranational	Outil utilisé par l'OMS depuis 2011
Indicateurs de prestation de service²	IPS	Banque mondiale, Consortium pour la recherche économique en Afrique, Banque africaine de développement	Prestation de service dans les établissements de santé	National	Outil utilisé par la Banque mondiale depuis 2010
Service Availability Mapping/cartographie des services disponibles	SAM	OMS	Prestation de service dans les établissements de santé	National	Aucune depuis 2008
Service Provision Assessment³	SPA	The DHS Program (soutenu par USAID)	Prestation de service dans les établissements de santé	National	Outil utilisé par USAID depuis 1999
ACQUIRE Evaluation of LAMP Services	ELMS	MEASURE Evaluation	Mesure l'impact des programmes sur la disponibilité et la qualité des services dans les établissements, soutenu par ACQUIRE	Infranational (établissements situés dans les régions visées par le projet)	Aucune publiée depuis 2006
Health Facility Census/ Recensement des structures sanitaires	HFC	Agence Japonaise de Coopération Internationale (AJCI)	Données de base sur les actifs du secteur de la santé	National	Deux enquêtes publiées (Malawi et Zambie)
Health Management Information System/ Système d'information pour la gestion de la santé	HMIS	Géré au niveau national	Gestion et planification des programmes de santé	Infranational ou national	Utilisée dans de nombreux pays en développement
HIV/AIDS Service Provision Assessment	HSPA	MEASURE Evaluation	Prestation de services pour les soins VIH/sida	National (en général uniquement les établissements accueillant des patients atteints du VIH/sida)	La plupart ont été menées dans la région des Caraïbes en 2005 2007
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	PCIME	OMS	Évaluer la qualité des soins aux enfants malades dans des services ambulatoires	Infranational (uniquement les établissements accueillant des enfants)	Aucune publiée depuis 2007
Enquête quantitative sur la prestation de services/ Quantitative Service Delivery Survey	EQPS/QSDS	Banque mondiale	Efficacité de la prestation de services	Infranational	Aucune effectuée depuis 2004 ⁴
Rapid Health Facility Assessment (également connu sous le nom de Rapid SPA)	R-HFA (ou Rapid SPA)	MEASURE Evaluation	Mesure rapide des indicateurs essentiels pour la prestation de service	Infranational	Aucune publiée depuis 2008
Module de l'OMS pour la gestion intégrée des services chirurgicaux essentiels et d'urgence⁵	IMEESC	OMS	Évaluation de l'état des services chirurgicaux essentiels dans les hôpitaux	National (hôpitaux uniquement)	15 menées entre 2009 et 2013
Quick Investigation of Quality	QIQ	MEASURE Evaluation	Évaluation systématique et à faible coût de la qualité de la prise en charge par les services de planification familiale	Infranational	Quatre enquêtes publiées (Équateur, Turquie, Ouganda, Zimbabwe)

¹ http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/

² <http://www.sdindicators.org/why-sdi/>

³ <http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/SPA.cfm>

⁴ <http://go.worldbank.org/1KIMS413K0>

⁵ <http://www.who.int/surgery/publications/imeesc/en/>

ANNEXE C. L'EAU, L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS : DONNÉES SUR LA COUVERTURE PAR PAYS

Tableau C1. Installations pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins

Pays	Année de publication	Type d'enquête*	Couverture de l'enquête	Population représentative des établissements	Source des données	Région OMS	Couverture des données sur l'eau	Couverture des données sur l'assainissement	Couverture des données sur l'hygiène
Afghanistan	2009	Enquête UNICEF	Infranationale	400	Rapport	EMRO	0,56	0,91	0,72
Antigua-et-Barbuda	2007	HSPA	Infranationale	17	Rapport	AMRO	1,00	1,00	1,00
Azerbaïdjan	2006	ACQUIRE/ELMS	Infranationale	241	Rapport	EURO	0,21	0,70	0,24
Bangladesh¹	2013	Enquête Icdrr	Nationale	875	Rapport	SEARO	0,97	0,53	0,79
Barbade	2007	HSPA	Infranationale	22	Rapport	AMRO	0,76	0,33	0,76
Bénin²	2013	SARA	Nationale	189	Rapport	AFRO	0,82	0,92	0,89
Bhoutan	2009	Enquête publique nationale	Nationale	202	Rapport	SEARO	0,90	-	0,91
Bolivie	2006	ACQUIRE/ELMS	Infranationale	320	Rapport	AMRO	0,89	-	-
Burkina Faso	2012	SARA	Nationale	2 073	Rapport	AFRO	0,87	0,95	0,89
Cambodge	2008	Health Impact Evaluation Consortium Survey	Infranationale	447	Rapport	WPRO	0,67	-	-
Côte d'Ivoire	2008	HSPA	Nationale	2 601	Rapport	AFRO	0,55	0,70	0,73
Dominique	2007	HSPA	Infranationale	18	Rapport	AMRO	0,94	0,38	0,94
Égypte	2004	SPA	Nationale	5 110	Données	EMRO	0,88	0,78	0,71
Équateur	1998	QIQ	Infranationale	43	Rapport	AMRO	1,00	-	-
Éthiopie	2012	Recensement public	Nationale	20 000	Rapport	AFRO	0,32	0,85	-
Gambie	2011	IMEESC	Infranationale	65	Rapport	AFRO	0,50	-	-
Ghana	2002	SPA	Nationale	1 444	Données	AFRO	0,68	0,94	0,97
Grenade	2007	HSPA	Infranationale	24	Rapport	AMRO	1,00	1,00	0,98
Guyana	2004	SPA	Nationale	326	Données	AMRO	0,86	0,75	0,92
Haïti	2014	SPA (recensement)	Nationale	907	Données	AMRO	0,65	0,46	0,5
Îles Salomon	2011	IMEESC	Infranationale	9	Rapport	WPRO	1,00	-	-
Inde	2009	Enquête publique nationale	Infranationale	2 369	Rapport	SEARO	0,72	0,59	-
Kenya	2010	SPA	Nationale	6 192	Données	AFRO	0,83	0,98	0,58
Kirghizistan	2009	Enquête UNICEF	Infranationale	179	Rapport	EURO	0,47	0,93	0,98
Libéria	2013	IMEESC	Infranationale	16	Rapport	AFRO	0,81	-	-
Madagascar	2005	Enquête Banque mondiale	Infranationale	153	Rapport	AFRO	0,69	-	-
Malawi	2014	SPA (recensement)	Nationale	1 060	Rapport	AFRO	0,94	0,37	0,55

Pays	Année de publication	Type d'enquête*	Couverture de l'enquête	Population représentative des établissements	Source des données	Région OMS	Couverture des données sur l'eau	Couverture des données sur l'assainissement	Couverture des données sur l'hygiène
Mali	2013	Enquête OMS	Infranationale	139	Rapport	AFRO	0,80	-	0,32
Maroc	2007	PCIME	Infranationale	268	Rapport	EMRO	0,96	-	-
Mexique	2010	Enquête MEASURE Evaluation	Infranationale	158	Rapport	AMRO	0,91	-	-
Mongolie	2011	IMEESC	Infranationale	44	Rapport	WPRO	0,45	-	-
Namibie	2009	SPA (recensement)	Nationale	411	Données	AFRO	0,78	-	0,70
Népal	2011	Enquête publique	Infranationale	31	Rapport	SEARO	0,84	0,71	0,19
Nicaragua	2001	Enquête MEASURE Evaluation	Nationale	1 011	Rapport	AMRO	0,55	-	-
Nigéria ³	2008	HSPA	Nationale	280	Rapport	AFRO	0,71	0,71	0,84
Ouganda	2008	SPA	Nationale	2 202	Données	AFRO	0,66	0,59	0,44
Paraguay	1999	QIQ	Infranationale	52	Rapport	AMRO	0,65	-	-
Rwanda	2007	SPA	Nationale	3 737	Données	AFRO	0,71	0,73	0,22
Saint-Kitts-et-Nevis ⁴	2006	HSPA	Infranationale	27	Rapport	AMRO	0,96	1,00	0,92
Sainte-Lucie	2005	HSPA	Infranationale	17	Rapport	AMRO	0,92	0,33	0,83
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2005	HSPA	Infranationale	18	Rapport	AMRO	1,00	1,00	1,00
Sénégal	2013	SPA	Nationale	3 084	Données	AFRO	0,90	0,87	0,90
Sierra Leone	2011	SARA	Infranationale	1 264	Rapport	AFRO	0,62	0,78	0,95
Soudan	2003	PCIME	Infranationale	136	Rapport	AFRO	0,91	-	-
Soudan du Sud	2011	Enquête publique	Nationale	1 080	Rapport	AFRO	0,79	0,71	0,63
Sri Lanka	2009	IMEESC	Infranationale	47	Rapport	SEARO	0,86	-	-
Suriname	2006	HSPA	Infranationale	23	Rapport	AMRO	0,80	1,00	0,79
Tadjikistan	2008	R-HFA	Infranationale	107	Rapport	EURO	0,38	0,43	-
Tanzanie	2006	SPA	Nationale	5663	Données	AFRO	0,65	0,93	0,59
Tchad	2004	Enquête Banque mondiale	Infranationale	281	Rapport	AFRO	0,62	0,62	-
Timor-Leste	2011	Enquête publique	Infranationale	72	Rapport	SEARO	0,17	0,98	0,88
Trinité-et-Tobago ⁵	2006	HSPA	Infranationale	43	Rapport	AMRO	0,96	1,00	0,84
Zambie	2010	SARA	Infranationale	565	Rapport	AFRO	0,88	0,95	0,97
Zimbabwe	1999	QIQ	Infranationale	39	Rapport	AFRO	1,00	-	-

¹ L'enquête de 2013 au Bangladesh portait sur un échantillon représentatif au niveau national. Faute de données sur l'ensemble de la population, c'est la population composant cet échantillon qui a été prise en compte.

² L'enquête SARA de 2013 au Bénin portait sur un échantillon représentatif au niveau national. Faute de données sur l'ensemble de la population, c'est la population composant cet échantillon qui a été prise en compte.

³ L'enquête HSPA de 2008 au Nigéria portait sur un échantillon représentatif au niveau national. Faute de données sur l'ensemble de la population, c'est la population composant cet échantillon qui a été prise en compte.

⁴ Une enquête a été réalisée sur Saint-Kitts et une autre sur Nevis. Les données de ces deux enquêtes ont été réunies pour le présent rapport.

⁵ Une enquête a été réalisée sur Trinité et une autre sur Tobago. Les données de ces deux enquêtes ont été réunies pour le présent rapport.

* Pour des informations supplémentaires sur le type d'enquête, voir l'annexe B.

ANNEXE D. INDICATEURS UTILISÉS DANS LES ÉVALUATIONS SARA, IPS ET SPA

Les tableaux ci-après présentent les indicateurs relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène qui sont utilisés dans les trois principales évaluations mondiales (Disponibilité et préparation des services [SARA], indicateurs de prestation de service [IPS] et Évaluation de la prestation de services [SPA]) prises en compte ici. Il importe de noter que tous ces indicateurs apparaissent dans les manuels d'aide, mais pas tous dans les rapports d'évaluation.

Tableau D1. Indicateurs relatifs à l'eau dans les établissements de soins

Aspect examiné	Évaluation	Indicateur	Réponse(s) possible(s)/Unité de mesure	Remarques concernant la collecte des données
Accès à l'eau	SARA	Existe-t-il un point d'eau amélioré dans un rayon de 500 mètres autour de l'établissement ?	La définition d'un point d'eau amélioré s'appuie sur la définition uniforme des sources d'eau salubre proposée par l'UNICEF : branchement, robinet public, borne fontaine, puits tubulaire/forage, puits protégé, source protégée, eaux de pluie. NOTE : Le type de socle de la borne fontaine ou du puits tubulaire n'est pas pris en considération ici.	Disponibilité observée.
	IPS	Quel est le principal point d'eau dont dispose l'établissement ?	Aucun point d'eau, branchement dans l'établissement, branchement jusqu'à l'établissement, robinet public/borne fontaine, puits tubulaire/forage, puits protégé, puits non protégé, source non protégée, eaux de pluie, eau en bouteilles, eau amenée par charrette surmontée d'un petit réservoir/fût, camion-citerne, eaux de surface, autre (préciser), ne sait pas.	
	SPA	Quel est actuellement le point d'eau le plus fréquemment utilisé par l'établissement ?	Aucun point d'eau, branchement dans l'établissement, branchement jusqu'à l'établissement, robinet public/borne fontaine, puits tubulaire/forage, puits protégé, puits non protégé, source non protégée, eaux de pluie, eau en bouteilles, eau amenée par charrette surmontée d'un petit réservoir/fût, camion-citerne, eaux de surface, autre (préciser), ne sait pas.	Observer la disponibilité de l'eau au point d'eau ou dans l'établissement le jour de la visite (vérifier que le branchement fonctionne).
Accès à l'eau (distance par rapport au point d'eau)	IPS	Quelle est la distance moyenne à parcourir à pied pour aller jusqu'au principal point d'eau et pour en revenir (temps d'attente inclus) ?	Minutes	
	SPA	L'eau est-elle disponible in situ, dans un rayon de 500 mètres autour de l'établissement ou à plus de 500 mètres ?	In situ, dans un rayon de 500 mètres autour de l'établissement, à plus de 500 mètres de l'établissement.	Réponse rapportée acceptable.
Fiabilité de l'alimentation en eau	IPS	Sur les 3 derniers mois, combien de fois l'alimentation en eau provenant de cette source a-t-elle été interrompue pendant plus de deux heures ?	Nombre	
	SPA	Y-a-t-il une période de l'année où l'établissement souffre systématiquement d'une grave pénurie ou d'un manque d'eau ?	Oui ou Non	

Tableau D.2. Indicateurs relatifs à l'assainissement dans les établissements de soins

Aspect examiné	Évaluation	Indicateur	Réponse(s) possible(s)/Unité de mesure	Remarques concernant la collecte des données
Accès à l'assainissement	SPA	Des toilettes (latrines) en état de fonctionnement sont-elles disponibles pour les patients soignés en ambulatoire (non – hospitalisé) ?	Les toilettes/latrines sont classées sur la base de critères uniformes relatifs à l'assainissement amélioré préconisé par l'UNICEF : chasse d'eau manuelle ou mécanique vers réseau d'égout ou fosse septique ou latrines à fosse, latrines à fosse (latrines améliorées à fosse ventilée, ou autre) avec dalle, toilettes à compostage.	Les informations rapportées concernant la disponibilité de toilettes sont acceptées.
	IPS	Quel type de toilettes (latrines) est disponible pour les patients soignés en ambulatoire (non – hospitalisé) ?	Pas de toilettes en état de fonctionnement = 1, buisson = 2, toilettes à chasse d'eau manuelle = 3, toilettes à chasse d'eau manuelle (mais sans eau) = 4, latrines améliorées à fosse ventilée = 5, latrines à fosse couverte (sans dalle) = 6, latrines à fosse couverte (avec dalle) = 7, latrines à fosse non couverte, sans dalle = 8, latrines à fosse non couverte, avec dalle = 9, toilettes à compostage = 10, autre (préciser) = 11.	
Accès à l'assainissement (et état de fonctionnement des installations) ¹	SPA	Des toilettes (latrines) en état de fonctionnement sont-elles disponibles pour les patients soignés en ambulatoire (non – hospitalisé) ?	Toilettes à chasse d'eau manuelle ou mécanique vers réseau d'égout, vers fosse septique, vers latrines à fosse, vers un autre endroit, vers un endroit indéterminé. Latrines à fosse : latrines améliorées à fosse ventilée, latrines à fosse avec dalle, latrines à fosse sans dalle/fosse à l'air libre, toilettes à compostage, latrines à seuil, latrines suspendues. Pas d'installation en état de fonctionnement, pas de buisson, pas de champ.	Si la réponse est Oui, demander à voir les latrines destinées aux patients et noter le type de latrines dont il s'agit. Ces latrines doivent être situées dans la principale zone d'accueil des patients soignés en ambulatoire.
Accès à l'assainissement (nombre de toilettes)	IPS	Parmi les types de toilettes (latrines) mentionnés (pour les patients soignés en ambulatoire – non – hospitalisé), combien se trouvent in situ ?	Nombre	
Accès à l'assainissement (état de fonctionnement des installations)	IPS	Parmi les types de toilettes (latrines) mentionnés (pour les patients soignés en ambulatoire – non – hospitalisé), combien sont actuellement en état de fonctionnement ?	Nombre	
Accès à l'assainissement	IPS	Quel type de toilettes (latrines) est disponible pour les patients hospitalisés ?	Pas de toilettes en état de fonctionnement = 1, buisson = 2, toilettes à chasse d'eau manuelle = 3, toilettes à chasse d'eau manuelle (mais sans eau) = 4, latrines améliorées à fosse ventilée = 5, latrines à fosse couverte (sans dalle) = 6, latrines à fosse couverte (avec dalle) = 7, latrines à fosse non couverte, sans dalle = 8, latrines à fosse non couverte, avec dalle = 9, toilettes à compostage = 10, autre (préciser) = 11.	
		Parmi les types de toilettes (latrines) mentionnés (pour les patients hospitalisés), combien se trouvent in situ ?	Nombre	
		Parmi les types de toilettes (latrines) mentionnés (pour les patients hospitalisés), combien sont actuellement en état de fonctionnement ?	Nombre	

¹ Les données IPS sur l'état de fonctionnement des installations d'assainissement n'étaient pas disponibles.

Tableau D3. Indicateurs relatifs à l'environnement dans les évaluations SARA, IPS et SPA

Aspect examiné	Évaluation	Indicateur	Réponse(s) possible(s)/Unité de mesure	Remarques concernant la collecte des données
Instruments tranchants	SARA	Élimination sans risques des instruments tranchants	L'élimination sans risques des instruments tranchants consiste à les incinérer, à les faire brûler à l'air libre dans une zone sécurisée, à les mettre en décharge sans les brûler dans une zone sécurisée ou à les évacuer du site pour les stocker dans un lieu sécurisé. Si la méthode choisie est l'incinération, préciser si l'incinérateur est en état de fonctionnement et si du combustible est disponible.	Observation du site d'élimination/de stockage des instruments tranchants et vérification de l'absence de déchets stockés de manière non sécurisée.
	SPA	Conteneur d'instruments tranchants « boîte de sécurité »	1 – observé ; 2 – apporté, non constaté de visu ; 3 – non disponible	
Élimination des déchets	SARA	Élimination sans risques des déchets à risque infectieux	L'élimination sans risques des déchets infectieux consiste à les incinérer, à les faire brûler à l'air libre dans une zone sécurisée, à les mettre en décharge sans les brûler dans une zone sécurisée ou à les évacuer du site pour les stocker dans un lieu sécurisé. Si la méthode choisie est l'incinération, préciser si l'incinérateur est en état de fonctionnement et si du combustible est disponible.	Observation du site d'élimination/de stockage des instruments tranchants et vérification de l'absence de déchets stockés de manière non sécurisée.
Élimination des instruments tranchants usagés	SARA	Stockage approprié des instruments tranchants usagés	Conteneur résistant à la perforation, rigide et étanche, conçu pour recevoir en toute sécurité les instruments tranchants lors de leur collecte, de leur élimination et de leur destruction. Les conteneurs d'instruments tranchants doivent être en plastique, en métal ou en carton et être munis d'un couvercle refermable. Ils doivent comporter une ouverture pour recevoir les seringues et les aiguilles de toute taille standard, ainsi que d'autres instruments tranchants. Le marquage des boîtes doit être clair, avec au moins 50 mm de diamètre pour la mention relative à l'avertissement international sur les risques biologiques, qui doit être imprimé en noir ou en rouge sur les faces avant et arrière de la boîte.	Disponibilité constatée dans les trois principaux services accueillant des patients : soins ambulatoires généraux, dépistage du VIH et chirurgie.
Stockage des déchets	SARA	Stockage approprié des déchets à risque infectieux	Réceptacle à déchets (poubelle à pédale), avec couvercle et sac plastique.	Disponibilité constatée dans les trois principaux services accueillant des patients : soins ambulatoires généraux, dépistage du VIH et chirurgie.
Désinfectant	SARA	Désinfectant	Désinfectant à base de chlore ou autre désinfectant employé dans le pays pour la désinfection environnementale.	Disponibilité constatée dans tout l'établissement.
	SPA	Désinfectant (chlore, hibitane, alcool)	1 – observé ; 2 – rapporté, non constaté de visu ; 3 – non disponible	
Seringues jetables	SARA	Seringues à usage unique – seringues standard jetables ou autobloquantes	-	Disponibilité constatée dans tout l'établissement.
	SPA	Seringues à usage unique jetables – seringues standard avec aiguilles, ou seringues autobloquantes avec aiguilles	1 – observé ; 2 – rapporté, non constaté de visu ; 3 – non disponible	

Aspect examiné	Évaluation	Indicateur	Réponse(s) possible(s)/Unité de mesure	Remarques concernant la collecte des données
Hygiène	SARA	Savon et eau courante ou solution à base d'alcool	-	Disponibilité constatée dans les trois principaux services accueillant des patients : soins ambulatoires généraux, dépistage du VIH et chirurgie.
	SPA	Savon pour le lavage des mains (peut être liquide).	1 – observé ; 2 – rapporté, non constaté de visu ; 3 – non disponible	
		Solution à base d'alcool	1 – observé ; 2 – rapporté, non constaté de visu ; 3 – non disponible	
Gants	SARA	Gants en latex	Si des gants équivalents dans une autre matière que le latex sont disponibles, ils sont acceptables.	Disponibilité constatée dans les trois principaux services accueillant des patients : soins ambulatoires généraux, dépistage du VIH et chirurgie.
	SPA	Gants en latex jetables	1 – observé ; 2 – rapporté, non constaté de visu ; 3 – non disponible	
Consignes	SARA	Précautions standard	-	Disponibilité constatée dans tout l'établissement.
Consignes	SPA	Précautions standard	1 – observé ; 2 – rapporté, non constaté de visu ; 3 – non disponible	
Précautions standard et conditions d'examen des patients	SPA	Eau courante (branchement avec robinet, seau avec bec-verseur)	1 – observé ; 2 – rapporté, non constaté de visu ; 3 – non disponible	
Élimination des déchets	SPA	Réceptacle à déchets (poubelle à pédale) avec couvercle et sac plastique	1 – observé ; 2 – rapporté, non constaté de visu ; 3 – non disponible	
Élimination des déchets	SPA	Autre réceptacle à déchets	1 – observé ; 2 – rapporté, non constaté de visu ; 3 – non disponible	

Indicateurs compilés sur la base de :

L'évaluation SARA : http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/.

L'enquête IPS : <http://www.sdiindicators.org/survey-instruments>.

L'évaluation SPA : <http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/SPA-Questionnaires.cfm>.

ANNEXE E. RÉFÉRENCES SUPPLÉMENTAIRES SUR L'EAU, L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE ET SUR LA GESTION DES DÉCHETS MÉDICAUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Batterman S. (2004). Assessment of small-scale incinerators for health care waste. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (www.who.int/immunization_safety/.../waste.../en/assessment_SSIs.pdf, consulté le 9 février 2015).

OMS (1999). Principes directeurs pour l'élimination sans risques des produits pharmaceutiques non utilisés pendant et après les situations d'urgence. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip37f/whozip37f.pdf>, consulté le 9 février 2015).

OMS (2002). Environmental health in emergencies and disasters; a practical guide. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://www.who.int/water_sanitation_health/emergencies/emergencies2002/en/, consulté le 9 février 2015).

OMS (2003). Practical guidelines for infection control in health care facilities. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (<http://whqlibdoc.who.int/wpro/2003/a82694.pdf>, consulté le 9 février 2015).

OMS (2005). Gestion des déchets d'activités de soins solides dans les centres de soins de santé primaires. Guide d'aide à la décision. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43396/1/9242592749_fre.pdf?ua=1), consulté le 9 février 2015).

OMS (2007). Legionella and the prevention of legionellosis. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://www.who.int/water_sanitation_health/emerging/legionella_rel/en/index.html, consulté le 9 février 2015).

OMS (2008). Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242547238_fre.pdf?ua=1, consulté le 9 février 2015).

OMS (2009). WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge. Clean care is safer care. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf, consulté le 9 février 2015).

OMS (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (<http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/index.html>, consulté le 9 février 2015).

OMS (2011). Sécurité sanitaire de l'eau dans les bâtiments. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242548105_fre.pdf?ua=1, consulté le 9 février 2015).

OMS (2011). Guidelines for drinking-water quality, 4th edition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2011/dwq_chapters/en/index.html, consulté le 9 février 2015).

OMS (2012). GLAAS 2012 : Analyse et évaluation mondiales de l'ONU-Eau sur l'assainissement et l'eau potable. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://www.who.int/water_sanitation_health/glaas/2012/glaas_fr.pdf?ua=1, consulté le 9 février 2015).

OMS (2012). Water, sanitation and hygiene (WASH) in health-care facilities in emergencies. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://www.washclustermali.org/sites/default/files/wash_in_health_facilities_in_emergencies_who.pdf, consulté le 9 février 2015).

OMS (2014). Safe management of wastes from health care activities. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/wastemanag/en/, consulté le 9 février 2015).

OMS/Health Care Without Harm (2009). Healthy hospitals, healthy planet, healthy people: Addressing climate change in health care settings. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://noharm.org/lib/downloads/climate/Healthy_Hosp_Planet_Peop.pdf, consulté le 9 février 2015).

OMS/UNICEF (2012). A toolkit for monitoring and evaluating household water treatment and safe storage. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://www.who.int/household_water/resources/toolkit_monitoring_evaluating/en/, consulté le 9 février 2015).

OMS/UNICEF (2014). Ebola virus disease - Key questions and answers concerning water, sanitation and hygiene. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://www.who.int/water_sanitation_health/en/, consulté le 9 février 2015).

OMS/WEDC (2013). Répondre aux besoins immédiats et à moyen terme sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène des populations touchées par des situations de crise (15 fiches techniques). Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/technotes/fr/, consulté le 9 février 2015).

Le Projet Sphère (2011). La Charte humanitaire : les standards minimums de l'intervention humanitaire. Standards minimums sur l'approvisionnement en eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène. Genève (Suisse), (<http://www.sphereproject.org/resources/download-publications/?search=1&keywords=&language=French&type=0&category=22>), consulté le 9 février 2015).

ANNEXE F. ENQUÊTE GLAAS 2013/2014

Tableau F1. Questions relatives aux établissements de soins dans l'enquête GLAAS 2013/2014 (OMS, 2014)

Question	Réponses possibles
<p>Élaboration et mise en œuvre d'une politique/d'un plan : des politiques et plans nationaux existent-ils et dans quelle mesure sont-ils mis en œuvre pour la fourniture de services d'eau et d'assainissement ?</p> <p>Poser individuellement des questions sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> l'assainissement dans les établissements de soins ; l'eau de boisson dans les établissements de soins ; la promotion de l'hygiène dans les établissements de soins. 	<p>Pas de politique nationale ou la politique nationale est encore en cours d'élaboration.</p> <p>La politique nationale est officiellement approuvée et publiée au journal officiel.</p> <p>Plan de mise en œuvre élaboré sur la base de la politique approuvée.</p> <p>Politique et plan chiffrés et partiellement mis en œuvre.</p> <p>Plan entièrement mis en œuvre, avec financement et réévaluation régulière.</p> <p>Cadre de commentaire disponible pour inscrire une réponse sur les politiques.</p>
<p>Cibles de couverture de la politique et du plan : Veuillez indiquer la cible de couverture (y compris l'année prévue pour la réalisation des cibles) définie dans la politique ou le plan.</p> <p>Poser individuellement des questions sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> l'assainissement dans les établissements de soins ; l'eau de boisson dans les établissements de soins ; la promotion de l'hygiène dans les établissements de soins. 	<p>Cadre de réponse libre pour :</p> <p>Cible de couverture (% de la population ou des établissements), par exemple 100 % pour la couverture universelle.</p> <p>Intitulé de la politique ou du plan définissant la cible de couverture (et le lien Internet, s'il est disponible).</p> <p>Date de la politique/du plan.</p> <p>Année prévue pour la réalisation de la cible de couverture.</p>

ANNEXE G. SYNTHÈSE DE LA RÉUNION MONDIALE DE 2014 SUR L'AMÉLIORATION DE L'EAU, DE L'ASSAINISSEMENT ET DE L'HYGIÈNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Plus de 40 personnes venues de 30 pays et représentant des gouvernements, des organisations professionnelles, des organisations internationales, des ONG et le monde universitaire ont rédigé le plan d'action ci-dessous lors d'une réunion stratégique mondiale accueillie par l'OMS et l'UNICEF à Madrid, en Espagne, en avril 2014. Les quatre principaux éléments de ce projet de plan d'action, ainsi que les activités essentielles pour chacun d'entre eux, sont synthétisés ci-après.

G1. POLITIQUES, CIBLES ET NORMES NATIONALES

Les politiques et les cibles nationales jouent un rôle important pour la hiérarchisation des priorités et pour l'allocation des ressources, la mobilisation de la volonté politique et la coordination de la mise en œuvre. Les efforts déployés à l'échelle mondiale, y compris les propositions de cibles et d'indicateurs pour les Objectifs de développement durable post-2015 relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de santé, devraient sous-tendre les efforts nationaux. De plus, la mise en place de normes nationales exhaustives sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé est primordiale et les normes OMS à ce sujet¹ servent de base à ces travaux.

Activités essentielles

- Veiller à ce que les agences internationales appuient la coordination générale des efforts entre les pays et soutiennent l'élaboration de leurs stratégies.
- Aider les pays à mettre en œuvre les Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins de l'OMS (OMS, 2008), en commençant par déterminer dans quelle mesure les pays appliquent ces normes et identifient les obstacles potentiels à leur mise en œuvre.
- Élaborer des outils pratiques pour la mise en œuvre de ces normes (meilleures pratiques pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène), et adapter les Normes essentielles en matière de santé environnementale de l'OMS (2008), afin de permettre aux pays d'adopter une approche « échelonnée » pour l'amélioration des établissements de santé.
- Donner des exemples de la manière d'intégrer les aspects de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement dans les politiques de santé, et communiquer des feuilles de route pour leur mise en œuvre par les pays et pour l'inclusion de ces aspects dans les établissements de soins, dans le cadre d'un plan infrastructurel de base.
- Élaborer des mécanismes de contrôle de la conformité (agrément des établissements, inspections et assistance) reconnaissant la nécessité d'adopter une approche progressive de l'amélioration de la qualité des services et d'autonomiser le personnel des établissements de soins.
- Amener les pouvoirs publics à définir des politiques sur l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans les établissements de santé lorsqu'elles n'existent pas encore ou à en incorporer des éléments dans d'autres politiques. Ces politiques devraient s'accompagner d'un cadre d'exécution (ressources techniques et financières, clarification du rôle et des responsabilités des institutions et des parties prenantes (juridiction) à différents échelons, du niveau national à celui des établissements, renforcement des capacités et formation, incitations, etc.).
- Instaurer des codes de pratique pour la construction des établissements (examen des normes de construction, de conception et de maintenance, codes de pratique, infrastructure de lutte contre les infections).

¹ OMS, 2008. Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins. Genève, Suisse.

G2. SUIVI

Les cibles mondiales et nationales appellent des mécanismes de suivi solides et cohérents. Le suivi existant est incohérent (il n'existe pas de définition standard des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène), incomplet (de nombreuses évaluations laissent de côté des aspects importants tels que la sécurité sanitaire de l'eau ou l'état de fonctionnement des services) et d'une portée géographique limitée (les données n'étaient disponibles que pour 54 pays). Il est nécessaire d'élaborer et de mettre en œuvre un ensemble harmonisé d'indicateurs et des répertoires nationaux de données, tels que les systèmes d'information pour la gestion de la santé (HMIS) devraient assurer le suivi et la notification concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

Activités essentielles

- Instaurer un cadre de suivi, fondé sur un ensemble d'indicateurs de base, à l'intention des niveaux local, national et mondial.
- Harmoniser et renforcer les initiatives de suivi existantes et coopérer avec elles (par exemple SARA, IPS, JMP, HMIS).
- Établir une référence nationale et mondiale pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé.
- Incorporer la thématique de l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé aux cibles et indicateurs pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène post-2015.
- Incorporer la thématique de l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé dans le cadre de suivi de la couverture sanitaire universelle.
- Allouer des ressources pour le suivi et le renforcement des capacités afin d'obtenir des données de bonne qualité.
- Élaborer des indicateurs de qualité et de satisfaction des utilisateurs vis-à-vis des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé.
- Élaborer des indicateurs pour mesurer la durabilité des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène.
- Dresser une liste de contrôle pour le suivi au niveau des établissements de santé sur la base des normes nationales.
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des projets et documenter les enseignements tirés de l'expérience.

G3. MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de normes nationales requiert un appui technique, et notamment des outils permettant d'évaluer et de gérer les conditions, les risques, ainsi que les ressources humaines et financières dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Le renforcement des capacités dans ce domaine devrait être plus étroitement lié aux mesures de prévention et de lutte contre les infections afin d'assurer l'harmonisation des formations aux pratiques d'hygiène. Si les améliorations de grande ampleur de l'infrastructure peuvent prendre du temps, il est possible de procéder à plusieurs améliorations immédiates concernant les installations de l'hygiène des mains, le changement des comportements et la délivrance de messages sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène aux demandeurs de soins.

Activités essentielles

- Assurer la coordination globale de la recherche et des activités y afférentes par les agences chefs de file.
- Examiner les données brutes du système d'information pour la gestion de la santé (HMIS) et étudier les performances des établissements hospitaliers dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène.
- Comprendre les motivations et les priorités des autorités.
- Rendre compte du rapport coût/efficacité des investissements consacrés à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de soins.
- Constituer une base de données probantes sur l'impact sanitaire des mauvaises conditions relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de soins.
- Identifier les moteurs d'un changement de comportement de la part du personnel, des patients et des visiteurs des établissements de soins.
- Comprendre la perception des utilisateurs et leur degré d'acceptation des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de soins.
- Comprendre ce qui justifie la sélection des indicateurs de suivi (base de données probantes, faisabilité, coûts, etc.).
- Optimiser la conception du matériel et de l'infrastructure.

G4. ACTIONS DE PLAIDOYER

Les énormes besoins relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de soins ne sont actuellement pas couverts par des ressources financières et humaines suffisantes pour améliorer la situation. Une campagne mondiale de plaidoyer efficace et convaincante nécessitera de collaborer avec un certain nombre de partenaires importants, dont les compétences et les activités compléteront le travail normatif et de suivi de l'OMS. Y seront associés les bureaux de pays et les bureaux régionaux de l'OMS, les ministères de la santé et de l'eau, l'UNICEF, les ONG internationales et nationales, ainsi que les institutions universitaires. Il faudra en outre s'efforcer de cibler les donateurs et les fondations et, si nécessaire, le secteur privé.

Activités essentielles

Plaidoyer et partenariats

Leadership

Au niveau mondial et régional :

- Établir des priorités pour les résultats à atteindre, les actions et le public cible.
- Mobiliser des partenaires mondiaux et régionaux supplémentaires.
- Déclaration conjointe OMS/UNICEF sur l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans les établissements de soins à l'intention des pays par l'intermédiaire des bureaux nationaux.
- Aider les pays à déployer efficacement les programmes à l'échelle requise.

Au niveau national :

- Les autorités nationales peuvent veiller à inscrire la question de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé dans leurs plans et politiques nationaux.
- Les autorités nationales peuvent contribuer activement à inscrire cette question en bonne place dans l'agenda politique.

Partenariats

- Influencer et/ou élaborer des partenariats avec les initiatives sanitaires existantes (par exemple l'initiative pour la couverture sanitaire universelle, A Promise Renewed, l'Alliance GAVI, le Plan d'action mondial pour prévenir et combattre la pneumonie, les initiatives de gestion des déchets médicaux, Green Guide for Health Care, Énergie durable pour tous, le Partenariat international de la santé, le Protocole sur l'eau et la santé, etc.).
- Influencer et/ou élaborer des partenariats avec les initiatives existantes pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène (par exemple les plans sur la sécurité sanitaire de l'eau, le traitement et le stockage sûr de l'eau à domicile etc.).
- Élaborer des stratégies pour conclure des alliances avec des unions, des associations, des fédérations mondiales de travailleurs du secteur de la santé, en interne au sein de chaque agence, avec la société civile, les universitaires, les plateformes sur l'innocuité des aliments, etc.

Stratégie de plaidoyer

Public

- Adopter une approche segmentée du plaidoyer, avec des messages adaptés à des publics spécifiques, à l'échelon international, national et local.
- Cibler le secteur de la santé, les parties prenantes d'autres secteurs (les communautés œuvrant pour une énergie propre ou pour les droits humains), les donateurs internationaux, la société civile, les organes de normalisation des professions de santé, les communautés.
- Renforcer la demande de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène de base dans les établissements de santé par l'intermédiaire des utilisateurs/patients, des agents de santé ou des chefs des communautés.
- Inviter le secteur privé (par exemple les assurances-maladie, les fabricants et les distributeurs de produits) à apporter leur appui à la fourniture de consommables (savon, désinfectant et fournitures de nettoyage) et de matériel sanitaire.

Messages

- Concevoir des messages simples et efficaces, reposant sur des données factuelles, concernant l'impact et les avantages économiques.
- Comprendre le processus de décision relatif à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de santé et concevoir des messages adaptés à des publics spécifiques (par exemple : le secteur de la santé a-t-il oublié l'eau, l'assainissement et l'hygiène ? Améliorer l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins pour réduire la mortalité maternelle ; l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins comme un investissement stratégique ; l'eau, l'assainissement et l'hygiène comme incitation à la poursuite des soins).

Voies d'exécution

- Définir un calendrier des opportunités de mettre en avant les questions de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de soins : Journées mondiales (par exemple Journée mondiale de l'eau, Journée mondiale du lavage des mains, Journée mondiale des toilettes, etc.), manifestations et conférences y afférentes, manifestations et conférences sur la santé, forums d'entreprises, etc.
- Élaborer des guides pour le plaidoyer et créer un réseau militant intervenant en appui.
- Créer une plateforme de partage de l'information pour l'échange du savoir, des informations et de l'expertise utiles à la prise de décisions (par exemple études de cas, expériences réussies, résultats de la recherche, exemples de normes nationales, etc.).
- Adapter les approches employées afin d'améliorer les services d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les écoles pour les campagnes nationales de plaidoyer.
- Utiliser les établissements de soins comme lieux de promotion de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement.

POUR LA
WASTE
SANTÉ

CONTACT

Unité Eau, assainissement, hygiène et santé

Département Santé publique, déterminants sociaux et environnementaux de la santé (PHE)

Organisation mondiale de la Santé

20 Avenue Appia

1211 Genève 27

Suisse

http://www.who.int/water_sanitation_health/fr/

ISBN 978 92 4 150847 6

