

Le problème de l'assainissement :

Que peut et que devrait faire le secteur de la santé ?



Synthèse

Recommandations synthétiques :

1. Les institutions mondiales de la santé devraient reconnaître et réfléchir à l'impact de l'assainissement sur la charge de morbidité mondiale, à la contribution qu'un meilleur assainissement peut exercer sur la réduction de cette morbidité et aux avantages potentiels en termes de santé publique.
2. Les bailleurs de fonds internationaux devraient s'attacher en priorité à soutenir les programmes menés dans des pays ayant une faible couverture d'assainissement et une charge élevée de morbidité liée au manque d'assainissement ; ils devraient investir dans la recherche et l'évaluation pour comprendre les impacts sanitaires relatifs des différents types d'interventions en matière d'assainissement et leurs effets cumulés.
3. Les pouvoirs publics des pays en développement devraient veiller à ce que l'assainissement soit abordé dans toutes les politiques, réglementations, lignes directrices et procédures sanitaires pertinentes et établir des cibles et des indicateurs afin de surveiller la régression des maladies liées au manque d'assainissement.
4. Les gouvernements des pays en développement devraient renforcer les cadres juridiques et réglementaires de santé publique afin d'améliorer la coordination intersectorielle entre les ministères et les agences en charge de l'assainissement à différents niveaux et optimiser la redevabilité et la transparence des résultats.
5. Les priorités des programmes sanitaires nationaux et infranationaux devraient tenir compte de la charge de morbidité liée au manque d'assainissement et veiller à ce que l'assainissement et l'hygiène soient pleinement intégrés dans les programmes sanitaires nationaux ou ciblés sur une maladie particulière.

La moitié des habitants des pays en développement n'ont pas accès à des toilettes, même les plus rudimentaires¹. Ce constat présente un risque majeur pour la santé publique. Les maladies imputables à un mauvais assainissement tuent actuellement plus d'enfants à travers le monde que ne le font collectivement le sida, le paludisme et la rougeole, et à elle seule, la diarrhée est le plus grand tueur d'enfants en Afrique². Un assainissement salubre est largement reconnu comme un pilier essentiel d'une meilleure santé, d'un plus grand bien-être et d'une productivité économique accrue mais les progrès accomplis dans la réduction de la charge de morbidité

liée à un manque d'assainissement qui est supportée par les communautés pauvres des pays en développement restent lents et freinent la progression de tous les autres secteurs du développement.

Le problème plus vaste que pose le manque d'intérêt politique et financier accordé aux questions liées à l'assainissement a déjà été bien documenté³ et l'Année internationale de l'assainissement en 2008 a signalé un effort concerté pour tenter de remédier au problème de l'assainissement. Toutefois, l'expérience pratique de WaterAid en Afrique et en Asie montre que le défi persistant ne concerne pas

seulement la question de savoir comment fournir des infrastructures, mais aussi comment promouvoir l'adoption et l'utilisation des installations. Les infrastructures sont certes nécessaires mais elles ne suffisent pas pour garantir une meilleure santé. Il existe un besoin urgent de développer des approches mieux intégrées afin d'optimiser les gains sanitaires associés aux interventions d'assainissement pour soutenir l'élan actuel en vue de faire du slogan « Assainissement et eau pour tous⁴ » une réalité.

Le secteur de la santé a un rôle important à jouer dans la promotion de l'assainissement. Créer la demande et changer les comportements sont deux domaines où le secteur de la santé peut se targuer de bons antécédents et reconnaître détenir l'avantage. Toutefois, on regrette un manque de consensus concernant les rôles et responsabilités institutionnels en matière d'assainissement dans les pays en développement et le degré de participation du secteur de la santé à la promotion d'un assainissement sûr varie sensiblement. Ce rapport s'appuie sur de récentes recherches financées par WaterAid concernant les différents rôles joués par le secteur de la santé dans les pays en développement et il formule des recommandations en vue d'accélérer la progression vers l'assainissement et de remporter les résultats sanitaires associés.

Le rapport passe en revue les tendances récentes dans les politiques et programmes du secteur de la santé dans les pays en développement ; il confirme le caractère insuffisant des réponses institutionnelles existantes au problème de l'assainissement dans ces pays et met en relief l'absence de réel leadership politique et le flou des rôles et responsabilités institutionnels en la matière. Il remarque aussi que, bien souvent, la planification et les allocations financières du secteur de la santé ne traduisent pas la charge de morbidité imputable à l'assainissement dans les pays en développement et que les systèmes sanitaires contemporains sont principalement axés sur le traitement et les interventions basées sur le patient alors que les aspects liés à la prévention et la santé publique

ne bénéficient souvent que d'une attention moindre⁵. Dans les pays en développement, la majorité des investissements dans le domaine de l'assainissement sont actuellement canalisés par le biais des ministères des infrastructures où ils se concentrent essentiellement sur la fourniture de nouvelles installations. Entre-temps, des allocations budgétaires aux ministères de la santé pour l'assainissement tendent à être moins clairement définies et l'allocation de ressources au système sanitaire pour des activités associées est souvent floue, ce qui fait qu'il est difficile d'en mesurer les résultats.

Il n'existe que relativement peu de recherches sur les rôles et responsabilités appropriés du secteur de la santé dans la promotion de l'assainissement mais, après un examen de la théorie et de la pratique existantes, l'étude se concentre sur quatre « déficits fonctionnels » principaux qui caractérisent les réponses institutionnelles face à l'assainissement et la santé :

1. les normes et réglementations
2. les politiques générales intersectorielles et leur coordination
3. l'exécution de programmes d'assainissement modulables
4. la collecte et l'utilisation des données

Ce rapport explore le rôle du secteur de la santé dans le traitement de chaque déficit fonctionnel identifié, en s'appuyant sur des exemples tirés d'études de cas dans quatre pays.

L'étude conclut qu'une meilleure collaboration entre les secteurs WASH et la santé est essentielle pour améliorer les résultats sanitaires liés à l'assainissement. Elle montre que les systèmes de santé ont un rôle vital à jouer dans la promotion de l'assainissement mais que la participation actuelle du secteur de la santé est bien souvent loin d'être optimale. Elle formule une série de recommandations à l'intention des parties prenantes du secteur de la santé intéressées par l'accélération des progrès en matière d'assainissement et par l'obtention des gains associés en matière de santé dans les pays en développement.

Rapport de WaterAid, mai 2011. Rédigé par Yael Velleman et Tom Slaymaker.

Remerciements : ce rapport d'orientation s'appuie sur les résultats de recherches financées par WaterAid et menées en collaboration avec le Water Institute (WI) de la Gillings School of Public Health à l'Université de Caroline du Nord, au cours de 2010. Les opinions exprimées ici sont celles de WaterAid et ne reflètent pas nécessairement celles du Water Institute.

Avec nos sincères remerciements au personnel des programmes-pays de WaterAid au Malawi, au Népal et en Ouganda pour leur soutien et leurs contributions à ce rapport.

La citation correcte de ce document est la suivante : WaterAid (2011) *Le problème d'assainissement : que peut et que devrait faire le secteur de la santé ?*

Le lecteur trouvera une copie électronique de ce rapport et de tous les autres articles de WaterAid sur www.wateraid.org/publications.

Photo d'enfants du Malawi en couverture : WaterAid/Layton Thompson

Sommaire

1. Introduction	2
2. Le rôle vital de l'assainissement dans la santé	4
3. L'inadéquation des réponses institutionnelles existantes	9
4. Les déficits fonctionnels et le rôle du secteur de la santé pour les résorber	12
4.1. Principaux déficits fonctionnels dans la réalisation de progrès en matière d'assainissement et de gains sanitaires associés	12
4.1.a Déficit fonctionnel 1 : Normes et réglementations	13
4.1.b Déficit fonctionnel 2 : Politiques générales et coordination intersectorielles	15
4.1.c Déficit fonctionnel 3 : Exécution de programmes d'assainissement modulables	20
4.1.d Déficit fonctionnel 4: Collecte et utilisation des données	26
5. Pour que le secteur de la santé s'attaque aux déficits fonctionnels : stimulateurs et freins	28
5.1.a Leadership	28
5.1.b Participation communautaire	28
5.1.c Ressources humaines	29
5.1.d Financement	30
6. Recommandations aux parties prenantes du secteur de la santé	31
6.1. Politiques de santé internationales et politiques des bailleurs de fonds	31
6.2. Politiques de développement national et allocation des ressources	32
6.3. Conception des politiques nationales de santé et des programmes d'assainissement	33
6.4. Autres parties prenantes	34

1. Introduction

La vision de WaterAid est un monde où chacun a accès à des services d'eau potable et d'assainissement. Cette vision ne peut se concrétiser que par un travail en étroite collaboration. Ce rapport fait partie d'un programme de travail continu qui s'efforce d'aller au-delà du secteur de l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) pour engager un dialogue avec des acteurs et des agences d'autres secteurs, notamment la santé et l'éducation, dans le cadre d'un effort concerté pour s'attaquer au manque d'accès aux services WASH et au profond impact que cela exerce sur la santé, le bien-être et la croissance économique des pays et des communautés les plus pauvres du monde.

Encadré 1 – « Secteur » de la santé ou « système » sanitaire ?

Les termes de « secteur de la santé » et de « système sanitaire » sont souvent utilisés de façon interchangeable et rarement définis. Aux fins de ce document, le terme « secteur de la santé » fait référence aux différents acteurs et agences qui jouent un rôle dans l'amélioration de la santé (que ce soit un rôle politique, financier, technique ou administratif), alors que le terme de système sanitaire fait référence au système de prestations des soins de santé (essentiellement jugés être des soins curatifs ou palliatifs). D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

« Un système sanitaire qui fonctionne bien répond de manière équilibrée aux besoins et aux attentes de la population en :

- améliorant l'état de santé des individus, des familles et des communautés ;
- défendant la population contre les menaces qui pèsent sur sa santé ;
- protégeant les populations contre les conséquences financières de la maladie ;
- fournissant un accès équitable à des soins axés sur la personne ;
- faisant en sorte que les gens puissent participer aux décisions qui affectent leur santé et le système sanitaire⁶. »

Le rapport soutient qu'il est impossible d'ignorer l'ampleur des coûts financiers et humains dus au manque d'intérêt accordé à l'assainissement et que des efforts intersectoriels concertés qui fassent meilleur usage des ressources existantes sont essentiels pour consolider les gains réalisés jusqu'ici dans l'amélioration de la santé mondiale. Les progrès de la santé mondiale, en particulier en matière de santé infantile, nécessiteront de la part des professionnels de la santé et de l'assainissement qu'ils travaillent ensemble pour s'attaquer au manque d'assainissement. Ce rapport tente de fournir des recommandations pratiques sur la manière de faciliter cet effort concerté.

Le rapport s'appuie sur des recherches menées durant 2010 en collaboration avec le Water Institute à la Gillings School of Global Public Health de l'Université de Caroline du Nord aux États-Unis. L'équipe de recherche a exploré les caractéristiques de la participation du secteur de la santé à l'assainissement dans les pays en développement, y compris les structures de gouvernance, les rôles et responsabilités du secteur de la santé, et les initiatives actuelles pour établir un lien entre assainissement et santé. Quatre pays en développement ayant différents arrangements

institutionnels pour l'assainissement et différents degrés de couverture ont servi de toile de fond à des études de cas plus détaillées : le Malawi, le Népal, l'Ouganda et le Sri Lanka⁷. Un soutien assidu dans les pays hôtes a été fourni par le personnel local de WaterAid et nos partenaires.

On a utilisé une approche par triangulation pour obtenir un tableau plus complet de l'interaction entre le secteur de la santé et les politiques et programmes d'assainissement et leur mise en œuvre. Des données ont été recueillies au moyen de diverses méthodes, y compris : un examen de la littérature universitaire et des politiques et programmes nationaux ; une consultation d'experts par le biais d'entretiens individuels sur le terrain avec des représentants des secteurs WASH et de la santé (y compris le personnel d'agences gouvernementales nationales, d'organisations non gouvernementales et d'agences de soutien extérieur) ; et la mise au point d'une enquête interactive en ligne par le biais d'une approche wiki⁸ afin d'obtenir les réponses des parties prenantes dans un plus large éventail de pays. La version intégrale du rapport préparé par le Water Institute, sur lequel s'appuie ce rapport, est disponible en anglais sous forme de document d'information séparé.

2. Le rôle vital de l'assainissement dans la santé

Plus d'un tiers de la population mondiale n'a pas accès à un assainissement amélioré⁹ – une installation sanitaire qui veille à garantir une séparation hygiénique des excréments de tout contact humain immédiat¹⁰, ce qui permet d'éviter l'infection provoquée par l'ingestion ou le contact avec des fèces humaines (la voie de contamination « fécale-orale »). Au rythme actuel, la cible de l'OMD en matière d'assainissement ne sera pas atteinte à l'échelle mondiale avant 2049 ; en Afrique subsaharienne, il faudra attendre le XXIII^e siècle avant d'espérer l'atteindre¹¹.

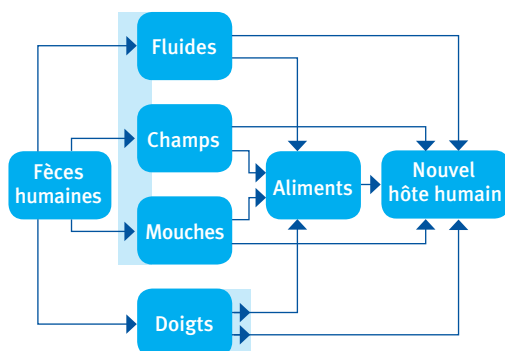
Qu'est-ce que l'assainissement ?

L'assainissement englobe la collecte, le transport, le traitement et la mise en décharge ou le réemploi des excréments humains, des eaux usées domestiques et des déchets solides et la promotion de l'hygiène associée¹².

L'ordinogramme ci-dessous (Figure 1) résume les moyens confirmés par le biais desquels l'assainissement et les pratiques d'hygiène associées empêchent l'infection.

Figure 1 : Ordinogramme – l'assainissement comme premier obstacle au contact entre les excréments et l'homme¹³

La séparation efficace des fèces de tout contact humain par le biais d'une mise au rebut améliorée des excréments



De bonnes pratiques d'hygiène, telles que le nettoyage des mains avec du savon après être allé aux toilettes

1,1 milliard de gens pratiquent la défécation en plein air ou inconsiderée¹⁴. Cette situation représente un obstacle important et constant au développement humain et économique, en raison de l'impact direct qu'elle exerce sur la santé, et des impacts plus larges sur le bien-être et la pauvreté. Même si plus de 800 millions de personnes au monde n'ont pas d'accès à l'eau potable, ce document se concentrera plus particulièrement sur l'assainissement ; ce choix s'explique par le manque d'intérêt dont souffre l'assainissement et par le rôle particulier du secteur de la santé dans la promotion de l'assainissement.

L'impact sur la santé d'une couverture mondiale d'assainissement insuffisante est particulièrement sensible : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 7 % des décès au monde et 8 % de la charge mondiale de morbidité

sont dus à des maladies liées à un manque d'assainissement¹⁵. Le manque d'assainissement est un facteur de risque majeur pour les maladies diarrhéiques¹⁶, la cause de décès la plus élevée chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne¹⁷ et la deuxième cause contribuant à la charge mondiale de morbidité (voir la Figure 2). En outre, les mauvaises pratiques d'hygiène constituent un facteur de risque majeur pour les infections respiratoires, la principale cause contribuant à la charge mondiale de morbidité¹⁸. Le manque d'accès à des services WASH est fortement corrélé à d'autres maladies et infections, y compris notamment les infections intestinales par des nématodes, filarioses lymphatiques, trachomes et schistosomiases¹⁹. Comme le montre la Figure 2, la diarrhée provoque plus de décès d'enfants de moins de cinq ans que le VIH/sida, le paludisme et la rougeole réunis²⁰.

Les impacts des services WASH sur la charge mondiale de morbidité ont été passés en revue par Ustin *et al.* en 2008²². L'examen constatait que de mauvais services WASH provoquent un taux estimatif de 88 % de cas de diarrhée à travers le monde et bien que la mortalité infantile annuelle ait diminué depuis

la publication du rapport en 2008, Ustin et ses collègues ont montré que 28 % des décès d'enfants étaient dus à des services WASH insuffisants. De surcroît, on estime que 50 % de la malnutrition infantile est associée à une diarrhée répétée ou à une maladie intestinale parasitaire. Dans les pays en développement, les enfants sont encore plus exposés, certains modèles suggérant que plus de 20 % de la mortalité mondiale et de la charge de morbidité des enfants de 0 à 14 ans sont dus à des services WASH insuffisants²³.

Dans un examen récent des données d'enquête recueillies dans 172 pays, les résultats montrent une association indéniable entre l'accès aux technologies d'assainissement et la réduction de la mortalité et de la morbidité infantiles. L'accès à l'assainissement abaisse de 7 à 17 % le risque de voir un enfant souffrir de diarrhée et la mortalité des enfants de moins de cinq ans de 5 à 20 %. La Figure 3 montre une représentation tabulaire des taux de diarrhée et de mortalité infantile en fonction du niveau de technologie de l'assainissement. Elle prouve que la morbidité et la mortalité infantiles sont sensiblement plus faibles pour les enfants ayant accès à des technologies avancées d'assainissement²⁴.

Figure 2 : Causes mondiales des décès d'enfants²¹

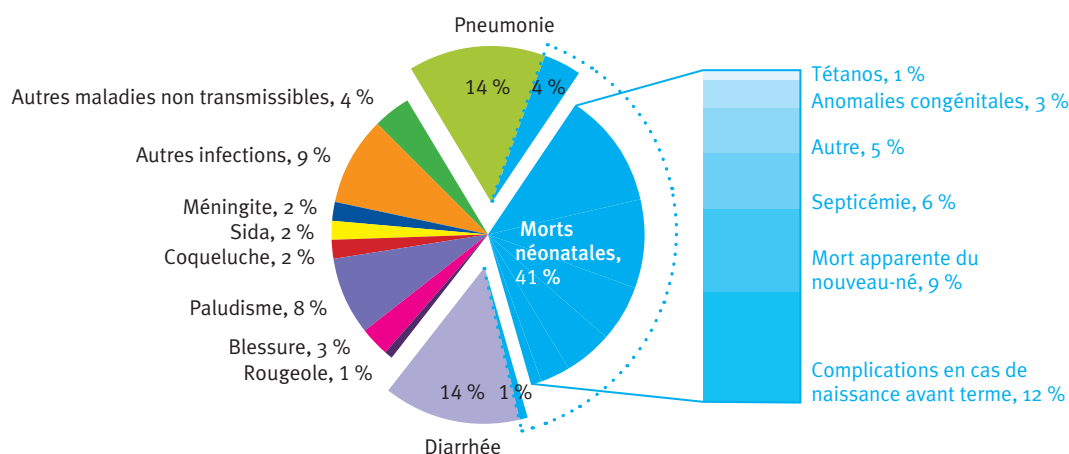
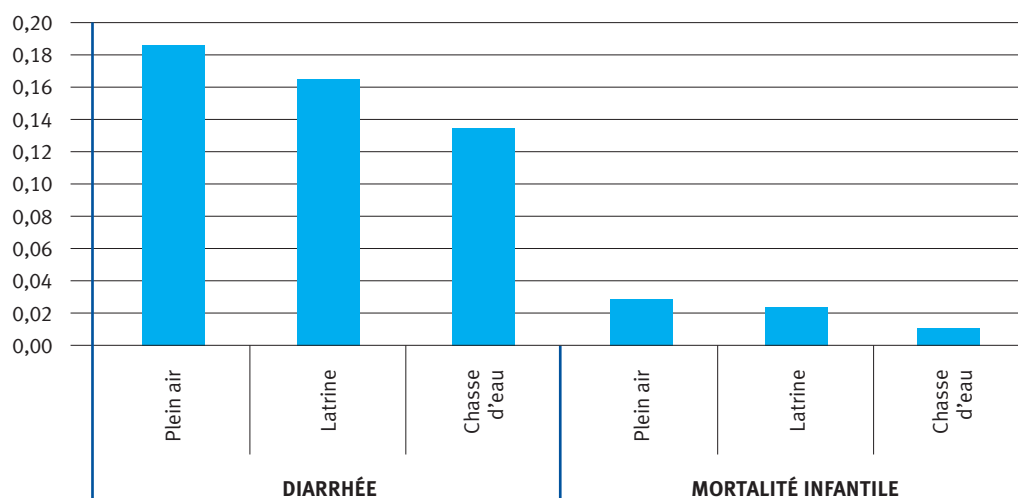


Figure 3 : Corrélation entre l'accès à l'assainissement et la diarrhée/la mortalité infantile²⁵



Cette situation se reflète dans la charge de morbidité des différents pays où ont été réalisées les études de cas : le Tableau 1 donne une vue d'ensemble de la prévalence estimative des infections liées au manque d'assainissement dans les pays des études de cas. En 2004 (la toute dernière année pour laquelle on dispose de données comparatives), les maladies diarrhéiques étaient estimées à l'origine de 6 à 9 % des décès et 6 à 8 % de la charge de morbidité

dans trois des quatre pays étudiés : le Malawi, le Népal et l'Ouganda. En revanche, la diarrhée a causé moins de 1 % des décès et de la charge de morbidité au Sri Lanka. D'autres maladies liées au manque d'assainissement, telles que les infections intestinales parasitaires, la malnutrition, les trachomes, les schistosomiasis et les filarioses lymphatiques, ont été estimées avoir engendré chaque année plusieurs milliers de décès et une charge de morbidité significative

Tableau 1 : Synthèse des statistiques de mortalité et d'incapacité dues à des maladies liées aux services WASH en 2004²⁶

	Malawi		Népal		Sri Lanka		Ouganda		Monde	
Population	12.895.000		26.554.000		19.040.000		28.028.000		6.436.826.000	
	Décès	EVCI ^a	Décès	EVCI	Décès	EVCI	Décès	EVCI	Décès	EVCI
Maladies diarrhéiques (% du total des décès ou EVCI)	20.700 (9 %)	674.000 (8 %)	15.800 (6 %)	523.000 (6 %)	900 (<1 %)	41.000 (<1 %)	30.600 (7 %)	1.035.000 (7 %)	2.163.283 (4 %)	72.776.516 (5 %)
Infections intestinales à nématodes	0	1.700	100	16.000	0	16.000	0	39.000	6.481	4.012.666
Malnutrition ^b	3.700	211.000	2.000	157.000	100	15.000	2.500	246.000	250.562	17.461.607
Trachome	0	5.000	0	20.000	0	0	0	87.000	108	1.334.414
Schistosomiase	1.300	5.900	0	0	0	0	1.700	63.000	41.087	1.707.144
Filariose lymphatique	0	5.400	0	119.000	0	26.000	0	68.000	290	5.940.641
Total des décès nationaux/ EVCI pour les maladies liées aux services WASH (% du total des décès/ EVCI)	25.700 (11 %)	903.000 (12 %)	17.900 (7 %)	835.000 (11 %)	1.000 (<1 %)	98.000 (2 %)	34.800 (8 %)	1.538.000 (11 %)	2.461.811 (4 %)	103.232.988 (7 %)
Total des décès nationaux/ EVCI pour toutes les maladies en 2004	227.100	7.575.000	238.900	7.837.000	213.400	4.469.000	405.800	14.145.000	58.771.791	1.523.258.879

^a Espérance de vie corrigée de l'incapacité

^b Malnutrition protéino-calorique uniquement

dans les pays des études de cas. La malnutrition est estimée avoir causée jusqu'à 23 % (Malawi) de la charge de morbidité liée au secteur WASH. Le total de la charge de morbidité estimative liée au secteur WASH diffère sensiblement entre le Malawi (12 %), le Népal (11 %) et l'Ouganda (11 %) d'un côté et le Sri Lanka (2 %) de l'autre. En outre, le taux de mortalité totale due à des maladies liées au secteur WASH diffère aussi de façon significative entre le Malawi (11 %), le Népal (7 %), l'Ouganda (8 %), et le Sri Lanka (1 %).

L'impact des services WASH sur la santé dans les pays des études de cas saute encore plus aux yeux lorsque l'on considère les données de la mortalité infantile²⁷ : au Malawi, à elle seule, la diarrhée est responsable de 11 % des décès d'enfants ; au Népal, elle provoque 14 % de décès d'enfants et en Ouganda, 16 %, contre 3 % au Sri Lanka²⁸.

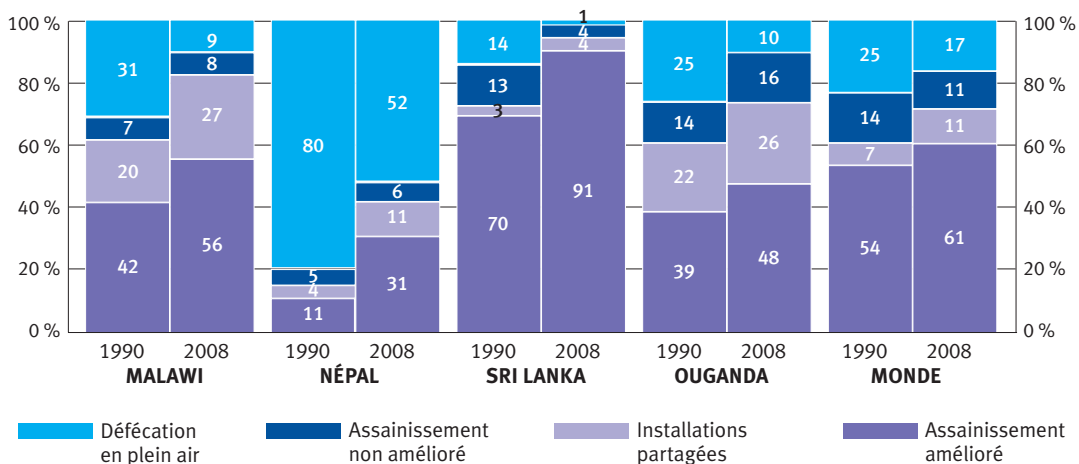
La Figure 4 compare l'évolution du taux de couverture de l'assainissement de 1990 à 2008 dans les pays des études de cas et à l'échelle mondiale. Le modèle de l'échelle de l'assainissement sert à montrer le taux d'utilisation de chaque type d'assainissement : « défécation en plein air » (pas d'utilisation d'installations sanitaires) ; « assainissement non amélioré » (ne garantit pas une séparation hygiénique des excréments de tout contact humain³⁰) ;

Encadré 2 – Espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI)

D'après l'OMS, « Un point de pourcentage EVCI peut être assimilé à une année perdue de vie en bonne santé. La somme de ces EVCI sur l'ensemble de la population, ou charge de morbidité, peut être exprimée comme la mesure de l'écart entre l'état de santé actuel et une situation de santé idéale où la totalité de la population vit jusqu'à un âge avancé, sans maladie ni incapacité. Les EVCI pour une maladie ou un état de santé sont calculés comme la somme des Années de vie perdues (AVP) en raison d'une mortalité prématurée de la population et les Années perdues en raison d'une incapacité (API) suite à un incident de santé²⁹. »

installations « partagées » (installation améliorée partagée entre deux ménages ou plus³¹) ; et « assainissement amélioré » (qui garantit la séparation hygiénique des excréments du contact humain immédiat). Le taux de défécation en plein air le plus élevé est observé au Népal ; en revanche, moins de 1 % de la population du Sri Lanka pratique la défécation en plein air. Le taux de couverture

Figure 4 : Couverture en assainissement 2010 dans les pays de l'étude de cas et à l'échelle mondiale³³



en assainissement amélioré varie beaucoup : 30 % au Népal, 48 % en Ouganda et 56% au Malawi, contre 91 % au Sri Lanka³².

L'impact colossal de l'assainissement sur la santé se traduit par des retours significatifs sur investissements dans l'assainissement, aussi bien pour les particuliers que pour les économies nationales. Evans *et al.*³⁴ estiment que ces retours comprennent les économies directes en termes de soins de santé réalisées par les particuliers et par les agences de santé, ainsi que les avantages indirects, tels que les jours de productivité gagnés par an (pour des personnes de 15 à 59 ans) ; moins d'absentéisme scolaire ; des gains de temps (jours de travail gagnés) résultant d'un accès plus commode aux services ; et la valeur considérable des décès évités (sur la base des gains futurs). L'étude montre aussi que la réalisation de l'Objectif du Millénaire pour le développement (OMD) concernant l'eau et l'assainissement³⁵ pourrait engendrer des avantages économiques substantiels, compris entre 3 et 34 dollars US (US\$) pour chaque dollar investi, en fonction de la région.

Il existe également des avantages significatifs pour les systèmes sanitaires et les ressources budgétaires ; d'après le PNUD, à tout moment, la moitié des lits d'hôpitaux dans les pays en développement sont occupés par des patients qui souffrent d'une maladie liée à l'eau ou à l'assainissement³⁶, ce qui représente un fardeau extraordinaire pour des systèmes sanitaires déjà saturés. Il estime également que « l'accès universel aux installations d'eau et d'assainissement même les plus rudimentaires réduirait le fardeau financier sur les systèmes sanitaires dans les pays en développement à raison d'environ US\$1,6 milliard par an — et US\$610 millions en Afrique subsaharienne, ce qui représente environ 7 % du budget santé de la région³⁷. »

En 2008, le Programme eau et assainissement (WSP) de la Banque mondiale a mené une analyse de l'impact économique de l'assainissement dans cinq pays du sud-est asiatique : le Cambodge, l'Indonésie, la République démocratique populaire lao, le Viet Nam et les Philippines. La recherche estimait que ces pays perdent un montant estimatif de US\$9 milliards (dollars 2005) par an – 2 % de leur PIB cumulé – en raison d'un assainissement médiocre³⁸. Une étude analogue en Inde a montré que le manque d'assainissement coûte à l'économie US\$53,8 milliards par an en termes de productivité perdue, de fourniture de soins de santé et autres pertes – soit l'équivalent de 6,4 % du PIB en 2006³⁹.

Les données ci-dessus fournissent des preuves convaincantes des avantages qu'il y a à investir dans l'assainissement – et l'ampleur des coûts financiers et surtout humains associés à un manque d'investissement ne peut pas être balayée par quelque secteur que ce soit. À une époque de crises financières et de contraction des flux financiers intérieurs et d'aide extérieure, les efforts concertés qui font un meilleur usage des ressources existantes sont non seulement judicieux mais ils revêtent une importance primordiale pour renforcer les progrès réalisés jusqu'ici dans l'amélioration de la santé mondiale. De toute évidence, pour pouvoir améliorer réellement la santé des populations dans les pays en développement, notamment la mortalité infantile, un secteur où les performances sont particulièrement mauvaises, les professionnels de la santé et de l'assainissement ont besoin de travailler de concert pour s'attaquer au manque d'assainissement comme cause première de mauvaise santé.

3. L'inadéquation des réponses institutionnelles existantes

Le besoin d'allier un savoir-faire sanitaire et technique coule de source et il a abouti à l'introduction de lois en matière de santé publique et de systèmes d'égouts urbains dans les pays riches. Dans les pays en développement, ce potentiel reste, dans une large mesure, un vœu pieux.

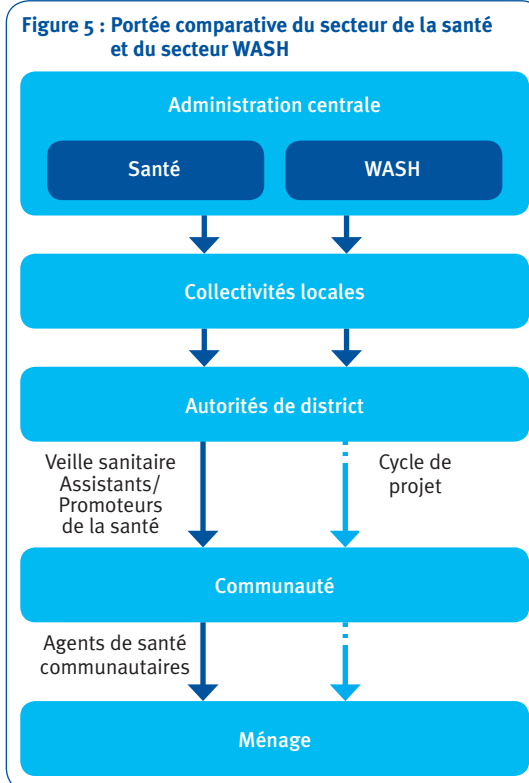
Alors que les professionnels de la santé reconnaissent fréquemment que l'assainissement est une condition requise essentielle pour des normes acceptables de santé publique⁴⁰, les interviews menées avec des agents de santé haut placés dans le cadre de cette étude et de bien d'autres⁴¹ montrent qu'il est rare qu'ils considèrent l'assainissement comme un domaine relevant de leur champ d'attributions ; à leurs yeux, il s'agit plutôt du problème de quelqu'un d'autre⁴². Ce point est renforcé par le fait que l'assainissement est généralement peu intégré dans des systèmes de soins de plus en plus curatifs et palliatifs, aux dépens des approches préventives ; dans certains cas, l'assainissement n'est même pas considéré comme faisant partie du mandat de politique générale du secteur de la santé. D'un autre côté, les interviews menées avec des agents de santé en première ligne montrent que, même si la promotion d'un assainissement adéquat constitue rarement un élément clé des programmes sanitaires de par leur conception, l'ampleur et la gravité du problème de l'assainissement sur le terrain sont telles que les agents sont souvent obligés d'intervenir de manière ponctuelle en se servant du peu de ressources à leur disposition.

Malgré l'importance fondamentale de l'assainissement pour la santé humaine et les autres résultats du développement, l'assainissement est souvent une faible priorité dans les ordres du jour du

développement national, éclipsé par l'intérêt politiquement plus porteur que constitue l'eau potable. Ainsi, l'assainissement a été omis de la liste initiale des cibles des OMD, à laquelle il n'a été ajouté qu'en 2002. Récemment, le 63^e Rapport de l'Assemblée mondiale de la santé sur le suivi des OMD et la résolution qui en a découlé n'ont pas su reconnaître que la cible c de l'OMD 7 (liée à l'assainissement) ne serait pas atteinte – et n'ont donc pas reconnu son importance pour la réalisation des OMD liés à la santé⁴³. Ce manque de priorisation mondiale se retrouve dans les politiques et priorités nationales, l'essentiel du financement WASH étant alloué aux infrastructures d'eau alors que les programmes de santé environnementale souffrent d'un manque de financement et de priorisation – le Diagnostic national 2009 des infrastructures africaines publié par la Banque mondiale a révélé que les dépenses publiques moyennes annuelles consacrées à l'assainissement ne faisaient pas plus de 0,22 % du PIB, dont 0,2 % sous forme de dépenses récurrentes et 0,02 % seulement sous forme de nouveaux investissements. Comme évoqué plus haut, les progrès concernant l'accès à l'assainissement restent effroyablement lents. Compte tenu des preuves flagrantes fournies ci-dessus pour démontrer les liens entre l'assainissement et la santé, il n'est pas surprenant que les progrès sur les aspects critiques de la santé, en particulier la santé infantile, soient tout aussi lents⁴⁴.

L'effet de la lenteur des progrès sur la couverture des infrastructures est exacerbé par la conception et le mode d'exécution des programmes d'assainissement ; outre les faibles niveaux de financement, les programmes d'assainissement sont aussi caractérisés par des cycles de projet à court terme qui aboutissent à une focalisation sur la construction d'infrastructures nouvelles sans prendre en compte les critères de pérennité et d'utilisation de ces infrastructures⁴⁵. Une attention insuffisante à la création de la demande d'assainissement et au changement des comportements fait que les gains potentiels en termes de santé ne sont pas réalisés. La prise de décisions concernant les politiques d'assainissement intervient le plus souvent au niveau de l'administration centrale, alors que les services WASH aux échelons inférieurs du gouvernement manquent souvent de moyens humains et financiers et n'entretiennent pas de relations nécessaires avec la communauté sur une base régulière et cohérente en dehors du cycle du projet. Ces contacts avec la communauté sont essentiels pour encourager la demande en assainissement, l'adoption de pratiques d'hygiène saines et pour générer des capacités de construction et d'entretien des installations sanitaires. Ces relations avec les communautés et l'aptitude à stimuler la demande de services et le changement de comportement associé constituent des dimensions cruciales auxquelles le secteur de la santé peut contribuer en faisant avancer l'assainissement et les avantages sanitaires associés. Cette différence de portée entre le secteur WASH et le secteur de la santé est illustrée à la Figure 5.

Le traitement curatif d'un patient n'est qu'un aspect des systèmes sanitaires, même si c'est celui qui jouit de la plus haute visibilité publique et bénéficie donc d'une priorité politique et financière. Toutefois, un autre rôle clé réside dans la promotion des changements de comportement et des modes de vie pour améliorer la santé et empêcher les maladies. Un tel changement de comportement peut comprendre la génération de la demande ou l'adoption de services (p. ex. la vaccination) et



de produits (p.ex. les moustiquaires) précis. Le fait que le secteur de la santé soit engagé dans ce genre d'activités depuis des siècles et ait mis au point des approches éprouvées dans ce sens, lui confère une position privilégiée et par son savoir-faire. Grâce aux professionnels de la santé (docteurs, infirmiers, promoteurs de la santé), situés parfois même dans des zones rurales reculées, le secteur peut aussi se targuer d'une portée incomparable et d'un pouvoir d'influence sur les populations qu'il dessert. Les professionnels de la santé, et surtout les médecins, jouissent d'un prestige considérable et inspirent le respect dans bon nombre de sociétés à travers le monde. Comme l'explique l'une des personnes interrogées au Népal, « les gens écoutent les docteurs plus qu'ils écoutent les ingénieurs ». Le leadership des professionnels de la santé a été démontré à l'échelle mondiale dans des efforts et des programmes de grande envergure pour la prévention et la lutte contre le VIH/sida et les maladies non transmissibles, associés à des choix de vie et exigeant des stratégies qui soulignent un changement de comportement. Le savoir-faire nécessaire pour changer les attitudes et promouvoir

l'adoption de produits et services, ainsi que la portée du service font défaut dans la structure institutionnelle du secteur WASH, qui reste impulsée par les projets et fortement axée sur les aspects techniques et infrastructurels⁴⁶. Les aspects comportementaux (« aspects sociaux ») de l'assainissement doivent être abordés de façon systématique si l'on veut assister à un accroissement du taux de couverture de l'assainissement pour engendrer de meilleurs résultats sanitaires. L'Encadré 3 présente un débat sur la promotion de l'assainissement et l'hygiène.

Toutes les parties prenantes du secteur de la santé interrogées ont reconnu que les réponses institutionnelles existantes en matière d'assainissement sont inappropriées, compte tenu de la charge de morbidité imputable au manque d'assainissement que connaissent les pays en développement. Mais, concrètement, que peut et que devrait faire le secteur de la santé face au problème de l'assainissement ?

Encadré 3 – « Éducation » ou « promotion » de l'assainissement et l'hygiène ?

Les termes « éducation » et « promotion » sont souvent utilisés de façon interchangeable mais il s'agit en fait de deux approches bien distinctes. D'après Curtis⁴⁷, le besoin d'une approche en matière de promotion est ancré dans le fait « qu'il est difficile de réussir à faire changer les habitudes de toute une vie ; cela prend du temps et cela exige des moyens et des compétences ». En ce qui concerne la promotion du lavage des mains avec du savon, alors que les approches passées avaient recours à une éducation à l'hygiène (enseigner pourquoi les pratiques d'hygiène comme le lavage des mains sont nécessaires et comment les pratiquer) pour arriver à un changement de comportement, on sait désormais que les connaissances en matière de microbes sont insuffisantes pour changer les comportements en raison du temps passé et des coûts financiers mais aussi des attitudes sociales vis-à-vis du lavage des mains. À la différence de l'éducation à l'hygiène, la promotion de l'hygiène s'appuie sur la compréhension des attitudes de la communauté, ses connaissances, ses pratiques et ses aspirations. Sa dépendance envers la participation et l'adéquation offre de meilleures chances pour un changement de comportement qui s'inscrit dans la durée, et une dépendance réduite envers des campagnes d'éducation de grande envergure. Des enseignements semblables ont été appris concernant la promotion de l'assainissement ; Jenkins et Cairncross ont documenté les raisons qui motivent la construction et l'utilisation de latrines au niveau des ménages, en soulignant que l'adoption par le ménage de pratiques d'assainissement est tout aussi souvent associée à une notion de confort, de prestige et de sécurité qu'à des considérations de santé⁴⁸. Les approches réussies en matière de promotion d'assainissement doivent tenir compte de ces motivations pour garantir un impact durable.

4. Les déficits fonctionnels et le rôle du secteur de la santé pour les résorber

4.1 Principaux déficits fonctionnels dans la réalisation de progrès en matière d'assainissement et de gains sanitaires associés

Peu de recherches ont été entreprises sur la contribution du secteur de la santé à la diminution de la charge de morbidité due à un manque d'assainissement⁴⁹. Rehfuess, Bruce et Bartram⁵⁰ affirment que le secteur de la santé a six fonctions spécifiques à remplir par rapport aux questions sanitaires environnementales telles qu'un manque d'assainissement.

S'inspirant de leurs travaux et d'autres documents, les recherches de WaterAid présentées dans ce rapport sont axées sur quatre grands déficits fonctionnels qui brident généralement les efforts déployés afin

d'accélérer les progrès de l'assainissement et de réaliser les gains sanitaires associés :

1. Normes et réglementations
2. Politiques générales et coordination intersectorielles
3. Exécution de programmes d'assainissement modulables
4. Collecte et utilisation des données.

Ces quatre déficits fonctionnels sont utilisés ici en guise de cadre pour examiner les modalités institutionnelles existantes pour l'assainissement dans les pays en développement et identifier des rôles potentiels pour le secteur de la santé, non seulement dans son propre champ d'attributions mais aussi en partenariat avec d'autres secteurs⁵², afin de résorber ces déficits.

Tableau 2 : Fonctions et rôles du secteur de la santé⁵¹

	Rôles du secteur de la santé
Fonction 1 : Normes et réglementations	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des normes et réglementations de protection sanitaire qui soient appropriées aux circonstances sociales, économiques et environnementales du pays. • Surveiller leur mise en œuvre et leur contribution à la santé de la population.
Fonction 2 : Politiques générales et coordination intersectorielles	<ul style="list-style-type: none"> • Acquérir et entretenir un savoir-faire pour suivre et influencer les principales politiques générales qui ont une incidence sur la santé. • Employer des mécanismes formels pour les évaluations d'impact sanitaire. • Établir une collaboration multidisciplinaire efficace.
Fonction 3 : Installations sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Définir des normes pour les installations sanitaires. • Budgétiser des améliorations structurelles et un renforcement des capacités afin d'encourager les changements de comportement du personnel. • Renforcer la conformité par le biais d'une fonction de supervision indépendante.
Fonction 4 : Programmes intégrés ou ciblés sur une maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer des facteurs de décision environnementaux (p. ex. un assainissement sûr) dans les programmes de formation des professionnels de la santé. • Incorporer des actions de santé environnementale dans les programmes sanitaires. • Travailler avec des partenaires pour sensibiliser l'opinion.
Fonction 5 : Épidémies	<ul style="list-style-type: none"> • Entretenir un savoir-faire afin de conseiller et de mener des enquêtes sur les épidémies. • Tester, mettre en œuvre et réviser des procédures en collaboration avec d'autres acteurs. • Tenir à jour les réglementations et les politiques générales en conséquence.
Fonction 6 : Impacts, menaces et opportunités	<ul style="list-style-type: none"> • Démontrer par la preuve les liens de cause à effet entre les facteurs environnementaux (p. ex. l'absence d'assainissement) et la santé. • Évaluer les valeurs et nuisances potentielles de l'innovation technologique et de l'élaboration de politiques.

4.1.a Déficit fonctionnel 1 : Normes et réglementations

Les politiques générales et la législation qui les accompagne sont essentielles pour fournir une vision claire et pour établir des principes de base et des objectifs afin de guider les améliorations sanitaires. Dans plusieurs des pays passés en revue, il existe une sorte de législation historique sur la santé publique qui tient compte des risques sanitaires associés à un manque d'assainissement. Ainsi, le Sri Lanka a élaboré la première législation portant sur la santé publique au XIX^e siècle lorsque l'Ordonnance sur la santé publique et l'Ordonnance sanitaire des bourgades de 1892 ont fourni une base légale pour promulguer des obligations d'assainissement local. L'Ouganda et le Malawi ont créé une législation sur la santé publique à l'époque où ils ont acquis leur indépendance de la Grande-Bretagne. La Loi de l'Ouganda sur la santé publique, promulguée en 1964 et amendée en 2002, exige des installations sanitaires dans tous les foyers. Le Malawi a promulgué une Loi portant sur la santé publique en 1948 qui régit le réseau d'assainissement et la prévention des maladies infectieuses mais sa Loi d'orientation nationale sur la santé révisée en 2010 attend d'être approuvée. Le Népal est le seul pays des quatre études de cas qui n'ait pas de loi sur la santé publique. Très peu de pays ont une politique nationale explicite en matière d'assainissement ; toutefois, certains ont rédigé des politiques qui n'ont pas encore été officiellement approuvées et promulguées et restent donc jusqu'ici sans effet. Toutefois, là où ces politiques existent, elles n'ont guère de poids au niveau des programmes et elles ne se servent pas des résultats sanitaires en guise d'indicateurs de succès. D'un autre côté, les politiques sanitaires tendent à se concentrer sur les aspects liés à la fourniture de services, et mettent moins l'accent sur les mesures préventives, y compris l'assainissement, auxquelles elles consacrent donc moins de moyens humains et financiers.

Parmi les rôles du secteur de la santé dans la promotion de l'assainissement figurent le soutien à l'élaboration de normes et de réglementations qui amélioreront la santé et encourageront la définition et l'adoption de pratiques d'assainissement sûres et l'établissement de mécanismes pour permettre un examen et une mise à jour périodiques en réponse aux défis émergents. Alors que les technologies de l'assainissement sont toujours en cours d'élaboration, la contribution du secteur de la santé est cruciale pour veiller à ce que la technologie adoptée réponde effectivement aux normes sanitaires requises. Au Sri Lanka, par exemple, le secteur de la santé est activement impliqué dans le développement des lignes directrices pour la construction de latrines et la mise en décharge sans risque des excréments, ce qui a contribué à des améliorations significatives des normes générales des installations sanitaires au cours des dernières années. L'élaboration de normes et réglementations est aussi étroitement liée à l'éducation et à la sensibilisation de l'opinion, qui sont des facteurs essentiels dans la promotion d'un changement de comportement et dans la création de la demande pour des services et des infrastructures d'assainissement. Les campagnes d'information du public gérées par le ministère de la Santé au Sri Lanka sont considérées avoir joué un rôle clé dans la stimulation de la demande au sein des communautés en faveur d'installations sanitaires améliorées.

Une opportunité évidente pour que le secteur de la santé promeuve un changement de comportement (et, au final, de meilleurs politiques et programmes) commence par un assainissement sûr au sein même des centres de soins. Des installations propres et bien entretenues servent de modèle aux utilisateurs, qui peuvent appliquer ces pratiques saines à la maison, à l'école et dans d'autres contextes, tout en réduisant le risque d'infection au sein des centres de soins. Toutefois, les centres observés dans

les pays des études de cas souffrent d'un entretien très médiocre et, trop souvent, d'une absence totale d'installations sanitaires. La disponibilité d'installations sanitaires en état de marche dans les centres de soins au Népal est très insuffisante. La gestion des déchets hospitaliers et l'attention générale prêtée au fonctionnement physique des hôpitaux et des cliniques publics s'améliorent lentement dans le cadre de l'intérêt qui est accordé à ces aspects dans l'approche sectorielle de la santé et grâce à l'assistance technique fournie par l'OMS (avec l'aide de l'Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI)). En Ouganda, l'information tirée des études, interviews et visites aux centres de soins suggère des conditions d'assainissement médiocres dans de nombreux centres de soins. Au Sri Lanka, le gouvernement n'a pas publié de directives spécifiques pour la planification des hôpitaux, ni pour la conception des réseaux d'assainissement, et l'on redoute que les consignes prescrites par le gouvernement et le ministère de la Santé (MdS) n'ont pas été respectées à la lettre par les sous-traitants impliqués dans la construction récente de nouveaux bâtiments hospitaliers.

Une fois qu'une réglementation officielle appropriée est en place, les décideurs de la santé peuvent veiller à ce que les centres de soins soient correctement dotés d'installations sanitaires en état de marche. Ils peuvent aussi exiger des pratiques d'assainissement sans risque par le personnel et garantir leur respect par le biais d'instructions périodiques et d'un suivi régulier. Les professionnels du secteur de la santé sont bien placés pour donner

l'exemple et pour montrer les pratiques qu'il convient d'adopter aux milliers de patients qu'ils soignent chaque année, et pour faire une promotion opportuniste des messages d'hygiène par le biais d'affiches, d'entretiens avec les patients dans la salle d'attente, et de conversations avec les patients (soit lors d'une visite de routine, par exemple pour la vaccination d'un enfant, soit lors d'une visite d'urgence due à une infection WASH).

Le suivi et l'application restent un défi majeur dans les pays étudiés. Le Sri Lanka a connu plus de succès que la plupart des autres pays dans la gestion et la fidélisation d'un réseau dynamique d'inspecteurs de la santé publique qui cumulent traditionnellement des activités de promotion et d'inspection afin de générer un meilleur comportement sanitaire dans les communautés. Il existe des exemples, notamment en Ouganda, de mesures coercitives pour faire respecter les pratiques d'assainissement, y compris la pénalisation en cas de non-respect des normes d'assainissement par l'attribution d'amendes ou de peines de prison, mais on craint que de telles approches soient moins efficaces pour générer un changement de comportement qui se traduise en véritables gains de santé. Si la réglementation revêt une importance cruciale pour résoudre les conflits, par exemple entre les locataires et leurs propriétaires qui enfreignent les règles, l'utilisation efficace et hygiénique des installations sanitaires est mieux abordée par le biais d'une action de promotion au niveau communautaire – une spécialité du secteur de la santé.

Résultats :

- Des politiques claires, une législation et des normes minimales constituent un socle important pour garantir des gains potentiels de santé grâce au secteur WASH. Certains pays disposent d'une législation en matière de santé publique mais très peu ont des politiques et stratégies explicites pour s'attaquer au manque d'assainissement.
- Les ministères de la Santé et les autorités sanitaires jouent souvent un rôle minimal dans la définition et la programmation de la politique d'assainissement, qu'elle soit dirigée par la division de la santé environnementale du ministère de la Santé ou qu'elle rentre dans son giron.
- Là où il existe des politiques d'assainissement, elles sont généralement abordées d'un point de vue technique (du côté de l'offre), qui ne reconnaît pas les implications de l'assainissement en termes de santé publique (et par conséquent, ne retient pas les changements de comportement ou les résultats sanitaires en guise d'indicateurs d'une infrastructure d'assainissement en état de marche).
- Beaucoup de pays en développement n'ont pas de normes minimales mutuellement convenues pour l'assainissement (p. ex. dans les écoles et les cliniques). Les concepts et définitions de ce qui constitue un assainissement « sûr » ou « amélioré » continuent d'évoluer (p. ex. l'échelle de l'assainissement) et nécessitent des contributions importantes des professionnels de la santé publique (au-delà de la technologie).
- Lorsque des mécanismes d'application de l'assainissement sont en place, tels que des réglementations et des arrêtés en matière de logement, ils sont souvent bridés en raison d'un manque de financement et de moyens humains insuffisants. À elles seules, des sanctions officielles ont peu de chances de se traduire par des gains sanitaires à moins qu'elles ne soient conjuguées à des efforts en vue de promouvoir un assainissement sûr et des pratiques d'hygiène améliorées.
- Dans le cadre de cette étude, on n'a trouvé aucun exemple de réglementations ou de directives relatives à la sécurité des patients ou à des mesures de contrôle des infections, ayant trait à un assainissement sûr.

**4.1.b Déficit fonctionnel 2 :
Politiques générales et
coordination intersectorielles**

La réalisation de progrès en matière d'assainissement et des gains sanitaires associés exige une action concertée auprès d'une grande variété d'acteurs. Un certain nombre de secteurs, y compris la santé, l'éducation, l'environnement, l'industrie, les transports et les infrastructures, touchent ou influencent divers aspects de l'assainissement de façon régulière. L'action intersectorielle fournit des moyens plus durables et financièrement prudents d'améliorer la santé de la population et d'augmenter les investissements par d'autres secteurs. Cela nécessite un leadership, y compris la motivation de personnalités haut placées et un engagement à tous les niveaux. Ce genre de leadership compte sur les ministères de la

Santé pour aller au-delà de la simple gestion des systèmes sanitaires afin d'assumer un rôle d'intendance pour promouvoir et sauvegarder des normes acceptables de santé publique et assumer l'autorité associée à ce rôle sur les activités des autres secteurs.

Une façon de rompre l'isolement institutionnel qui entrave la coopération intersectorielle réside dans l'établissement de modalités financières communes. Ces dernières années, on a observé un changement dans la façon dont le soutien des bailleurs extérieurs est prodigué. Si les approches sectorielles ont, au fil des ans, été accompagnées de modalités financières telles que des « corbeilles » (gérées conjointement par les institutions partenaires de l'approche sectorielle), on a récemment vu une croissance de la dotation de fonds par le biais du soutien budgétaire.

Ce genre de modalités financières peut améliorer l'harmonisation entre les acteurs et l'alignement sur les systèmes publics de gestion financière, tout en encourageant l'adoption d'indicateurs de performance sectorielle mutuellement convenus. Toutefois, elles peuvent aussi renforcer le travail en vase clos des différents secteurs en augmentant la concurrence pour l'obtention de ressources (ainsi, les ministères de la Santé peuvent être réticents à partager des ressources budgétaires avec des institutions extérieures à leur « secteur », ou à consacrer des dépenses à des interventions jugées en dehors du champ d'attributions du secteur).

Certains efforts ont été déployés dans les pays des études de cas pour rompre cet isolement, tels que la participation des agents de l'eau et l'assainissement à des processus de planification et de budgétisation sanitaires au Népal, et des efforts semblables au Malawi – mais ces efforts restent, dans une large mesure, ponctuels et ils n'ont pas été réellement institutionnalisés. En Ouganda, une ligne budgétaire distincte pour l'assainissement a été créée afin de s'attaquer au manque de fonds dont souffre l'assainissement et pour permettre un suivi des dépenses qui y sont consacrées ; toutefois, au moment d'écrire ce rapport, cette ligne budgétaire n'avait pas encore été dotée en moyens financiers et aucun accord n'avait été conclu entre les trois ministères compétents (ministère de l'Eau et l'Environnement (MdEE), ministère de la Santé (MdS) et ministère de l'Éducation et des Sports (MdES)) sur la façon dont ces fonds seront gérés. Si l'on observe une augmentation du nombre de programmes nécessitant les contributions de plusieurs secteurs différents (p. ex. nutrition, santé de la mère et de l'enfant), on n'a trouvé aucun exemple de notification conjointe par les ministères de l'Eau et de la Santé des résultats sanitaires liés à l'assainissement.

Des exemples de mécanismes de politiques générales et de coordination intersectorielles sur l'assainissement ont été identifiés dans tous les pays étudiés au niveau national

et du district. Ils peuvent prendre la forme d'une approche sectorielle dirigée par le ministère de l'Eau ou de la Santé ou encore celle de groupes de travail constitués pour s'attaquer à des questions spécifiques, telles que l'assainissement. Toutefois, à l'exception du Malawi, la participation du secteur de la santé aux mécanismes intersectoriels dirigés par le secteur des infrastructures de l'eau et l'assainissement tend à être sporadique ou impulsée par une crise (par exemple, en cas de flambée épidémique). En outre, la participation intervient habituellement au niveau du personnel subalterne et n'égale pas le niveau d'autorité des participants issus des institutions de l'eau et l'assainissement. Au niveau du district, des structures de coordination peuvent souffrir d'un manque de financement, d'un manque de moyens humains et de capacités insuffisantes, d'une faible autonomie dans la prise de décisions et de liens médiocres avec les institutions nationales et les mécanismes intersectoriels.

En Ouganda, au niveau national, le Groupe de travail sur l'assainissement national (NSWG) a pour mandat l'opérationnalisation du Mémoire d'accord sur l'assainissement signé par le MdS, le MdEE et le MdES, en intégrant la promotion de l'assainissement et de l'hygiène dans les opérations du secteur et en améliorant la coordination intersectorielle. Le NSWG est présidé par le WSP de la Banque mondiale et se compose de ministères publics (Directorat du développement de l'eau du MdEE, Division de la santé environnementale du MdS, MdES), de partenaires de développement (UNICEF, GIZ (Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit)) et d'ONG (WaterAid en Ouganda, Plan International, UWASNET, AMREF, Netwas et Water for People). Au niveau du district, la coordination est entreprise par le biais des Comités de coordination de l'eau et de l'assainissement du district (DWSCC), qui regroupent des responsables administratifs et politiques, des agents techniques et des représentants d'ONG et d'organisations communautaires pour superviser la mise en œuvre des programmes d'alimentation en eau et d'assainissement et renforcer la collaboration et la coordination

avec d'autres secteurs et acteurs du district. Les DWSCC ont un potentiel non négligeable en termes de collaboration au niveau local mais leur efficacité peut être entravée par l'augmentation massive du nombre de districts dans le pays, laquelle n'est pas encore assortie de capacités suffisantes dans les collectivités locales. La stratégie décennale de financement pour la promotion d'un assainissement amélioré et de l'hygiène (AAH) en Ouganda, qui définit les piliers de l'hygiène et de l'assainissement amélioré (engendrer la demande, fournir un service d'assainissement et développer un cadre porteur pour soutenir et faciliter une mise à l'échelle accélérée), n'a pas encore reçu l'aval officiel du gouvernement et son financement reste fragmenté, ce qui se traduit par une mise en œuvre timide et mal coordonnée.

Au sein du secteur de la santé, la division pour l'éducation et la promotion de la santé (EPS) au sein du MdS dirige la mise en œuvre des programmes EPS et travaille avec d'autres agences pour passer en revue les normes et réglementations pertinentes. Au niveau du district, le directeur des services aux ménages du district coordonne la planification, la gestion et le suivi de l'information, les activités d'éducation et de communication et il travaille avec toutes les agences, y compris le bureau d'information du district. Au niveau des centres de soins, les activités EPS sont entreprises par les professionnels de la santé et les équipes sanitaires du village qui sont disponibles, en fonction des besoins et des problèmes de santé en présence. Toutefois, la coordination et la collaboration entre l'EPS, les DWSCC et le NSWG dans la réponse aux problèmes de santé liés à l'assainissement restent actuellement limitées.

Le Népal n'a pas de loi sur la santé publique pour attribuer des missions de santé environnementale et d'assainissement à des acteurs spécifiques. Il est estimé que cela constitue un obstacle important pour inciter le personnel de santé des districts à intégrer leurs activités avec celles d'autres parties prenantes de la santé environnementale, problème qui est exacerbé par le manque

de clarté concernant les responsabilités respectives des agents de santé publique du district et du Responsable de la santé publique. Les parties prenantes de la santé et de l'assainissement qui ont été interrogées ont indiqué un manque d'interaction entre les secteurs et programmes et une approche sectorielle étroite appliquée par les professionnels des deux secteurs et au sein même des secteurs, avec des approches verticales (voir l'Encadré 4 au verso) qui ne laissent guère de marge de manœuvre pour une interaction entre les sous-programmes, et encore moins avec d'autres secteurs. Un professionnel interrogé a remarqué que, sans consignes officielles pour garantir la collaboration, cela tend à être l'exception plutôt que la règle. Le récent Programme d'appui au secteur de la santé du Népal (NHSSP-II) offre peut-être une opportunité pour élaborer une loi sur la santé publique et/ou une stratégie WASH ayant des liens officiels et robustes avec les institutions de santé.

Au Malawi, suite à l'élaboration de la Politique nationale d'assainissement (PNA) en 2008, le ministère de l'Irrigation et du Développement hydrique (MdiDH) a créé un département de l'hygiène et l'assainissement en 2009 chargé de diriger les initiatives nationales d'assainissement. Au niveau local, les assemblées de district sont ensuite chargées de veiller à ce que la politique soit reflétée dans les stratégies de mise en œuvre par le biais des Programmes d'amélioration et de stratégie de développement. Il est fort probable que, si le département de l'eau dirige le secteur de l'eau et peut-être aussi une partie de la mise en œuvre subventionnée des activités d'assainissement, la promotion et le suivi de l'assainissement seront, quant à eux, dirigés par le département de la santé. Bien que la PNA ait été adoptée par le gouvernement en 2008, son lancement officiel a été retardé plusieurs fois et ne devrait pas avoir lieu avant 2011. La PNA sera soutenue par les partenaires de développement dans le cadre d'une approche sectorielle de l'assainissement, qui rassemblera des institutions gouvernementales et d'autres parties prenantes pertinentes. L'approche

Encadré 4 – Eau, assainissement et hygiène dans le deuxième Programme d'appui au secteur de la santé du Népal (NHSSP-II)

Des efforts sont déployés pour veiller à ce que les questions WASH soient fermement intégrées dans le NHSSP- II :

- Le ministère de la Santé et de la Population (MdSP) a désigné un point focal pour assurer la liaison avec le secteur WASH.
- En 2010, la Journée mondiale du lavage des mains a été célébrée à l'échelle nationale, ce qui a rassemblé le MdSP et les ministères du Plan et des Travaux publics, de l'Éducation, du Développement local, WaterAid et l'UNICEF.
- Le MdSP a créé un Groupe thématique de surveillance de la qualité de l'eau pour travailler sur l'évaluation des capacités et élaborer des Directives de surveillance de la qualité de l'eau au Népal.
- Un Comité technique de santé environnementale et d'hygiène a été créé sous les ordres du MdSP/du Centre national de communication, d'information et d'éducation sanitaires, pour travailler sur des questions sanitaires liées au secteur WASH et fournir des contributions techniques sur des questions de santé environnementale plus larges, y compris WASH.
- La Division sur la revitalisation des soins de santé primaires (une division nouvellement formée du MdSP/Département des services de santé) comporte une section de santé environnementale qui est aussi responsable des questions WASH dans les zones urbaines.
- Le secteur WASH a été abordé lors de l'Examen commun du secteur de la santé en février 2011. L'aide-mémoire élaboré à l'issue de ce débat comprenait aussi des aspects WASH.

sectorielle devrait améliorer la coordination et la participation à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, de la planification et des investissements sectoriels. La supervision sera assurée par l'Unité de coordination nationale de l'assainissement et l'hygiène, sous la présidence du directeur des services de santé préventive (SSP) du MdS, le directeur du MdIDH faisant office de secrétaire exécutif.

Des gouvernements successifs au Sri Lanka ont privilégié les investissements dans le secteur de la santé et de l'éducation, ce qui a engendré des améliorations sensibles de la santé publique. L'assainissement a été intégré dans les politiques de santé du gouvernement central depuis le XIX^e siècle et les rôles et responsabilités institutionnels ont été clairement articulés à travers l'histoire grâce à la législation dès 1865. Un système sanitaire intégré qui englobe des fonctions curatives et préventives est en place depuis 1925, y compris un système d'Unité sanitaire ayant pour mission : les enquêtes sanitaires générales ; la collecte et l'étude des statistiques vitales ; l'éducation

sanitaire ; l'exploration et le contrôle des maladies infectieuses ; la santé maternelle et infantile ; le travail de santé scolaire ; et l'assainissement rural et urbain. Le Plan directeur sanitaire du Sri Lanka pour la période 2007-2016⁵³ met l'accent sur l'action intersectorielle, en soulignant qu'il s'agit « d'un processus majeur dans l'élaboration des programmes de soins de santé » et que « les contributions faites par d'autres secteurs, tels que d'autres ministères publics associés [sic], le secteur privé, des organisations non gouvernementales, des agences internationales et onusiennes et des organisations communautaires ne peuvent pas être sous-estimées ». Comme le montre le Tableau 3, le Plan dresse aussi la liste des organismes compétents pour chaque programme qui aborde les cibles d'assainissement. Le Plan constate aussi que le MdS travaille à l'élaboration de mécanismes formels de coordination intersectorielle, avec pour objectif de rassembler les acteurs de différents niveaux dans un effort concerté pour améliorer la santé.

Tableau 3 : Politiques générales et coordination intersectorielles

Organisme de coordination de l'assainissement au niveau national	Politique/plan national d'assainissement	Parties prenantes	Notes complémentaires
Népal			
Comité directeur pour l'action nationale en faveur de l'assainissement	Projet de Plan directeur national sur l'hygiène et l'assainissement 2010 (en attente d'approbation finale)	Ministère du Plan et des Travaux publics MdPTP, DWSS, MdSP, MdES, MdDL, bailleurs et ONG (40 membres)	La représentation sanitaire ne comprend généralement pas de dirigeants ministériels, sauf en cas de crise
Malawi			
Unité nationale de coordination de l'assainissement et l'hygiène (UNCAH)	Politique nationale d'assainissement (PNA) 2008 (n'a pas encore été officiellement inaugurée par les pouvoirs publics)	Directeur du ministère de l'Irrigation et du développement hydrique (MdIDH) en guise de secrétaire exécutif	Le directeur des services de santé publique du ministère de la Santé présidera l'UNCAH. Le MdIDH s'est doté d'un département de l'assainissement et l'hygiène en 2009
Sri Lanka			
Groupe d'action national sur l'assainissement	Politique nationale d'assainissement 2006 Plan d'action national sur l'assainissement 2008	Gouvernement, agences de bailleurs de fonds et ONG internationales et locales	
Ouganda			
Groupe de travail national sur l'assainissement	Il n'existe aucune politique officielle d'assainissement ; Il existe une stratégie AAH mais elle n'est pas encore opérationnalisée	Pouvoirs publics (MdEE, MdS, MdES, ministère des Finances, du Plan et du Développement économique, ministère des Collectivités locales, ministère du Genre, du Travail et du Développement social), agences de bailleurs de fonds, compagnie nationale d'eau et d'assainissement (CNEA) et ONG internationales et locales	La participation du gouvernement à ce groupe revêt un caractère purement technique

Résultats :

- Le manque de collaboration intersectorielle efficace est un facteur majeur dans la lenteur des progrès de l'assainissement.
- Les ministères de la Santé et les autorités sanitaires jouent souvent un rôle minimal dans la définition et la programmation des politiques d'assainissement, qu'elles soient dirigées au sein de la division de santé environnementale du ministère de la Santé ou qu'elles rentrent dans son giron.
- L'amélioration de l'accès et le changement des comportements exigent une coordination entre de multiples agences. La plupart des pays ont une forme ou une autre d'organe de coordination avec un mandat qui couvre l'assainissement, mais les responsabilités, les circuits de reddition de comptes et les modalités financières tendent à être mal définis.
- Les approches sectorielles ont le potentiel d'améliorer la coordination du financement de l'assainissement mais elles peuvent aussi renforcer le travail en vase clos et présenter des obstacles à la collaboration intersectorielle.
- La coordination au niveau du district revêt une importance cruciale pour la mise en œuvre d'un programme efficace, mais les structures de district manquent souvent d'autonomie pour réagir de façon suffisamment souple aux problèmes de santé liés à l'assainissement et elles tendent à souffrir d'un manque de moyens humains et financiers.

4.1.c Déficit fonctionnel 3 : Exécution de programmes d'assainissement modulables

Les antécédents solides du secteur de la santé en termes de création d'une demande de services et d'un changement de comportement ont été évoqués plus haut ; ce savoir-faire donne aux professionnels de la santé un rôle pivot pour faire en sorte que des pratiques d'assainissement sûr soient incluses dans le « menu » des comportements de santé souhaités. Plusieurs domaines d'opportunités clés comprennent les programmes intégrés ou ciblés sur une maladie précise, les clubs de santé communautaire et les initiatives d'assainissement en milieu scolaire.

Au Népal, les programmes ciblés sur une maladie précise sont jugés être fortement influencés par les priorités des bailleurs et ne pas tenir nécessairement compte des priorités sanitaires nationales, ce qui engendre, entre autres, une concurrence malsaine entre les différents programmes, une fragmentation,

une piètre coordination et un mauvais partage des ressources (de sorte que l'on ne parvient pas à maximiser l'efficacité et que l'on exacerbe les obstacles à la collaboration intersectorielle), ainsi qu'une charge de travail accrue pour les administrateurs et les professionnels de la santé. Plusieurs répondants aux enquêtes de terrain ont suggéré que les priorités programmatiques devraient être pilotées par la charge de morbidité existante (en considérant les enfants comme une catégorie séparée) et non par les priorités des bailleurs de fonds. Cela, au même titre que l'absence d'une démarcation précise des responsabilités pour l'assainissement au sein du ministère de la Santé et de la Population, a des implications pour l'aptitude à intégrer de manière efficace l'assainissement dans la programmation sanitaire. Le Malawi a plusieurs programmes ciblés sur une maladie précise qu'il serait possible d'associer à l'assainissement, mais actuellement il n'existe guère d'interaction « horizontale » entre ces programmes.

Encadré 5 – Programmes ciblés sur une maladie spécifique et programmes intégrés

Beaucoup d'encre à couler ces dernières années concernant les avantages et les inconvénients des programmes verticaux vis-à-vis des programmes de santé intégrés. Les **approches verticales** ciblent une maladie ou un problème donné et sont considérées par certains comme étant plus viables en raison de l'impression qu'elles donnent de résultats immédiats et quantifiables. Les **approches horizontales** mettent davantage l'accent sur la durabilité à long terme par le biais d'une vue plus large de la santé⁵⁴. À la fin des années 1980 et au début des années 1990, beaucoup de pays appliquaient des approches de soins de santé primaires ou approches intégrées (telle l'approche de la Gestion intégrée des maladies infantiles, qui utilise un bouquet d'interventions majeures de santé infantile). Toutefois, du fait d'un manque de succès quantifiables, notamment, d'importantes organisations et agences internationales ont commencé à se concentrer sur des initiatives ciblées sur une maladie précise, écartant ainsi les programmes de gestion intégrée des maladies infantiles (p. ex. au Népal). À ce jour, des milliards de dollars ont été consacrés à ces « initiatives globales de santé », qui bénéficient souvent d'un vif soutien politique et de campagnes internationales ciblées sur une maladie. À mesure que les initiatives se développent et que les leçons apprises sont répercutées dans la conception d'approches globales de santé, le tableau devient plus complexe. Un examen documentaire récent⁵⁵ stipule qu'il y a « ...peu de cas où il existe une intégration totale d'une intervention sanitaire ou d'une intervention totalement non intégrée. Au lieu de cela, il existe un tableau très hétérogène en termes de nature et de degré d'intégration. Les systèmes sanitaires conjuguent des interventions intégrées et non intégrées, mais l'équilibre entre ces interventions varie considérablement ».

Les professionnels de la santé dans tous les programmes jouent un rôle important dans l'éducation des patients et encouragent les changements de comportement. L'intégration des concepts et pratiques d'assainissement, tels que l'importance de l'installation et l'entretien corrects de toilettes, dans les programmes existants de lutte contre une maladie précise et de soins de santé primaires, augmenterait sensiblement la portée actuelle des programmes. La promotion de la santé et la communication doit soutenir tous les programmes de santé publique et fournir une occasion de premier ordre pour des programmes de diffusion et de mise à l'échelle. L'assainissement sûr peut être intégré comme pratique fondamentale dans l'exécution de la plupart des programmes, sinon tous – qu'ils soient verticaux ou horizontaux. Ainsi, la promotion de l'assainissement et l'hygiène peut être intégrée dans les programmes de lutte contre le VIH/sida afin de réduire le risque d'infection chez les patients ayant des systèmes immunitaires fragilisés et de réduire l'impact néfaste possible des stratégies de prévention de la transmission de la mère à l'enfant⁵⁶.

Exemples d'intégration de programmes ciblés sur une maladie :

Si peu de cas d'intégration des recommandations pour un assainissement sûr dans les programmes ciblés sur une maladie ont été identifiés durant les interviews, quelques exemples très réussis ont été tirés de l'examen documentaire réalisé. Ainsi, des recherches en Ouganda montrent que la fourniture de latrines à des gens qui vivent avec le VIH/sida diminue le risque de diarrhée de 31 %⁵⁷. Le Sri Lanka fournit l'un des rares exemples où la réduction des maladies liées à un manque d'assainissement figure comme résultat mesurable d'un programme sanitaire. Son Plan directeur de la santé, comme le montre le Tableau 4 ci-dessous, fournit un exemple modèle en intégrant des objectifs d'assainissement dans plusieurs programmes ciblés sur une maladie, tels que les programmes de lutte contre le VIH/sida, l'hépatite, la diarrhée ou les maladies hydriques. En outre, les cibles du Plan comprennent des résultats mesurables, tels que la réduction de la maladie mesurée par les registres hospitaliers et la diminution de la mortalité.

Tableau 4 : Programmes liés à l'assainissement au sein du Plan directeur 2007-2016 pour la santé du Sri Lanka

Titre du programme de prestations de services sanitaires	Points focaux	Organismes pertinents
1.4 Programme de lutte contre une maladie		
1.4.2.b Lutte contre les maladies transmissibles : lutte contre les MST/le sida 1.4.2.d 4 Lutte contre les maladies transmissibles : lutte contre les maladies immunisables : lutte et prévention contre l'hépatite virale 1.4.2.f Lutte contre les maladies transmissibles : maladies hydriques et alimentaires : lutte/prévention et lutte contre les maladies diarrhéiques 1.4.2.g Lutte contre les maladies transmissibles : lutte contre les maladies hydriques - 2	Des interventions simples, comme l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement au niveau du ménage et la sensibilisation de l'opinion à ces questions – ce dont il s'agit, comment ça fonctionne et accès à l'information sur l'eau, l'hygiène et l'assainissement –, peuvent réduire la charge de morbidité et de misère, surtout chez les personnes mal desservies et les pauvres.	Ministère de la Santé, autorités sanitaires provinciales, Conseil national des approvisionnements en eau et de l'assainissement, collectivités locales, ministère des Installations et des Infrastructures
1.5 Programme pour les populations vulnérables		
1.5.7 Santé des populations dans les bidonvilles urbains	L'état de santé d'une population dépend des conditions de vie ainsi que des approvisionnements en eau et de l'assainissement. Nous devons avoir une approche multisectorielle en matière de stratégies de promotion et de prévention sanitaires ; elle devrait passer par des technologies appropriées pour la fourniture de services. Pour la plupart des activités, nous devons travailler avec le conseil de l'eau et le conseil municipal ou les conseils urbains. Nous devons aussi utiliser les systèmes et mécanismes existants pour mettre en œuvre les programmes.	Ministère de la Santé, autorités sanitaires provinciales, Conseil national des approvisionnements en eau et de l'assainissement, collectivités locales, ministère des Installations et des Infrastructures
1.5.8 Santé en milieu scolaire	Réalisation d'une enquête annuelle sur l'assainissement en milieu scolaire et transmission des données au ministère de l'Éducation et autres ministères et départements compétents. Disponibilité de l'assainissement et des approvisionnements en eau. Pourcentage des agents de santé qui fournissent des données au Chef médical/Service de la santé de la mère et de l'enfant.	Ministère de l'Éducation, Autorités provinciales de l'Éducation

Encadré 6 – Leçons de l'Éthiopie

Dans le nord de l'Éthiopie, le Bureau de santé de la région d'Amhara et le Carter Center travaillent ensemble pour fournir une éducation sanitaire à près de 3 500 communautés. Dans le cadre du programme de prévention des trachomes, des documents ont été préparés qui mettent l'accent sur l'amélioration de l'assainissement en encourageant la construction et l'utilisation de latrines privées et des modèles de latrines ont été construits dans les lieux de palabres, à partir de matériaux locaux. Depuis 2002, plus d'un million de latrines privées ont été construites avec un minimum de ressources pour former des leaders locaux et des vulgarisateurs sanitaires. En encourageant le soutien politique, une stratégie gouvernementale et l'éducation communautaire, l'accès aux latrines est passé de 6 % à un peu plus de 50 % des ménages en un an seulement. Des recherches ultérieures révèlent que la participation aux activités d'éducation sanitaire a joué un rôle déterminant dans l'appropriation des latrines. En outre, l'engagement politique des autorités locales et la mobilisation résolue des communautés ont été deux raisons fondamentales pour la hausse significative du taux de couverture en latrines⁵⁸. En faisant des latrines privées un objectif des autorités locales, les leaders ont été habilités à pénaliser les ménages qui refusaient d'installer des latrines, le cas échéant. Bien qu'on n'ait pas connaissance d'un recours à une sanction, la simple possibilité d'une pénalité a conféré un élément d'urgence et de légalité au programme. Des recherches ultérieures montrent que le taux élevé de latrines et d'utilisation des latrines existait encore plus de trois ans après, ce qui prouve l'impact positif de l'intégration de l'assainissement dans un programme ciblé sur une maladie⁵⁹.

En Ouganda, le MdEE a élaboré une stratégie pour servir de directives concernant la manière d'intégrer des approches inclusives des personnes qui vivent avec le VIH/sida dans la fourniture de services d'eau et d'assainissement. La stratégie ne propose pas d'activités autonomes mais elle s'appuie plutôt sur des activités liées au VIH/sida qu'elle intègre dans des programmes de travail sectoriels à moyen et long termes.

Programmes intégrés

Chaque pays examiné dans les études de cas emploie des bénévoles ou du personnel rémunéré pour se charger de la promotion de la santé et l'assainissement au niveau des ménages ; toutefois, à l'exception possible des agents de santé du Malawi et du Sri Lanka, un assainissement sûr n'est pas compris dans les approches de soins de santé primaires, qui tendent à se limiter à des interventions curatives. En outre, les pays allouent des ressources minimales aux visites de terrain, comme on peut le voir en Ouganda et au Sri Lanka. Au lieu de

se rendre dans les villages et auprès des ménages, les agents de santé travaillent essentiellement depuis des cliniques et des centres de soins communautaires. Actuellement, les programmes ciblés sur une maladie se concentrent avant tout sur des mesures curatives, alors que, bien souvent, les facteurs qui exacerbent la maladie, tels qu'un manque d'assainissement, ne sont pas abordés. Ainsi, la plupart des programmes de santé du Népal et de l'Ouganda n'englobent pas un assainissement sûr. Néanmoins, le 2^e Programme proposé d'appui au secteur de la santé du Népal (NHSSP-II) 2010-2015, couvre à la fois l'assainissement et la surveillance de la qualité de l'eau. Parmi les actions visées dans le NHSSP-II figurent : a) la promotion de l'hygiène et l'assainissement par le biais des infrastructures institutionnelles existantes ; b) la promotion de l'hygiène et l'assainissement en conjonction avec d'autres services sanitaires essentiels pour garantir leur intégration ; et c) en partenariat avec des agences associées, l'établissement d'un système de surveillance de la qualité de

l'eau et la promotion de l'utilisation d'une eau salubre. Dans le cadre du programme, le ministère de la Santé a ajouté plusieurs services à l'offre de Services de soins de santé essentiels (SSSE), y compris la promotion de l'hygiène et l'assainissement en partenariat avec d'autres agences.

Au Malawi, des auxiliaires de veille sanitaire, qui travaillent directement avec les communautés et servent de liaison avec les comités de santé du village, s'occupent de l'assainissement dans le cadre de l'offre SSSE, mais un manque de moyens humains constitue un frein majeur. À la différence des trois autres pays, le Sri Lanka promeut l'assainissement dans l'ensemble de ses programmes ciblés sur une maladie et de soins de santé primaires, ainsi qu'au travers des campagnes d'informations de l'opinion dirigées par le ministère de la Santé, comme évoqué plus haut. Un autre exemple d'intégration est fourni par l'Ouganda, où le MdEE a mis au point une stratégie pour fournir des consignes sur l'intégration des questions liées au VIH/sida dans les services d'eau et d'assainissement. La stratégie ne propose pas d'activités autonomes mais elle s'appuie plutôt sur des activités liées au VIH/sida qu'elle intègre dans des programmes de travail sectoriels à moyen et long termes.

Les clubs de santé communautaires

L'approche du « développement communautaire » met en valeur le renforcement des capacités démocratiques à traiter des facteurs moteurs de la santé, tels qu'un assainissement sûr. En Ouganda, des équipes de santé villageoise (ESV), constituées de membres bénévoles, ont été utilisées depuis 2003 pour améliorer l'état de santé des membres du village par la facilitation des processus de mobilisation et de participation communautaires à l'exécution, la gestion et l'amélioration des pratiques de santé au niveau des ménages. Au sein de l'offre minimale de soins de santé, les ESV dispensent des services touchant une large gamme de soins de santé primaires, y compris la lutte contre la diarrhée et les pratiques domestiques pour un assainissement sûr. Les ESV ne sont pas officiellement rémunérées mais les leaders locaux et les ONG les soutiennent par le biais d'opportunités de formation, la fourniture de vélos et une forme quelconque d'indemnisation. Certes, les ESV n'ont pas été introduites partout (elles sont présentes dans environ 77,5 %⁶² des districts mais les personnes interrogées signalent que seul un tiers des districts ont formé des ESV dans tous les villages), mais l'expérience montre que là où elles sont opérationnelles, on constate une amélioration des pratiques d'assainissement.

Encadré 7 – Leçons du Pakistan

Le programme des travailleuses de la santé du Pakistan (TdS), établi au début des années 1990, donne un exemple de programmation intégrée identifié dans la littérature. Aujourd'hui, plus de 100 000 TdS constituent l'épine dorsale de l'approche de soins de santé primaires du pays. Dans au moins deux évaluations ultérieures du programme, on a constaté que l'incidence de la diarrhée était réduite par rapport aux populations n'ayant pas reçu la visite d'une TdS⁶⁰. Le programme TdS a été en mesure d'aller à contre-courant de la tendance internationale en fournissant un service ayant un impact concret sur la santé, à travers la réduction de la diarrhée infantile. Toutefois, un examen de la couverture de l'assainissement au Pakistan montre que seulement 45 % de la population dispose actuellement d'un assainissement amélioré⁶¹, ce qui met en évidence la complexité du lien entre la couverture accrue de l'assainissement et la réduction de la diarrhée (c.à.d. l'existence d'une latrine n'implique pas nécessairement qu'elle est utilisée ou maintenue en bon état de propreté d'une façon qui garantisse l'absence de contact humain avec les excréments).

Encadré 8 – Approches communautaires de promotion de la santé – exemples d’Afrique

Les avantages des approches communautaires ont été étudiés dans plusieurs pays d’Afrique. Sur la base des informations recueillies depuis plus de 15 ans de création et de suivi de projets pilotes dans plusieurs pays d’Afrique, Juliet Waterkeyn⁶³ a montré que l’approche par clubs de santé communautaires (CSC) est un modèle rentable qui crée une demande robuste d’assainissement et promeut une culture de comportement sain. Waterkeyn et ses collègues ont utilisé la promotion de l’hygiène (en coordination avec des agences de santé) pour augmenter la demande d’assainissement. Les données du Zimbabwe, de l’Ouganda et de l’Afrique du Sud ont montré des niveaux élevés de réponse communautaire par le biais des CSC. Les agents de santé ont assuré des sessions hebdomadaires de promotion de l’hygiène à faible coût pendant six mois, ce qui a engendré une hausse de 43 % de la couverture en latrines, contre un taux de 2 % dans la zone témoin. Confrontés à un manque d’options pour la construction de latrines et à des contraintes financières pour l’achat de matériel, les 57 % restants ont eu recours à l’enfouissement des excréments, une méthode jusqu’alors inconnue des membres de la communauté qui, bien qu’elle ne soit pas idéale, signifie une prise de conscience du besoin de supprimer la présence d’excréments dans l’environnement immédiat. En zones rurales, le concept de « zéro défécation en plein air » a été soutenu avec enthousiasme par les CSC.

Malgré le succès des CSC, Waterkeyn note que la participation du secteur de la santé aux CSC en Ouganda entre 2003 et 2005 a été minimale en raison d’un manque de personnel et de transport. Au niveau du district, les agents de santé ont assisté à des ateliers puis ont renié leur engagement de diriger une formation communautaire s’il ne leur était pas accordé d’indemnités journalières. Toutefois, au niveau national, le département de santé environnementale a récemment amorcé des efforts en vue de s’attaquer au manque d’assainissement en développant une trousse à outils standard pour une formation PHAST (*participatory hygiene and sanitation transformation*) avec une équipe qui dirige les sessions de formation dans un district. Bien que l’intégration de la promotion de la santé et l’assainissement au travers des CSC en Ouganda ait été moins réussie, les résultats obtenus ailleurs méritent d’explorer cette option plus à fond.

Au Malawi, les promoteurs d’hygiène et d’assainissement sont chargés de fournir des informations, une éducation et des communications par le biais de théâtre et de chants. Les promoteurs rendent compte aux auxiliaires de veille sanitaire (AVS) et pourraient être intégrés dans le cadre des équipes AVS. Les promoteurs organisent des réunions d’avancement périodiques et promeuvent les pratiques WASH, y compris l’installation et l’entretien corrects de latrines. Depuis 1997, le Malawi a eu un programme pour le développement des nourrissons, qui a ensuite évolué en un programme de

gestion intégrée des maladies infantiles (GIMI) couvrant 11 des districts les plus pauvres du pays. Dans ce processus, les groupes communautaires se sont réunis pour analyser la santé, la nutrition et les problèmes de développement et pour décider des mesures à prendre pour y remédier. Les groupes ont traité de l’hygiène, l’assainissement, l’allaitement et l’alimentation d’appoint et ils ont établi des centres communautaires de soins infantiles gérés par des bénévoles de la communauté dotés de la formation nécessaire. En 2000, le programme avait touché 1 179 villages dans les 11 districts. En 2004, une évaluation a

révélé des changements significatifs dans les taux d'allaitement, l'âge d'introduction à une alimentation d'appoint, la mise au rebut des fèces et l'emploi de sel iodé. À l'inverse, il n'a été décelé aucune différence dans les pratiques de lavage des mains ou dans l'utilisation des services de soins anténataux.

Au Népal, environ 47 000 assistantes bénévoles de santé communautaires déployées par le secteur de la santé deviennent de plus en plus indispensables pour les améliorations sanitaires. Cette approche peut être utilisée au niveau local pour fournir un appui au renforcement des capacités dans la promotion de l'assainissement, car les bénévoles sont

déjà impliquées dans la gestion des cas de diarrhée dans le cadre du programme GIMI. La coordination intersectorielle et une appréciation mutuelle entre le secteur de la santé et le secteur WASH revêtent une importance cruciale pour le succès de cette approche. Il existe aussi des synergies potentielles non négligeables avec des projets ONG qui utilisent des techniques d'Assainissement total piloté par la communauté (ATPC) pour tenter de faire prendre conscience aux communautés des risques que présente la défécation en plein air, encourager un changement de comportement et créer une demande pour un assainissement amélioré.

Résultats :

- Promouvoir l'adoption et l'utilisation de l'assainissement est un défi persistant et son absence est un obstacle aux progrès de la couverture de l'assainissement mais c'est rarement un élément explicite de la conception d'un programme de santé.
- Les pratiques et programmes des agents de santé locaux et de district sont en principe ciblés sur une maladie et tiennent rarement compte de l'assainissement ou l'intègrent rarement comme une stratégie pour réduire la charge de morbidité (diarrhée et autres).
- L'assainissement est rarement couvert dans les programmes et services de soins de santé primaires ou intégré de façon probante dans des programmes verticaux (p. ex. de lutte contre le VIH/sida) ou horizontaux (p. ex. GIMI), mais il y a des exemples où cette intégration a réussi (p. ex. le Plan directeur pour la santé au Sri Lanka).
- La mise en œuvre locale des politiques et programmes d'assainissement est bien synchronisée avec les objectifs de santé publique et elle offre un bon potentiel pour une amélioration des résultats sanitaires. Divers signes suggèrent une relation positive entre la promotion de la santé au niveau des communautés et des ménages et le taux de possession et d'utilisation de latrines.

4.1.d Déficit fonctionnel 4 : Collecte et utilisation des données

La collecte des données revêt la plus haute importance pour que les agents de santé, les planificateurs et les décideurs puissent suivre les tendances et surveiller l'efficacité des programmes de santé. La qualité de la notification dépend de la qualité des systèmes nationaux d'informations sanitaires, lesquels sont souvent médiocres dans bon nombre de pays en développement⁶⁴. Ainsi, les taux de mortalité due à la diarrhée peuvent être sous-notifiés si c'est la cause sous-jacente plutôt que la cause immédiate du décès (c.-à-d. que la cause immédiate du décès peut être le sida ou le paludisme)⁶⁵. En outre, tous les cas de diarrhée ne sont pas traités dans des centres de soins, ce qui fait que tous les décès dus à diarrhée ne se produisent pas dans ces centres – une autre raison potentielle de sous-notification de la mortalité et de la morbidité diarrhéiques. Le rôle du secteur de la santé à cet égard comprend la participation à des mécanismes de collecte des données et de partage de l'information pour conférer à la programmation sanitaire une orientation « préventive » et non plus « réactive ».

Dans quelle mesure cela se produit dans les pays de l'étude varie sensiblement. Le Népal dispose d'un système robuste de gestion de l'information sanitaire (SGIS) qui produit tout un éventail d'informations détaillées pour la prestation de services, complétées par des enquêtes auprès des centres et des ménages qui donnent des données plus délicates à collecter dans le cadre d'une notification de routine. Les enquêtes font la lumière sur les inégalités dans l'utilisation des services de santé et recueillent des avis sur la qualité des services offerts. Les données concernant les ménages et la fourniture de services sont utilisées pour valider les données des SGIS.

En Ouganda, Le Plan stratégique du secteur de la santé (PSSS II) indique le besoin d'une amélioration de l'usage qui est fait du SGIS, afin de faciliter la collecte de données précises et fiables de manière opportune. On espère que ces données amélioreront les processus de planification à tous les niveaux. L'amélioration de la sensibilité du système à des informations spécifiquement liées au genre ou à une maladie permettra une meilleure compréhension des inégalités de santé et les changements nécessaires dans la gestion et la planification des centres et des services de santé. Un comité multisectoriel de réponse et de préparation aux épidémies a été créé dans tous les districts et s'est avéré utile pour la gestion des épidémies. Certains défis subsistent, tels que la pénurie de personnel doté des compétences requises pour gérer efficacement les épidémies, les manques de ressources, et la non-priorisation de ce type d'activités au niveau du district.

Le Malawi dispose d'un SGIS, géré par le département de la planification du MdS, qui fait office de source première des données pour le système de suivi et d'évaluation du secteur de la santé. Un système équivalent est utilisé dans le secteur de l'éducation (SGIE). Le Bureau national des statistiques (BNS) fournit aussi des données pour de nombreux indicateurs clés par le biais de rapports agrégeant les résultats des enquêtes nationales, telles que l'Enquête démographique et sanitaire et l'Enquête par grappes à indicateurs multiples. Dans le cas de l'eau et l'assainissement, l'approche sectorielle plaide pour un Système de gestion de l'information sur l'eau et l'assainissement (SGIEA) qui fournirait une analyse et une planification efficaces par le biais d'un accès à des informations valides et opportunes et elle stipule le besoin de coordonner

des ensembles de données multiples et les systèmes déjà en place ; mais, dans la pratique, il n'y a eu qu'une interaction limitée entre le développement continu des SGIS, SGIE et SGIEA.

Les agents de santé au Népal, en Ouganda et au Malawi utilisent rarement leur SGIS pour suivre l'évolution des maladies liées à l'assainissement et pour ajuster en conséquence les interventions d'assainissement. Au lieu de cela, les SGIS sont surtout utilisés en temps de crise. Parmi les exemples d'événements qui auraient pu être atténués par une veille plus efficace, on peut citer les épidémies de choléra dans la région de Jajarkot au Népal et le long des rives du lac Malawi, ainsi qu'une épidémie d'hépatite E dans le nord de l'Ouganda. Si les données sont souvent notifiées sur une base

régulière, elles ne sont pas systématiquement analysées, de sorte que des opportunités sont perdues pour réduire la fréquence et/ou la gravité des épidémies.

Par comparaison, le Sri Lanka entreprend une collecte de données continue en employant des épidémiologistes régionaux pour dépister les cycles de maladies, y compris celles liées au secteur WASH. Parce que l'une de leurs responsabilités premières est le suivi du district, ces épidémiologistes ont l'autorité et les ressources pour assurer un suivi en cas de besoin. Leurs responsabilités sont aussi directement liées au suivi pour la réduction des maladies WASH. C'est un rare exemple de programme de santé qui comprend des cibles précises de résultats sur la réduction des maladies liées à un manque d'assainissement.

Résultats :

- Les données et les analyses ne sont pas systématiquement partagées entre les secteurs, notamment au niveau des districts, ce qui se traduit par des opportunités manquées pour identifier et cibler des populations vulnérables (p. ex. dans les quartiers à faible revenu, les établissements urbains non planifiés, ou les quartiers exposés aux épidémies).
- Il existe des faiblesses significatives dans les systèmes de gestion de l'information de chaque secteur respectif (y compris un manque d'informations liées à l'assainissement dans les SGIS, ainsi qu'un manque d'informations sur la santé dans les SIG WASH).
- À l'exception du Sri Lanka, les données existantes sur les infections et les maladies liées à l'assainissement sont souvent mal intégrées dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes d'assainissement.
- Des informations critiques pour le dépistage des allocations et des dépenses budgétaires en matière d'assainissement aux niveaux national, du district et local font souvent défaut. De surcroît, les informations sur l'efficacité de l'impact/des coûts des interventions d'assainissement sont souvent insuffisantes pour une gestion de programme efficace et basée sur les résultats et pour une allocation performante des ressources.

5. Pour que le secteur de la santé s'attaque aux déficits fonctionnels : stimulateurs et freins

Plusieurs stimulateurs et freins susceptibles de contribuer ou au contraire d'entraver la mise en œuvre des fonctions du secteur de la santé décrites ci-dessus ont été identifiés durant ces recherches. Parmi eux figurent des aspects touchant au leadership, au financement, aux ressources humaines et à la participation communautaire.

5.1.a Leadership

Le soutien du leadership dans le secteur de la santé est crucial pour une mise en œuvre des changements de politiques et de programmes qui s'inscrive dans la durée. Les dirigeants du secteur de la santé doivent d'abord prendre acte du fait que l'assainissement est pertinent pour la réalisation des objectifs du secteur et pour améliorer les résultats sanitaires mais aussi qu'il représente une économie potentielle pour les ressources du secteur.

Dans les pays étudiés, on a identifié peu d'exemples solides d'un leadership dans le secteur de la santé qui soutienne et stimule activement un assainissement sûr. Le Président du Sri Lanka a déclaré qu'il s'attachait personnellement à faire en sorte que la couverture de l'assainissement continue d'augmenter, en y consacrant toutes les ressources possibles, qu'elles soient publiques ou autres. En revanche, la situation politique actuelle au Népal a gelé les progrès des programmes et politiques d'assainissement. Les dirigeants de la santé au Malawi et en Ouganda sont dépassés par des contraintes institutionnelles et les défis que soulève la mise en œuvre de nombreuses initiatives de santé mondiale et, si un Mémoire d'accord a bien été signé en Ouganda entre les trois ministres en charge de l'assainissement, les progrès sont bridés par un manque de politique claire, de ressources financières et de capacités au niveau des districts.

Un exemple positif de progrès de l'assainissement impulsé par le leadership est donné par le ministère de la Santé publique et de l'Assainissement du Kenya, qui dirige l'élan en vue de réduire les inégalités sanitaires dans le pays causées par une pléthore de problèmes, y compris un manque d'assainissement⁶⁶. En mars 2010, la ministre a publié les *Directives politiques sur le contrôle et la gestion des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans*, dans lesquelles la fourniture d'assainissement figure comme une intervention préventive rentable à intégrer dans les mesures de lutte contre la diarrhée⁶⁷.

La participation du Népal à la Conférence sud-asiatique biennale sur l'assainissement (SACOSAN) donne un coup de fouet à la réalisation de l'objectif national du Népal d'atteindre un assainissement universel d'ici à 2017. De fait, la délégation népalaise aux conférences SACOSAN précédentes comprenait des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et le Népal accueillera SACOSAN V, qui devrait avoir lieu en 2012.

5.1.b Participation communautaire

La participation communautaire et la mobilisation sont critiques pour la pérennité d'un programme. Lorsque la conception d'un programme bénéficie d'une contribution locale, il a plus de chance d'atteindre des résultats durables. Il y a longtemps que

le Sri Lanka a embrassé la participation communautaire dans les projets locaux d'eau et d'assainissement⁶⁸ ; un exemple récent concerne le projet de relèvement après le tsunami dans le district de Galle. Les villageois apprennent les bonnes pratiques WASH auprès d'agents de santé locaux tout en surveillant la construction d'infrastructures et d'installations sanitaires. Le programme de promotion de latrines dans la région d'Amhara en Éthiopie mentionné plus haut est un autre exemple pertinent.

5.1.c Ressources humaines

Une main-d'œuvre bien organisée, qualifiée, soutenue et supervisée correctement s'impose pour maximiser des performances sanitaires durables⁶⁹. Le problème des incitations revêt aussi une importance vitale, non seulement pour la motivation de la main-d'œuvre en général mais aussi, crucialement, pour une meilleure intégration des programmes de santé, comme évoqué dans l'Encadré 9

ci-dessous. Les pays en développement sont particulièrement exposés aux pénuries d'agents de santé, car nombre d'entre eux partent pour tenter d'obtenir des emplois mieux rémunérés dans les pays plus riches et le personnel expérimenté et qualifié, s'il reste au pays, tend à se concentrer dans les centres urbains ou les régions affluentes, ce qui crée des iniquités entre les régions et exacerbe les problèmes de décentralisation. Des difficultés liées aux ressources humaines ont été identifiées dans chacun des pays étudiés. L'Ouganda et le Malawi connaissent des pénuries aiguës d'agents de santé – pouvant atteindre 50 % dans certains districts. Outre ces manques, la formation et l'éducation font aussi défaut. Un bilan récent des besoins d'information des agents de santé dans les pays en développement souligne la question du « manque d'information », qui laisse les agents sans accès à l'information dont ils ont besoin pour s'acquitter correctement de leur tâche⁷⁰.

Encadré 9 : Le rôle des incitations

Les professionnels de la santé peuvent influencer l'usage de pratiques d'assainissement saines dans le cadre de leurs responsabilités de tous les jours. Les décideurs au niveau ministériel et autre peuvent légiférer ou imposer que l'assainissement figure parmi les priorités des programmes de travail des services de santé. Les agents de santé et les promoteurs de la santé peuvent guider les patients et le public en matière de pratiques d'assainissement saines et leurs avantages. Les spécialistes de l'information peuvent travailler pour pister les tendances sanitaires influencées par l'assainissement de façon à ce que les décideurs et les éducateurs puissent réagir en conséquence. Mais toutes ces actions exigent des incitations appropriées. Les performances des professionnels de la santé comme les médecins, les infirmiers et les administrateurs sont rarement évaluées par rapport à la prestation d'activités de promotion sanitaire. Même lorsque de telles activités sont incluses dans l'évaluation des performances, l'accent est mis sur des contributions tangibles plutôt que sur des résultats tels que la réduction des infections dues à un manque d'assainissement. Si l'on veut que des centres de soins surchargés et manquant de personnel se chargent de cette tâche, cette mission doit s'accompagner des moyens humains, techniques et financiers suffisants et être comprise dans l'évaluation des performances. Dans le même temps, les aspects touchant à la santé environnementale, tels que l'assainissement et l'hygiène, doivent figurer dans le programme de formation des médecins et des infirmiers si l'on veut que les professionnels de la santé leur donnent la priorité au lieu de les percevoir comme relevant de la responsabilité des bénévoles ou des promoteurs. Une telle approche tient compte de la forte influence que les professionnels de la santé, notamment les médecins, exercent sur les perceptions du public de ce qui constitue un « comportement sain ».

5.1.d Financement

La taille, la prévisibilité et la ponctualité des moyens financiers est un élément critique pour des programmes de santé et d'assainissement qui soient efficaces et fonctionnent bien. Alors que la concurrence pour des ressources financières limitées peut inhiber la coopération tant que chaque institution garde jalousement son budget limité, si elle est abordée correctement, elle peut encourager les professionnels de la santé à rechercher des solutions originales pour une utilisation plus efficace des ressources. Les partenariats intersectoriels peuvent atteindre des objectifs multiples avec des fonds limités. La conduite d'actions de proximité sans explorer les partenariats potentiels de financement peut se traduire par des occasions manquées de toucher un public plus large avec la même somme.

Outre les défis mentionnés plus haut concernant les données sanitaires, la collecte des données financières, y compris les allocations et les dépenses budgétaires liées à l'assainissement, s'impose. Dans les pays étudiés, il n'existe pas de mécanismes coordonnés pour suivre les allocations et dépenses budgétaires aux niveaux national, de district et local. En outre, il est quasiment impossible d'obtenir le total des dépenses nationales ayant trait à l'assainissement en raison de la pléthore de sources de financement publiques et non gouvernementales qui sont en jeu.

6. Recommandations aux parties prenantes du secteur de la santé

Les infrastructures sanitaires sont nécessaires mais elles ne suffisent pas à une meilleure santé. Le fait que les parties prenantes du secteur de la santé ne parviennent pas à travailler main dans la main avec leurs homologues du secteur WASH pour s'attaquer aux principaux déficits fonctionnels entrave les progrès de l'assainissement et les résultats sanitaires associés. Diverses mesures peuvent être prises par les acteurs du secteur de la santé aux niveaux international, national et local qui pourraient accélérer les progrès de l'assainissement et déclencher des gains de santé, tout particulièrement par la réduction de l'impact des causes principales de la mortalité infantile, telles que la diarrhée et la sous-alimentation.

Pour ce faire, il faut que l'assainissement soit reconnu comme partie intégrante d'un système sanitaire qui fonctionne bien, défini comme « toutes les organisations, institutions, ressources et personnes dont l'objectif premier est d'améliorer la santé ». Nous recommandons aux acteurs de la santé d'aspirer à déployer les mesures suivantes à trois niveaux – international, national et au niveau de l'exécution des programmes.

6.1. Politiques de santé internationales et politiques des bailleurs de fonds

Au niveau international, les priorités de financement et de programme ne reflètent pas les plus fortes causes de morbidité ou le taux de couverture d'assainissement le plus bas. Les institutions sanitaires mondiales, les bailleurs de fonds et les universitaires peuvent encourager les systèmes sanitaires à cibler les plus grandes causes de maladie. Si ces causes, comme c'est le cas de l'assainissement, résident en dehors du ressort traditionnel du secteur de la santé,

les partenaires de développement peuvent contribuer à faciliter une collaboration intersectorielle. En outre, les partenaires de développement devraient se concerter pour maximiser une utilisation performante des ressources et accroître les résultats.

Recommandations aux institutions sanitaires mondiales, aux bailleurs de fonds, aux universitaires et autres agences de soutien extérieur :

- Les institutions sanitaires mondiales doivent défendre la récente désaffection des approches curatives ciblées sur une maladie en faveur des approches intégrées de promotion de la santé et de prévention des maladies, destinées à atteindre des résultats sanitaires et évaluées par rapport à ces performances.
- Les initiatives de politiques sanitaires mondiales doivent reconnaître l'importance de l'assainissement et donner un plus haut profil à son impact sur la charge mondiale de morbidité, la contribution potentielle

de l'assainissement à la réduction de cette morbidité et les avantages potentiels pour les résultats de santé publique.

- Les partenaires de développement doivent donner la priorité aux interventions de programme et à l'évaluation des impacts dans les pays ayant une faible couverture d'assainissement et une charge de morbidité élevée liée au manque d'assainissement.
- Les partenaires de développement doivent encourager les agences sanitaires et les professionnels à intégrer l'assainissement dans les politiques existantes et futures du secteur de la santé.
- Les partenaires de développement doivent promouvoir et soutenir l'élaboration nationale de plans et stratégies de santé afin de cibler la charge de morbidité liée à l'assainissement à un niveau proportionnel à l'impact.
- Les partenaires de développement doivent encourager les agences et les professionnels de la santé à intégrer l'utilisation d'un assainissement sûr dans les programmes de santé existants et futurs, qu'ils soient ciblés sur une maladie ou intégrés.
- Les partenaires de développement doivent soutenir un financement intersectoriel de la santé et l'assainissement, en reconnaissant toutefois que les cycles budgétaires ne coïncident pas avec le temps (souvent) plus long qu'il faut pour obtenir des résultats dans les programmes intersectoriels.
- Les programmes internationaux de recherches dans le domaine de la santé doivent investir dans des preuves plus convaincantes de l'impact de l'assainissement sur la santé et ses effets complémentaires sur les programmes de santé existants (p. ex. les économies d'échelle réalisées par l'intégration dans des programmes existants plutôt que nouveaux).

6.2. Politique de développement national et allocation des ressources

Au niveau national, de nombreux acteurs exercent une influence dans les performances du secteur de l'assainissement à court et long termes. Les allocations de ressources peuvent soutenir des gains immédiats mais bien souvent de courte durée. Toutefois, la plupart des actions du secteur de la santé en vue d'exploiter l'assainissement nécessiteront une participation sur la durée des autres secteurs. Des résultats à long terme exigent un engagement soutenu de la part de toutes les parties prenantes. La coordination intersectorielle exige un appui du leadership, une définition claire des rôles et une responsabilisation mutuellement convenue face aux résultats. Des cadres d'orientation robustes fournissent un contexte pour un appui durable à l'assainissement.

Recommandations aux chefs d'État et aux institutions de planification nationale :

- Développer et renforcer le cadre juridique et réglementaire de la santé publique afin d'établir des lignes claires de responsabilités en matière de résultats et performances d'assainissement et formaliser les rôles d'une collaboration intersectorielle, pour y inclure tous les ministères/institutions en charge de l'assainissement.
- Structurer les processus de planification pour développer des priorités de programme sur la base de la charge de morbidité, de l'efficacité et de la rentabilité, de la rapidité d'exécution et de la disponibilité des ressources. Veiller à ce que la charge de morbidité liée à l'assainissement soit ciblée en fonction du degré d'impact relatif.

- Encourager et soutenir la participation mutuelle entre les ministères et les processus de planification sectorielle (p. ex. que le secteur WASH assiste aux réunions du secteur de la santé, et vice versa). Établir et formaliser des lignes de communication aux niveaux national et du district entre le personnel de santé et d'assainissement (p. ex. inclure le personnel de la santé dans les comités de district WASH et vice versa). Veiller à la participation de cadres supérieurs.

6.3. Conception des politiques nationales de santé et des programmes d'assainissement

Recommandations aux ministres de la Santé :

- Élaborer une stratégie claire pour faire en sorte que l'assainissement soit effectivement traité au sein des politiques, réglementations, directives et procédures de santé pertinentes et veiller à ce que les programmes de santé existants aux niveaux national et infranational comprennent des indicateurs et des objectifs clairs pour mesurer les améliorations concernant les maladies liées au manque d'assainissement.
- Exploiter les relations entre les ministères (p. ex. Infrastructures, WASH, Éducation, Environnement, Autorités locales) pour soutenir une priorisation accrue de l'assainissement grâce à des campagnes nationales de haut niveau.
- Promouvoir les départements de santé environnementale à des échelons supérieurs de prise de décisions dans le secteur de la santé en incluant des directeurs de la santé environnementale dans l'encadrement supérieur.
- Inclure les maladies liées au manque d'assainissement dans les systèmes de veille sanitaire ; utiliser des données pour étayer la planification et soutenir l'évaluation des besoins ; utiliser des preuves de rentabilité pour orienter les allocations de ressources (moyens humains et financiers).
- Promouvoir l'intégration de l'assainissement et l'hygiène dans les programmes ciblés sur une maladie (p. ex. lutte contre le VIH/sida et les trachomes) et les programmes nationaux (p. ex. la santé infantile, la santé génésique et maternelle, la nutrition).
- Normaliser la promotion de l'assainissement dans les pratiques des professionnels de la santé en déterminant les facteurs démotivants et en fournissant des incitations à la promotion de l'assainissement dans
 - les formations des médecins, des infirmiers et des professionnels de la santé au niveau communautaire ;
 - les messages partagés lors des consultations avec les patients et dans les tracts éducatifs destinés aux patients ;
 - les mesures pour la sécurité des patients et le contrôle des infections.
- Promulguer, mettre en œuvre, suivre et faire appliquer des normes minimales d'assainissement et d'hygiène dans les services de santé.
- Inclure la couverture de l'assainissement (y compris la qualité des prestations) et le lavage des mains avec du savon dans les indicateurs de performance des systèmes d'information de gestion sanitaire.
- Utiliser les données épidémiologiques sur les maladies liées au manque d'assainissement pour cibler les populations et les quartiers vulnérables et déterminer les besoins de nouvelles recherches et de nouvelles preuves.
- Renforcer encore les programmes de promotion de la santé communautaire, y compris la promotion de l'assainissement et l'hygiène et établir un lien avec les programmes de prestations de services, aussi bien dans les zones rurales qu'urbaines.
- Promouvoir la transparence et améliorer les systèmes de comptabilité afin de pister les allocations et dépenses budgétaires consacrées aux programmes d'assainissement à différents niveaux.

- Travailler avec le ministère de l'Éducation pour veiller à la construction et l'entretien d'installations d'hygiène et d'assainissement inclusives dans tous les établissements scolaires.

Recommandations aux ministres de l'Eau/l'Assainissement/l'Environnement/des Infrastructures :

- Promouvoir et soutenir des campagnes nationales exhaustives de haut niveau sur l'hygiène et l'assainissement dans tous les domaines ministériels et sectoriels.
- Inclure des indicateurs de réduction des maladies dans les systèmes de suivi et d'évaluation des programmes d'assainissement.
- Engager un dialogue avec les collègues de la santé sur une base régulière pour établir et renforcer des relations et participer à la coordination des activités, y compris l'engagement avec des organes de coordination officiels intersectoriels et des processus de révision communs.
- Travailler avec le secteur de la santé pour mettre au point un système d'alerte précoce en cas d'épidémie sur la base des risques d'assainissement et la collecte continue de données sur les maladies associées.
- Travailler avec le secteur de l'éducation pour élaborer des cycles de formation à l'assainissement et l'hygiène.

Recommandations aux ministres des Autorités locales :

- Renforcer et faire appliquer les codes de construction qui exigent l'existence, le bon état de marche et l'entretien corrects d'installations sanitaires dans tous les bâtiments.
- Veiller à ce que les programmes décentralisés de santé et d'éducation promeuvent et soutiennent un assainissement sûr.
- Garantir que l'accès à l'assainissement figure bien dans les plans de développement local.

6.4 Autres parties prenantes

Recommandations pour les organisations de la société civile :

- Cibler le plaidoyer sur l'assainissement comme question sanitaire à part entière, en faisant pression pour que les gouvernements, les bailleurs de fonds et autres parties concernées agissent.
- Éduquer les décideurs et les médias sur les problèmes non traités liés à la charge de morbidité due à un manque d'assainissement et sur les occasions manquées d'améliorer la santé et le développement économique.
- Modéliser l'utilisation appropriée de l'assainissement et l'hygiène pour montrer l'exemple dans des interactions de la vie quotidienne.
- Préconiser l'existence et l'entretien d'installations sanitaires dans tous les centres de soins et autres bâtiments institutionnels, tels que les établissements scolaires.

Notes

- ¹ Programme commun OMS/ UNICEF de surveillance (JMP) (2010) *Progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau*.
- ² Black R. *et al.* (2010), "Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis", *The Lancet* 2010; 375: 1969-87.
- ³ WaterAid (2009), *Fatal neglect: How health systems are failing to comprehensively address child mortality*.
- ⁴ www.sanitationandwaterforall.org.
- ⁵ Bartram J., Cairncross S. (2010) Hygiene, Sanitation and Water: Forgotten Foundations of Health. *PLoS Med* e367: doi:10.1371/journal.pmed.1000367.
- ⁶ OMS www.who.int
- ⁷ Le Malawi, le Népal et l'Ouganda sont classés par la Banque mondiale comme étant des pays en développement, alors que le Sri Lanka est classé comme un pays à revenu moyen de la tranche inférieure. Le Sri Lanka est compris dans cette étude comme exemple de pays qui a fait des progrès dans le domaine de l'assainissement et l'hygiène malgré ses contraintes financières.
- ⁸ Un wiki est un site web en collaboration, dont l'objet est de recueillir et diffuser des connaissances. Les informations d'un wiki peuvent être saisies, modifiées ou commentées par n'importe quel usager. Pour en savoir plus, voir Bartram. J. et Platt, J. (2010). How health professionals could lever health gains from improved water, sanitation and hygiene practices. *Perspectives in Public Health*, 130(5), 215-221.
- ⁹ Les installations sanitaires améliorées sont celles qui garantissent une séparation hygiénique des excréments de tout contact humain. D'après le JMP de l'OMS/UNICEF, parmi ces installations figurent les toilettes à chasse d'eau et les toilettes/latrines à chasse d'eau manuelle ou mécanique raccordées (à un réseau d'égout, une fosse septique ou une latrine à fosse), les latrines améliorées à fosse ventilée, les latrines à fosse avec dalle et les toilettes à compostage.
- ¹⁰ Programme commun OMS/ UNICEF de surveillance (JMP) (2010) *Progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau*.
- ¹¹ Programme commun OMS/ UNICEF de surveillance (JMP) (2010) *Progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau*.
- ¹² Définition élaborée pour l'Année internationale de l'assainissement 2008 par le Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement et approuvée par le Groupe spécial d'action sur l'assainissement de l'ONU-Eau.
- ¹³ WaterAid (2008), *Tackling the silent killer: The case for sanitation*.
- ¹⁴ Défécation dans les champs, les forêts, les buissons, les plans d'eau ou autres lieux en plein air, ou dépôt à l'air des fèces humaines.
- ¹⁵ OMS (2008), *The global burden of disease: 2004 update*.
- ¹⁶ La diarrhée est principalement provoquée par l'ingestion de pathogènes, surtout par la consommation d'eau insalubre, d'aliments contaminés ou par des mains sales – trois facteurs qui sont influencés par le manque d'assainissement.
- ¹⁷ Black R. *et al.* (2010), "Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis", *The Lancet* 2010; 375: 1969-87.
- ¹⁸ Un examen systématique des études estime que le lavage des mains avec du savon réduit l'incidence des infections respiratoires de 23 % en moyenne (Rabie et Curtis (2006), "Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review", *Tropical Medicine and International Health*, 11(3), 258-267). Sur ces études, toutefois, la seule qui ait été menée dans un pays en développement a révélé que le lavage des mains avec du savon contribuait à une réduction d'environ 50 % (Luby *et al.* (2005), "Effect of hand-washing on child health: a randomised controlled trial", *The Lancet*, 366, 255-233).
- ¹⁹ OMS (2008c), *Safer water, better health: Costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health*.
- ²⁰ Black R. *et al.* (2010), "Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis", *The Lancet* 2010; 375: 1969-87.

- ²¹ Black R. *et al.* (2010), “Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis”, *The Lancet* 2010; 375: 1969-87.
- ²² OMS (2008c), *Safer water, better health: Costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health*.
- ²³ OMS (2008c), *Safer water, better health: Costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health*.
- ²⁴ Gunther I. et Fink G. (2010), “Water, sanitation, and children’s health: Evidence from 172 DHS surveys”, World Bank Policy Research Working Paper No. 5275. Washington, DC : Banque mondiale. <http://sanitationupdates.files.wordpress.com/2010/05/worldbank-dhs2010.pdf>
- ²⁵ Gunther I. et Fink G (2010), “Water, sanitation, and children’s health: Evidence from 172 DHS surveys”, World Bank Policy Research Working Paper No. 5275. Washington, DC : Banque mondiale. <http://sanitationupdates.files.wordpress.com/2010/05/worldbank-dhs2010.pdf>
- ²⁶ OMS (2008c), *Safer water, better health: Costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health*.
- ²⁷ Compte à rebours vers 2015, profils de pays, basé sur les données de l’OMS/Groupe de référence pour l’épidémiologie de la santé de l’enfant (CHERG), 2010. www.countdown2015mnch.org/reports-publications/2010-country-profiles.
- ²⁸ Chiffre du Sri Lanka calculé à partir de Black R. *et al.* (2010), “Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis”, *The Lancet* 2010; 375: 1969-87.
- ²⁹ OMS “Metrics: Disability-Adjusted Life Year”. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/
- ³⁰ Parmi les installations non améliorées figurent les latrines à fosse sans dalle ni plate-forme, les latrines suspendues et les latrines à seau.
- ³¹ Les installations sanitaires partagées sont celles d’un type acceptable par ailleurs qui sont partagées par deux ou plusieurs familles. Elles comprennent les toilettes publiques.
- ³² Les données fournies dans le cadre du JMP sont tirées d’une enquête auprès des ménages et d’un recensement et ne sont pas des données administratives produites par des agences ou des ministères de l’eau ou des infrastructures d’assainissement. Les données peuvent donc être contestées par les ministères de l’eau et l’assainissement dans les pays où ont été menées les études de cas. Néanmoins, l’application uniforme de critères identiques par le JMP donne la possibilité de faire une comparaison entre les différents pays et c’est la principale raison pour laquelle les données du JMP ont été utilisées dans ce rapport.
- ³³ Programme commun OMS/UNICEF de surveillance (JMP) (2010) *Progrès en matière d’assainissement et d’alimentation en eau*.
- ³⁴ Evans B., Hutton G. et Haller L. (2004), *Evaluation of the costs and benefits of water and sanitation improvements at a global level*, Genève : OMS.
- ³⁵ Réduire de moitié, d’ici à 2015, le pourcentage de la population qui n’a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d’assainissement de base (Projet du Millénaire des Nations Unies).
- ³⁶ PNUD (2006). Rapport mondial sur le développement humain 2006, *Au-delà de la pénurie : pouvoir, pauvreté et crise mondiale de l’eau*.
- ³⁷ PNUD (2006). Rapport mondial sur le développement humain 2006, *Au-delà de la pénurie : pouvoir, pauvreté et crise mondiale de l’eau*.
- ³⁸ Programme eau et assainissement de la Banque mondiale (WSP) (2008), *Economic impacts of sanitation in Southeast Asia: A four-country study conducted in Cambodia, Indonesia, the Philippines and Vietnam under the Economics of Sanitation Initiative (ESI)*.
- ³⁹ Programme eau et assainissement de la Banque mondiale (WSP) (2010), *The Economic impacts of inadequate sanitation in India*, Banque mondiale.
- ⁴⁰ En 2007, la British Medical Association a identifié la révolution sanitaire comme « la plus importante avancée médicale depuis 1840 ».
- ⁴¹ Newborne, P. (2010) Making the case for sanitation and hygiene: opening doors in health. ODI Background Note, juin 2010. Tearfund, le Conseil de concertation pour l’approvisionnement en eau et l’assainissement et l’Overseas Development Institute.
- ⁴² Heller L. (2009), *Interfaces and Inter-Sector Approaches: Water, Sanitation and Public Health*, “Water and Sanitation Services: Public Policy and Management,” Heller L. et Castro J.E. Eds, Londres, Sterling, VA.
- ⁴³ OMS (2010), *Suivi de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé*, rapport du Secrétariat. 63^e Assemblée mondiale de la santé A63/7.
- ⁴⁴ Countdown to 2015 (2010) : Decade report – Taking stock of Maternal Newborn and Child Survival. <http://www.countdown2015mnch.org/documents/2010report/CountdownReportAndProfiles.pdf>.
- ⁴⁵ Pour obtenir un complément d’information à ce sujet, voir : WaterAid/IRC/WSSCC (2008),

- Beyond Construction: Use by All.* Disponible sur www.wateraid.org/publications.
- ⁴⁶ Voir par exemple : SIWI (2005), "Securing Sanitation: the compelling case to address the crisis". Institut international de l'eau de Stockholm.
- ⁴⁷ Curtis V. (2005), "Hygiene Promotion – WELL Fact Sheet" www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-htm/hp.htm.
- ⁴⁸ Jenkins M. W. et Cairncross S., "Modelling latrine diffusion in Benin: towards a community typology of demand for improved sanitation in developing countries", *Journal of Water and Health*, 2010 ; 8(1):166-83.
- ⁴⁹ Bartram J. (2008), "Flowing away: Water and health opportunities", *Bulletin de l'OMS* 86(1): 1-80.
- ⁵⁰ Rehfuess E., Bruce N. et Bartram J. (2009), "More health for your buck: Health sector functions to secure environmental health", *Bulletin de l'OMS*, 82, 880-882.
- ⁵¹ Source : Rehfuess *et al.* 2009.
- ⁵² Bartram J. et Platt J. (sous presse). "How health professionals could lever health gains from improved water, sanitation and hygiene practices", *Perspectives in Public Health*, septembre 2010.
- ⁵³ Ministère de la Santé et de la Nutrition du Sri Lanka (2007), *Health Master Plan 2007-2016*.
- ⁵⁴ Cairncross A.M., Peries H. *et al.* (1997), "Vertical health programmes", *The Lancet* 349 (SUPPL III): 20-22.
- ⁵⁵ Atun R., de Jongh T., Secci F., Ohiri K., et Adeyi O. (2010), "A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems", *Health Policy and Planning* 25, 1-14.
- ⁵⁶ L'allaitement est découragé chez les mères séropositives qui dépendent alors de préparations en poudre pour nourrissons et de solides – ce qui expose les enfants à un risque d'infection par de l'eau contaminée ou des aliments préparés sans considérations d'hygiène (WaterAid (2010), *Ignored: biggest child killer*).
- ⁵⁷ Lule J. R., Mermin J., Ekwaru J. P., Malamba S., Downing R., Ransom R. et Quick R. (2005), "Effect of home-based water chlorination and safe storage on diarrhoea among persons with human immunodeficiency virus in Uganda", *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 73, 926-33.
- ⁵⁸ Ngondi J., Teferi T., Gebre T., Estifanos B., Shargie M. Z., Ayele B. et Emerson P. M. (2010), "Effect of a community intervention with pit latrines in five districts of Amhara, Ethiopia", *Tropical Medicine and International Health*, 15(5), 592-599. doi:10.1111/j.1365-3156.2010.02500
- ⁵⁹ Emerson P. (2005), *Pit latrines for all households: The experience of Hulet Eju Enessie Woreda, Amhara, National Regional State, Northwest Ethiopia*, Atlanta, États-Unis : The Carter Center ; et Golovaty I., Jones L., Gelaye B., Tilahun M., Belete H., Kumie A. et Williams M. A. (2009), "Access to water source, latrine facilities and other risk factors of active trachoma in Ankober, Ethiopia", *PLoS One* 4(8), e6702. doi:10.1371/journal.pone.0006702
- ⁶⁰ Barzgar M. A., Sheikh M. R. et Bile M. K. (1997), "Female health workers boost primary care", *World Health Forum*, 18(2), 202-210. PubMed PMID: 9393010.
- ⁶¹ Programme commun OMS/ UNICEF de surveillance (JMP) (2010) *Progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau*.
- ⁶² Source : données du ministère de la Santé de l'Ouganda, 2009 (communication par e-mail). Il convient de noter que, depuis lors, le nombre de districts en Ouganda a augmenté, mais de nouvelles données ventilées n'étaient pas encore disponibles au moment de la rédaction de ce rapport.
- ⁶³ Waterkeyn J. (2010), *Hygiene behaviour change through the community health club approach: A cost-effective strategy to achieve the Millennium Development Goals for improved sanitation in Africa*, Lambert Academic Publishing.
- ⁶⁴ OMS (2010), *Suivi de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé*, rapport du Secrétariat. 63^e Assemblée mondiale de la santé A63/7.
- ⁶⁵ Parashar U., Bresee J. et Glass R. (2003), "The global burden of diarrhoeal disease in children", *Bulletin de l'OMS*, 81(4), 236.
- ⁶⁶ Mugo B. W. (2009), *Social determinants of health – A country perspective: Issues, priorities and actions*, IUHPE. Global Health Promotion ; Supp 1.
- ⁶⁷ Ministère de la Santé publique et de l'Assainissement du Kenya (2010), *Policy guidelines on control and management of diarrhoeal diseases in children under five years*. Division de la santé des enfants et des adolescents.
- ⁶⁸ Bradley R. M. et Karunadasa H. I. (1989), "Community participation in the water supply sector in Sri Lanka", *Journal of the Royal Society of Health*, 109(4), 131-136. PubMed PMID: 2511312.
- ⁶⁹ Saunders D. M., Todd C. et Chopra M. (2005), "Confronting Africa's health crisis: More of the same will not be enough", *BMJ* (Clinical research ed.), 331, 755-758.
- ⁷⁰ Pakenham-Walsh N. et Bukachi F. (2009), "Information needs of healthcare workers in developing countries: A literature review with a focus on Africa", *Human Resources for Health*, 7, 30. doi: 10.1186/1478-4491-7-30.

Notes



WaterAid transforme des vies en améliorant l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement dans les communautés les plus pauvres du monde. Nous travaillons avec des partenaires et nous influençons les décideurs pour maximiser notre impact.

WaterAid, 47-49 Durham Street, Londres SE11 5JD, Royaume-Uni,
Tél. +44 (0)20 7793 4500 Fax. +44 (0)20 7793 4545
Courriel : wateraid@wateraid.org www.wateraid.org

Immatriculée au registre des organisations à but non lucratif sous
le numéro 288701 (Angleterre et pays de Galles) et SC039479 (Écosse)

