

# Se regrouper pour un meilleur résultat

L'approche plurisectorielle, vecteur d'espoir  
dans la lutte contre la maladie et la pauvreté



WaterAid/Jane Wilbur



# « L'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement nécessite des politiques intégrées et s'étayant mutuellement à travers toute une série de questions économiques, sociales et environnementales en faveur du développement durable. »

Tenir les promesses : unis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, Résolution de l'AGNU, 17 septembre 2010<sup>1</sup>



Des mères attendent que leurs enfants soient auscultés au dispensaire de Webuye, dans la Province de l'Ouest (Kenya).

## Enseignements et Recommandations:

1. La participation communautaire est essentielle à la conception de programmes intégrés qui répondent à des réalités vécues et renforce ainsi l'adhésion au programme et sa pérennité.
2. Un leadership politique de haut niveau permet de mieux cibler les besoins et la mobilisation des ressources.
3. Des approches intégrées et intersectorielles reflètent et répondent plus précisément aux facteurs déterminants de la pauvreté et de la maladie.
4. Des programmes intégrés de qualité peuvent s'avérer efficaces (coût/efficacité) pour les bailleurs de fonds et accroître l'efficacité du point de vue des décideurs politiques.
5. Le financement d'approches intégrées au niveau communautaire permet de mettre en évidence ce qui fonctionne et fournit des pistes pour orienter les efforts de planification nationale et renforcer les stratégies.

1. Assemblée générale des Nations unies (AGNU), 2010, *Tenir les promesses : unis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement*.

## Résumé analytique

En dépit des avancées extraordinaires du XXI<sup>e</sup> siècle, les effets dévastateurs de la pauvreté, mais aussi de maladies qui pourraient être évitées, restent prédominants. Alors que d'importants efforts de développement se poursuivent dans divers pays du monde, une large majorité de ces programmes reste mise en œuvre au travers de services et de budgets segmentés, tels que ceux qui sont imposés par les structures institutionnelles dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la nutrition, de l'eau et de l'assainissement.

Si ces divisions peuvent s'avérer utiles, elles engendrent souvent des distinctions artificielles dans la vie des individus, des familles et des communautés qui sont le plus en difficulté. Aujourd'hui, de nombreux acteurs reconnaissent que puisque les enjeux de la pauvreté et les carences en matière d'accès à la santé, à la nutrition et à l'éducation sont étroitement liés dans la vie des gens, il est nécessaire de trouver des solutions plus efficaces et plus durables au travers de programmes intégrés et intersectoriels. Le progrès en matière de santé infantile peut ainsi être accéléré grâce à une approche intégrée qui coordonne une série d'interventions interconnectées. Cela comprend des démarches visant à réduire la mortalité maternelle, des solutions pour lutter contre la dénutrition et des efforts pour traiter les facteurs environnementaux qui participent à une mauvaise santé, comme l'absence de systèmes d'assainissement adéquats, d'eau propre et de bonnes pratiques en matière d'hygiène.

De nos jours, l'intérêt pour les approches intégrées s'intensifie. Les décideurs en matière de politiques et de programmes reconnaissent de plus en plus l'importance qu'il y a à aborder les questions de pauvreté par le biais de stratégies intégrées et d'approches coordonnées. Les programmes intégrés de qualité peuvent s'avérer efficaces pour les bailleurs de fonds et accroître l'efficacité du point de vue des décideurs, tout en proposant des services complets ayant un impact plus substantiel pour les communautés.

En parallèle, la mise en œuvre d'approches intégrées représente un défi pour les acteurs du développement. D'innombrables facteurs – comme les différences politiques, l'absence de mécanismes pour la communication et les collaborations intersectorielles et entre institutions, les écarts sur le plan des moyens et la concurrence face à des ressources financières limitées – constituent des freins importants au développement des approches intersectorielles. De nombreux gouvernements et institutions essaient néanmoins de mettre en place des projets basés sur une approche intégrée, projets qui fournissent des exemples concrets de pratiques réussies.

Les modèles d'intégration réussis répondent aux besoins des communautés et du pays, et nécessitent un solide leadership de la part des agences gouvernementales responsables. Les exemples à suivre se concentrent sur trois des domaines essentiels à prendre en compte pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement : les soins de santé primaires, la propreté de l'eau et l'assainissement, et la nutrition. Ces initiatives, comme d'autres qui sont similaires, permettent de tirer des enseignements et d'apporter des preuves aux décideurs, aux bailleurs de fonds, mais aussi aux ONG partenaires.

- Au Kenya, la nouvelle politique nationale du gouvernement en matière de prévention et de gestion des maladies diarrhéiques chez les enfants s'est appuyée sur des approches communautaires qui combinaient des informations sur le traitement et la prévention avec des interventions.
- Au Zimbabwe, une initiative commune initiée par le gouvernement, les Églises et les représentants communautaires locaux a lutté contre la faim, la maladie et la pauvreté à travers un programme intégrant l'approvisionnement en eau potable, assorti de mesures visant à améliorer la nutrition et les revenus.
- Au Pérou, une action initiée au niveau national par le gouvernement afin de placer la malnutrition au sommet de l'agenda politique a inclus la création de systèmes et de structures pour favoriser la mise en œuvre d'une stratégie multisectorielle coordonnée. Il en est résulté une baisse de la malnutrition infantile.
- En Ouganda, le ministère de la Santé a amélioré la qualité de vie des personnes contaminées par le VIH en intégrant la propreté de l'eau, l'assainissement et les pratiques d'hygiène à la formation et au soutien dispensés aux personnes délivrant des soins à domicile.
- Aux Philippines, le lavage des mains à l'école est devenu le point central d'une initiative intersectorielle intégrant l'éducation et la promotion de la santé afin de réduire le risque de maladies.
- Au Népal et en Éthiopie, la politique gouvernementale a renforcé l'intégration de la santé et des programmes qui s'y rapportent au niveau national afin d'améliorer les soins de santé destinés aux communautés rurales.

**Nous pouvons lutter contre la pauvreté et la maladie par le biais d'approches intégrées regroupant une série d'interventions interconnectées.**

**Les programmes intégrés de qualité peuvent s'avérer rentables et efficaces, et obtenir de meilleurs résultats.**

## Introduction

En septembre 2010, l'Assemblée générale des Nations unies a renouvelé son soutien indéfectible aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Depuis le lancement de ces objectifs en 2000, des progrès significatifs ont été réalisés dans certains domaines, mais il reste encore fort à faire et il faut agir plus vite si nous voulons réellement atteindre ces objectifs de réduction de la pauvreté, de la famine et des maladies d'ici à 2015.<sup>2</sup> Au moment où les gouvernements, les bailleurs de fonds et les décideurs politiques poursuivent leurs efforts pour atteindre les objectifs dans un climat économique peu favorable, le présent rapport met en lumière des exemples de solutions réalistes et rentables issues de différents contextes.

## Objectifs connexes, approches interdépendantes

Ce rapport aborde trois des domaines essentiels à prendre en compte pour atteindre les OMD : les soins de santé primaires, la propreté de l'eau et l'assainissement, et la nutrition. Interconnectés et se renforçant mutuellement, les OMD peuvent être encore plus facilement atteints en mettant en œuvre des stratégies intégrées et des approches coordonnées.

**« Nous nous engageons... à améliorer la qualité et l'efficacité de la prestation de services de santé par le biais de services de santé intégrés au travers d'approches coordonnées au niveau national, l'utilisation accrue de plates-formes communes et l'intégration de services pertinents d'autres secteurs, dont l'eau et l'assainissement. »**

*Tenir les promesses : unis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, Résolution de l'AGNU, 17 septembre 2010*<sup>3</sup>

### En quoi les approches intégrées consistent-elles ?

Les approches intégrées mettent en œuvre une série d'interventions, répondant à des besoins variés, par le biais d'une coordination à travers plusieurs secteurs et avec la participation de toutes les parties prenantes impliquées, afin d'atteindre des objectifs communs.

La structure institutionnelle des « secteurs » (santé, éducation, eau, etc.) ne reflète toutefois que très rarement la façon dont la pauvreté, la santé, la nutrition, le genre, l'éducation et d'autres questions sont imbriqués dans la vie des gens. Cette division artificielle en « secteurs », bien qu'utile pour des raisons pragmatiques comme la budgétisation et la gestion, crée des barrières structurelles dès lors qu'il s'agit d'aborder des questions intersectorielles : différences politiques,

2. Banque mondiale, *Rapport mondial de suivi 2011*.

3. AGNU, *Tenir les promesses*, p. 20.

absence de mécanismes de communication et de collaboration intersectorielles et entre institutions, écarts sur le plan des moyens et concurrence face à des ressources financières limitées. En outre, de nombreuses études indiquent que le manque de participation et de sensibilisation de la communauté aux programmes d'approches intégrées est le premier obstacle à leur compréhension, leur impact et leur pérennité. De ce fait, en dépit d'une reconnaissance accrue du besoin d'établir des approches intersectorielles, la mise en place de ces dernières constitue un défi pour de nombreux pays.

Lorsque les gouvernements, les responsables de programmes et les communautés avancent vers des solutions plus intégrées, il s'avère qu'ils reflètent mieux et sont plus à même de réagir aux facteurs déterminants en matière de santé et de pauvreté. Les décideurs, qu'ils soient en charge des politiques ou des programmes, reconnaissent de plus en plus qu'il est important de traiter les questions de pauvreté par le biais de stratégies intégrées et d'approches coordonnées. Les délégués de l'Assemblée générale des Nations unies en charge d'examiner les avancées des OMD en 2010 ont souligné le fait que tous les objectifs étaient interconnectés et se renforçaient mutuellement. Dans le domaine de la santé par exemple, ils ont souligné « l'importance d'approches multisectorielles et interministérielles dans la formulation et la mise en place de politiques nationales essentielles à la promotion et à la protection de la santé. »<sup>4</sup>

**Les décideurs, qu'ils soient en charge de politiques ou de programmes, reconnaissent de plus en plus qu'il est important de traiter les questions de pauvreté par le biais de stratégies intégrées et d'approches coordonnées.**

Pour prendre l'exemple d'un seul domaine, les progrès en termes de santé infantile exigent une approche intégrée qui coordonne une série d'interventions interconnectées visant à réduire la mortalité maternelle, à traiter la dénutrition et à gérer les facteurs environnementaux qui contribuent à la mauvaise santé, tels que l'absence de systèmes d'assainissement adéquats, d'eau propre et de bonnes pratiques en matière d'hygiène.

4. AGNU, *Tenir les promesses*, p. 20.

## Nouvel élan

Comme les succès décrits ci-après en témoignent, les efforts mondiaux déployés face aux questions de pauvreté et de santé aideront à générer une nouvelle dynamique pour atteindre de façon plus efficace et équitable des résultats cruciaux en termes de développement, dès lors que cette orientation sera soutenue par les pays, qui adopteront des plans, des politiques et des stratégies intégrées, ainsi que par les bailleurs de fonds et les décideurs, qui promouvoir et encourageront activement ces approches.

La récente crise financière mondiale et les coupes successives dans les subventions et les dépenses publiques ont suscité un intérêt croissant pour de telles approches parmi les acteurs du développement. Des programmes intégrés de qualité peuvent s'avérer rentables pour les bailleurs de fonds et accroître l'efficacité pour les décideurs, tout en proposant des services plus complets et à plus fort impact pour ceux qui en ont le plus besoin.

## Apprendre des autres

Sur le plan concret toutefois, la meilleure façon d'atteindre des résultats optimaux à travers l'intégration n'apparaît pas toujours clairement. De ce point de vue, des exemples de pratiques réussies peuvent représenter une source d'inspiration et d'information. En même temps, l'expérience montre que les approches d'intégration réussies sont celles qui sont adaptées aux besoins et aux contextes propres à la communauté et au pays dans lesquels elles opèrent et celles qui garantissent une participation active des communautés à la conception et à la mise en pratique des programmes.

Action Against Hunger, Action for Global Health, End Water Poverty, PATH, Tearfund et WaterAid ont collaboré au présent rapport afin de mettre en lumière des exemples réussis de programmes intégrés qui prennent en compte l'interconnexion des questions liées à la pauvreté. Ces projets ont livré des aperçus stimulants et fascinants sur les possibilités offertes par une approche intersectorielle de lutte contre la pauvreté.

## Action coordonnée, service intégré

En 2010, donnant le ton de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, le secrétaire général de l'Organisation des Nations unies, Ban Ki-moon, a souligné l'importance d'une action intégrée des services de santé, en faisant remarquer que la stratégie exigeait « que tous les partenaires se regroupent et mettent en œuvre une action coordonnée<sup>5</sup>. » Il a ajouté : « Cela signifie qu'il faut se regrouper et donner la priorité à un ensemble d'interventions ayant une forte incidence, renforcer les systèmes de santé et intégrer les efforts dans les secteurs tels que la santé, l'éducation, l'eau, l'assainissement et la nutrition. Cela signifie aussi promouvoir les droits de l'Homme, l'égalité des sexes et la réduction de la pauvreté<sup>6</sup>. »

Les expériences relatées dans ce rapport soulignent la valeur et le potentiel des actions intégrées et coordonnées parmi le large éventail d'objectifs que constituent les OMD.

5. *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*, Organisation des Nations unies, 2010, p. 4.

6. *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*, Organisation des Nations unies, 2010, p. 5.

**« Nous devons encore déployer beaucoup d'efforts pour obtenir des résultats en matière de nutrition au travers de programmes regroupant tous les secteurs pertinents. Les programmes relatifs à l'eau, à l'assainissement, à l'hygiène et à l'agriculture... doivent tous être imbriqués. »**

Dr Rajiv Shah, administrateur, Agence américaine pour le développement international, 29 juin 2010, Statesmen's Forum, Center for Strategic and International Studies, Washington, DC

**« Les services de santé intégrés améliorent la promotion en matière de santé et aident à prévenir et à soigner les maladies comme la pneumonie, la diarrhée, le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et les maladies non transmissibles. Nous devons renforcer les liens entre les programmes propres à chaque maladie... et ceux ciblant les femmes et les enfants (tels que le programme élargi de vaccination, celui sur la santé sexuelle et reproductive, et celui de la gestion intégrée des maladies infantiles). »**

Ban Ki-moon, secrétaire général de l'Organisation des Nations unies, Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, ONU, 2010 7

## Réduire la mortalité infantile : prévention et traitement intégrés au Kenya

### Le défi

Les données récentes identifient les maladies diarrhéiques comme la première cause de mortalité au Kenya<sup>7</sup>. Les carences en matière d'accès à une eau propre et à l'assainissement exposent fortement les enfants vulnérables vivant dans la pauvreté : une enquête gouvernementale effectuée en 2006 par le gouvernement kényan indique que dans 21 % des cas diagnostiqués de diarrhée, la maladie se révélait mortelle<sup>8</sup>. Dans le cadre de ses efforts pour atteindre les OMD, le gouvernement kényan a développé de nouvelles directives politiques, publiées en 2010, avec pour objectif de diviser par deux d'ici à 2013 le nombre des morts attribuées à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans.

Alors que, dans leur majorité, les initiatives pour traiter les problèmes de diarrhée se concentrent sur une ou quelques-unes seulement des interventions, cette politique prend fait et cause pour une approche intégrée qui promeut une série d'interventions très étendue, allant de la prévention au traitement. La mise en place d'une telle approche exige une coopération transversale des secteurs de la santé, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH), ainsi que du secteur de la nutrition.

### La solution

Une des raisons motivant la formulation de nouvelles directives était que le pays n'avait pas de politique nationale en ce qui concernait la gestion des maladies diarrhéiques<sup>9</sup>. Décider de traiter ce problème a offert au gouvernement l'opportunité d'élaborer une politique prenant en compte les développements récents dans ce domaine. Le document en résultant, les Directives sur la prévention et la gestion des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans au Kenya, présenté par le ministère kényan de la Santé publique et de l'Assainissement en mars 2010, soulignait une approche basée sur l'intégration de la prévention et du traitement de ces maladies.

Un des aspects primordiaux de cette stratégie était la mise en œuvre d'une politique nationale au travers d'approches locales réalisables. L'expérience a démontré que les efforts passés pour lutter contre la diarrhée au travers de programmes qui ne se concentraient que sur une seule approche ou qui ne comptaient que sur l'aide apportée par les structures de santé nationales n'avaient abouti qu'à un succès limité, tout particulièrement en ce qui concernait les maladies respiratoires et diarrhéiques. La nouvelle politique visait donc à améliorer non seulement la qualité des services disponibles dans les centres de santé, mais également celle de la prévention et des soins que les mères étaient en mesure de fournir elles-mêmes à leurs enfants<sup>10</sup>.

Parallèlement au développement de cette politique, le ministère de la Santé publique et de l'Assainissement a collaboré avec PATH, une ONG compétente dans le domaine de la santé, afin de lancer un programme dans les villages pauvres de la Province de l'Ouest. Ils ont ainsi eu l'opportunité de tester et de démontrer l'efficacité d'interventions combinées au niveau local. Le programme a pu être mis en œuvre au sein d'un projet déjà existant financé par l'USAID, axé sur le VIH/sida, la tuberculose, la santé reproductive et la santé maternelle et infantile.

Le programme pilote, qui a débuté en 2008, se distinguait dans la mesure où il comprenait des approches pour prévenir et traiter la diarrhée au sein de la communauté, ainsi que des stratégies mises en œuvre par le biais des structures de santé nationales. Une étape pratique et innovante, qui s'est avérée positive, a été de restaurer des « coins de traitement de réhydratation orale (ORT) » dans les centres de santé – où les mères pouvaient traditionnellement obtenir des traitements de réhydratation pour leurs enfants – pour en faire non seulement des points de distribution de sels de réhydratation orale et de suppléments en zinc, mais également des espaces où le personnel de santé pouvait éduquer les mères aux différentes façons de prévenir les maladies : allaitement, utilisation d'eau potable, système d'assainissement adéquat et bonnes pratiques en matière d'hygiène.

### Le succès

Au niveau communautaire, le programme a constaté une hausse du nombre de mères formées à la prévention et au traitement de la diarrhée, et utilisant un traitement de réhydratation orale avec supplémentation au zinc. La disponibilité du zinc et des sels de réhydratation orale a augmenté, tout comme la demande. Une infirmière de l'hôpital de la mission de Lugulu remarque à propos des mères de la communauté : « En tant que membres de la communauté, une fois en possession des informations [dans les coins ORT], elles sont capables de les transmettre aux autres, ce qui fait que la communauté elle-même participe à la réduction de l'incidence de la diarrhée. »

Le travail se poursuit désormais au niveau local afin de sensibiliser les populations aux approches intégrées, de soutenir les efforts du gouvernement dans son engagement sur le long terme et de mettre en œuvre à plus grande échelle les leçons tirées de ce projet au travers de la politique nationale. Pour une des représentantes locales, les bénéficiaires de cette approche sont incontestables. Florence Weke-sa, adjointe au maire de Kimilili, Province de l'Ouest, déclare en effet : « Il ne faut pas effectuer ce travail en silence. Il faut le faire avec les dirigeants locaux. Il faut le crier sur les toits. Faire du bruit. » Elle ajoute : « La diarrhée persiste, mais elle ne tue plus. »

« Le gouvernement kényan s'engage à suivre une approche intégrée et à plusieurs volets dans la lutte contre les maladies diarrhéiques, cause majeure de la mortalité infantile dans notre pays. En utilisant tous les outils à notre disposition, nous pouvons sauver des vies aujourd'hui et pour les années à venir. »

Dr P. Santau Migiro, responsable du Service de santé des enfants et des adolescents, ministère de la Santé publique et de l'Assainissement

### Conclusions

- Les partenariats avec les parties prenantes intersectorielles, dont le gouvernement, le personnel médical et les cliniciens, les organismes multilatéraux et les ONG, ont assuré la réussite du projet.
- Le financement visant à démontrer l'efficacité d'une approche intégrée au niveau communautaire a aidé à produire une stratégie efficace au niveau de la politique nationale.

### Autres exemples

- **Au Cambodge** : les ministères de la Santé et de l'Éducation ont établi un partenariat avec des ONG pour mettre en place un cadre WASHED (eau, assainissement, hygiène et déparasitage) afin de réduire le nombre d'infections causées par plusieurs types de vers, comme l'oxyure humain, l'ascaris et le trichocéphale.
- **Au Bénin** : un partenariat impliquant le gouvernement, le secteur privé et les ONG locales a intégré le traitement de l'eau des ménages et le traitement de la diarrhée (avec des sels de réhydratation orale et du zinc) pour réduire la mortalité et les maladies infantiles.



Avant l'installation du coin ORT, le service pédiatrique de Kimilili pouvait recevoir jusqu'à dix cas de diarrhée aiguë par jour. Les taux d'admission élevés faisaient que les patients devaient souvent partager un lit.



Grâce au coin ORT et à l'éducation en matière de prévention et de traitement de base, le service reçoit désormais bien moins de cas de diarrhée par jour, parfois même aucun.



Ces enfants dans le coin ORT à l'hôpital de Kakamega seront renvoyés chez eux après quelques heures.

## Améliorer la santé : l'intégration de la sécurité alimentaire et de l'accès à l'eau au Zimbabwe

### Le défi

Au cours des dix dernières années, l'instabilité politique et l'effondrement de l'économie du Zimbabwe se sont accompagnés d'un accroissement de l'inflation et du chômage. La crise alimentaire et l'augmentation des prix ont été aggravées par des sécheresses successives, avec pour résultat qu'un enfant sur trois environ souffrait de malnutrition chronique<sup>11</sup>. Les carences en matière d'accès à l'assainissement et à une eau propre, et les maladies diarrhéiques qui y sont associées, ont accru davantage encore la malnutrition. Entre août 2008 et mai 2009, l'apparition du choléra dans cinquante-cinq des soixante-sept districts du Zimbabwe a, selon le ministère de la Santé et du Bien-être infantile, provoqué plus de 4 000 décès<sup>12</sup>.



L'un des vingt jardins nutritionnels à Bulawayo, Zimbabwe, avec des terres fournies par le conseil municipal de Bulawayo. Chaque jardin est divisé en lopins de terre où les familles peuvent cultiver des légumes et des herbes médicinales, ce qui favorise une meilleure nutrition et santé. Au total, 983 familles profitent aujourd'hui de ces jardins.

### La solution

En 2008, la municipalité, les Églises de Bulawayo et les représentants des communautés locales se sont regroupés au sein d'un projet consacré aux banlieues densément peuplées de l'ouest de la ville et destiné à renforcer la résistance aux maladies et à la pénurie alimentaire en améliorant la qualité de la nutrition et l'accès à l'eau.

La municipalité a fourni des terres afin de permettre un développement de l'agriculture urbaine et la création de vingt jardins communautaires d'une superficie de 2 500 mètres carrés environ chacun. Chaque jardin a été divisé en lopins familiaux où chaque famille pouvait cultiver des légumes et des plantes médicinales afin d'améliorer son alimentation et sa santé.

Les jardins ayant été implantés près de puits délabrés, une des mesures principales du programme a donc été de restaurer les puits pour les remettre en fonctionnement et bénéficier d'une source d'eau saine, disponible pour la boisson et l'arrosage des cultures. Les débris des vingt puits ont été retirés et jetés, et de nouvelles pompes ont été installées.

Le gouvernement local, les Églises de Bulawayo et la communauté ont travaillé en étroite collaboration durant toutes les étapes du projet, de la planification à la mise en œuvre. Avec le soutien de l'ONG de développement Tearfund, vingt communautés locales ont mis en place des "comités de point d'eau". Chacun a nommé trois gardiens de pompe par puits, qui ont reçu une formation pour les entretenir et les réparer. Les bénéficiaires ont été sélectionnés par des conseillers, des groupes d'associations de résidents et les représentants des Églises de Bulawayo en se concentrant sur les classes les plus démunies et les plus vulnérables de la population, parmi lesquelles les enfants chefs de famille, les veuves, les orphelins et les personnes vivant avec le VIH.

Les Églises de Bulawayo ont fourni aux bénéficiaires des formations de base sur le maraîchage et les représentants locaux ont instauré un système pour que, dans chaque jardin, des agents agricoles aident les bénéficiaires. Ces derniers ont engagé un projet de permaculture en réduisant l'utilisation d'engrais chimiques et de pesticides et en la remplaçant par l'emploi de fumier organique et de produits antiparasitaires.

Le processus a été délibérément dépolitisé afin d'éviter toute impression – erronée – qu'un politicien local « possédait » les jardins. Cela a participé à garantir que la pérennité du projet ne dépendait pas du parrainage d'une personne en particulier. En parallèle, l'intérêt suscité et la visite de membres locaux du Parlement ont offert aux bénéficiaires l'opportunité de plaider en faveur d'une modification des politiques en matière d'agriculture urbaine et de propriété foncière.

### Le succès

Une fois le projet mis en place, les bénéficiaires ont pu cultiver suffisamment de légumes pour nourrir leur foyer et vendre l'excédent de production : 80 % au moins des familles mangeaient des légumes à chaque repas, avec au moins trois types de légumes par semaine. La communauté locale en a également bénéficié puisqu'elle avait ainsi la possibilité d'acheter des légumes frais à un prix abordable. Durant toute cette période, des évaluations menées par le service de santé de la municipalité de Bulawayo ont enregistré une baisse de l'incidence des maladies diarrhéiques et de la malnutrition. En dépit de ces résultats positifs, un suivi et une évaluation plus poussés restent nécessaires pour évaluer l'impact exact du projet sur la santé.

Au total, 983 familles bénéficient actuellement des jardins et 20 000 personnes ont désormais accès à une eau potable. 90 % des bénéficiaires sont des femmes, et quinze des vingt jardins sont dirigés par des femmes.

Le projet octroie un statut équivalent aux bénéficiaires, qu'ils soient hommes ou femmes, et accorde des droits entiers aux enfants chefs de famille. Les bénéficiaires travaillent bénévolement sur les lopins de terre des personnes handicapées, et des enfants lorsque ces derniers sont à l'école. Les bénéficiaires, parmi lesquels 118 personnes atteintes par le VIH, ont indiqué qu'ils ne se sentaient plus stigmatisés et qu'ils avaient retrouvé leur dignité grâce à leur contribution à la communauté par le biais de la vente des légumes.

L'accès aux jardins et la réhabilitation des sources d'eau a permis à ces communautés de réduire leur vulnérabilité face aux maladies liées à l'eau, aux désastres provoqués par la sécheresse et la famine. Cela a également restauré un sentiment de dignité chez les bénéficiaires et leur a donné une nouvelle place au sein de la communauté. Désormais, de nouvelles zones d'habitation demandent à engager des projets similaires.



L'un des vingt puits réhabilités qui constituent une source d'eau saine pour la boisson et la culture des légumes dans le jardin nutritionnel. Environ 20 000 personnes ont bénéficié du programme de réhabilitation des puits.

« Les défis de développement auxquels doivent faire face les communautés dans la région du Matabeleland, et de Bulawayo en particulier, nécessitent des approches intégrées pour des solutions durables. Les résultats positifs de ce projet ont conduit à de nouvelles demandes pour qu'il soit reproduit dans d'autres zones d'habitation. »

Archevêque Albert Chatindo, président, Églises de Bulawayo

### Conclusions

- La coopération entre le gouvernement, les ONG, les organisations d'inspiration religieuse et les communautés au niveau local peut permettre d'identifier des solutions potentielles pour répondre à la pauvreté en améliorant de nombreux aspects de la vie communautaire.
- Des approches intégrées pour répondre aux besoins nutritionnels et en eau peuvent créer une réelle stratégie au niveau communautaire et renforcer la sécurité alimentaire et la santé.

### Autres exemples

- **Au Laos et au Cambodge:** les gouvernements ont établi des partenariats avec la société civile pour un programme de santé maternelle comprenant la nutrition, l'eau et l'assainissement, la vaccination, les services en matière de santé reproductive et la formation de sages-femmes.
- **En Inde et au Bangladesh:** la mobilisation à travers des groupes de femmes a connu des succès importants dont :
  - une réduction de 45 % de la mortalité chez les nouveau-nés et une diminution de la mortalité maternelle ;
  - une réduction de 57 % de la dépression post-partum en Inde ;
  - une augmentation du nombre de services de santé créés ;
  - une amélioration significative des pratiques d'hygiène, dont l'utilisation de kits d'accouchement ;
  - une augmentation du nombre de femmes pratiquant exclusivement l'allaitement.

11. Bulawayo 24, 24 avril 2011, <http://bulawayo24.com/index-id-news-sc-health-byo-3044-article-Malnutrition+in+Zimbabwe+knows+no+class.html>.

12. Organisation mondiale de la santé, [http://www.who.int/csr/don/2008\\_12\\_02/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2008_12_02/en/index.html).

## Réduire la dénutrition infantile : l'intégration de l'agriculture, de l'hébergement, du programme WASH, de l'éducation et des transferts d'argent liquide au Pérou



© ACF / S. Hauenstein Swan

### Le défi

En dépit de progrès réguliers au cours des dernières années, le Pérou continue de lutter contre la pauvreté. La dénutrition infantile reste donc un problème : une enquête nationale de 2009 montrait que la dénutrition chronique affectait 23,8 % des enfants de moins de cinq ans. Le pays connaît les disparités les plus importantes dans le monde entre les zones urbaines et les zones rurales, avec dans les villages une malnutrition chronique presque trois fois supérieure à celle des villes. Le gouvernement a répondu à ce défi par une série de politiques intégrées, du niveau national au niveau local et familial, qui ont déjà montré des résultats significatifs.

### La solution

Un facteur clé de la réponse du gouvernement à la malnutrition a été de veiller à ce que la question occupe le devant de la scène politique. Les dirigeants nationaux ont placé la malnutrition au sommet de l'agenda politique, ce qui a augmenté la visibilité du problème et la possibilité d'obtenir les ressources adéquates. Cette décision a été renforcée par une importante campagne de plaidoyer de la part de la société civile dans la course à l'élection présidentielle de 2006. L'Initiative contre la malnutrition infantile (Iniciativa contra la Desnutrición Infantil) a réussi à convaincre dix des treize candidats de promettre publiquement qu'ils placeraient la dénutrition infantile au rang de priorité s'ils étaient élus.

Après l'élection, seul un ministère a été en charge du programme. Toutefois, un an plus tard, le président a chargé le secrétaire général de la Commission interministérielle des affaires sociales, supervisée par le Premier ministre, de coordonner la stratégie nationale contre la malnutrition. Cela devait permettre de garantir que le responsable de la stratégie était en mesure de mettre en place une réponse multisectorielle impliquant les plus hauts niveaux du gouvernement.

Le plan national, intitulé Crecer (« Grandir »), a regroupé le gouvernement, local et national, les ONG, la société civile et les organismes privés dans une stratégie de lutte contre la malnutrition et la pauvreté. Le plan engageait les politiques nationales en matière de santé, d'éducation, d'eau et d'assainissement, de logement et d'agriculture, créant une stratégie intersectorielle coordonnée et intégrée. Il a également simplifié les quatre-vingt-deux politiques sociales du pays en les réduisant à vingt-six et rassemblé tous les programmes de nutrition déjà en place en un seul, en concentrant les efforts et les ressources sur les objectifs stratégiques suivants : réduire les retards de croissance et l'anémie.

L'élément principal était le programme Juntos (« Ensemble »). De l'argent était directement versé sous la forme d'espèces aux communautés les plus pauvres, permettant ainsi aux familles de répondre à des objectifs précis comme l'amélioration de la santé et de la nutrition des enfants par l'achat, par exemple, de davantage de légumes, de fruits ou d'autres types de nourriture.

D'autres éléments du programme comprenaient l'amélioration des infrastructures d'eau et d'assainissement, afin de réduire les taux des maladies liées à l'eau, le soutien et le développement de l'agriculture afin d'augmenter la production vivrière, la délivrance de soins pour les enfants et les femmes en âge de procréer et l'organisation de programmes d'alphabétisation et d'éducation nutritionnelle.

### Le succès

Entre 2007 et 2010, le Pérou a réussi à réduire de 4,7 % la malnutrition infantile chronique, dont le taux est passé de 22,6 % à 17,9 %. La baisse a été plus importante dans les zones rurales (le taux est passé de 36,9 % à 31,3 %, soit une réduction de 5,6 %) que dans les zones urbaines (qui ont connu une réduction de 1,7 %, le taux passant de 11,8 % à 10,1 %) <sup>13</sup>.

Il existe encore des régions où les taux de dénutrition demeurent très élevés. Cependant, en intégrant les politiques gouvernementales à une approche multisectorielle, le Pérou a obtenu des résultats probants dans la réduction de la malnutrition infantile.

**« Il est notoire que la dénutrition infantile a des causes multiples. En effet, cette question touche à un grand nombre de domaines, dont la santé, l'agriculture, l'eau et l'assainissement, l'éducation. L'importance de ces domaines diffère selon le contexte. Cette multicausalité nécessite de promouvoir une approche multisectorielle afin d'augmenter la cohérence au niveau des politiques et la coordination. »**

ACF International, Zéro famine : la recette du succès, janvier 2011<sup>14</sup>

13. INEI (Institut national des statistiques et de l'information), 10 février 2011 : <http://www.livinginperu.com/news/14077>.

14. Action Contre la Faim International, *Zéro famine : la recette du succès*, document de synthèse, janvier 2011, p. 11.

Une étude menée en janvier 2011 par l'ONG ACF International sur les politiques et pratiques du Pérou et de quatre autres pays dont les résultats en termes de réduction de la malnutrition ont été positifs a identifié les stratégies suivantes comme clés du succès :

- Accorder une grande visibilité politique à l'objectif afin de créer un élan politique ;
- Adopter une approche multisectorielle, avec des politiques cohérentes et coordonnées à travers une série de secteurs ;
- Promouvoir le rôle de la société civile et la participation des populations concernées, afin d'améliorer l'acceptation et l'impact des initiatives mises en œuvre ;
- Adopter une approche à étapes multiples, en combinant des approches sur le court terme et sur le long terme ;
- Garantir une coordination institutionnalisée en regroupant des actions à long terme, durables et intensifiées sous un seul comité de coordination ;
- Garantir la continuité d'un investissement financier approprié de la part des gouvernements des pays d'accueil et de la communauté internationale des bailleurs de fonds.

ACF International, Zéro famine : la recette du succès, janvier 2011<sup>15</sup>

### Conclusions

- Un soutien politique au plus haut niveau pour des réponses à la pauvreté via une approche intégrée permet de cibler les efforts et les ressources sur les besoins fondamentaux.
- L'action au niveau gouvernemental pour créer des structures permettant une coordination intersectorielle avec des parties prenantes multiples peut faciliter le développement et la mise en œuvre de stratégies intégrées.

### Autres exemples

- **En République démocratique du Congo :** les ministères locaux de la Santé, les hôpitaux publics et privés, les organisations d'inspiration religieuse ou non gouvernementales, nouent des partenariats afin de mettre en place un programme intégrant la santé de la mère et de l'enfant, la vaccination, la nutrition, mais aussi l'eau et l'assainissement.
- **Au Bangladesh :** onze ministères du gouvernement collaborent à travers un comité de coordination pour réduire l'insécurité alimentaire dans un programme qui inclut une assistance alimentaire, une aide économique pour les familles, des services d'adduction d'eau propre et le soutien aux mères afin d'améliorer la santé, l'hygiène et la nutrition au sein de leur foyer.

15. Action contre la faim International, *Zéro famine : la recette du succès*, p. 6.

## Sauvegarder la santé des personnes vivant avec le VIH : l'intégration du programme WASH et des pratiques de soins à domicile en Ouganda

### Le défi

On estime qu'en Ouganda, 1,2 million de personnes sont infectées par le VIH <sup>16</sup>. Le sida et les maladies qui accompagnent l'infection par le VIH (comme la pneumonie, la diarrhée et la tuberculose) ont réduit l'espérance de vie, créé une pénurie de main-d'œuvre, diminué la production agricole et affaibli les services de santé et d'éducation. Une nutrition adéquate, une eau propre, des systèmes d'assainissement sûrs et de bonnes pratiques en matière d'hygiène constituent des facteurs cruciaux dans la protection des personnes vivant avec le VIH vis-à-vis des maladies et des infections. Le manque d'accès à ces besoins primaires les expose, elles et leurs familles, à un risque accru de maladies diarrhéiques et d'autres pathologies.

Dans le cadre de ses efforts pour améliorer les conditions de vie et la santé des personnes atteintes par le VIH, le gouvernement ougandais a adopté un rôle de leadership dans l'intégration des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) à son programme national de lutte contre le VIH.

### La solution

En janvier 2008, le ministère de la Santé ougandais a lancé un programme visant à instaurer de bonnes pratiques en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans la formation et le soutien des personnes soignant à domicile des personnes touchées par le VIH. En collaboration avec le Projet d'amélioration de l'hygiène de l'USAID, les ONG AED et PLAN Uganda, le Réseau ougandais d'ONG œuvrant dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (UWASNET) et le Groupe de travail national sur l'intégration de WASH dans les soins à domicile en Ouganda, le ministère a mis en place un groupe de travail et élaboré un programme pilote visant à tester l'efficacité de l'approche. Le groupe de travail comprenait des représentants de vingt-six organisations, dont le ministère de la Santé, des ONG internationales et locales, et des organisations d'aide à domicile locales et régionales.

Il en est résulté la publication en 2010 d'un guide de formation pour les soignants et une série de directives concrètes sur les meilleures façons de faire progresser les pratiques en matière d'hygiène. L'objectif était de fournir aux soignants à domicile les outils et les informations dont ils avaient besoin pour améliorer la qualité des soins, en insistant sur la meilleure manière de transporter, stocker et proposer de l'eau potable, sur la façon de manipuler et de se débarrasser des selles et du sang menstruel, ainsi que sur le lavage des mains (méthode de lavage et moment opportun) <sup>17</sup>.

Les supports d'information ont été conçus afin d'être utiles et accessibles aux soignants à domicile ayant un faible niveau d'alphabétisation et s'appuient sur des illustrations pratiques telles que « Comment faire pour... », sur des fiches explicatives imagées et des outils d'évaluation. Le groupe de travail s'est assuré que les conseils délivrés dans les directives étaient appropriés et qu'ils pouvaient être mis en application grâce à un projet pilote communautaire de huit semaines, à Kampala et Mukono, et l'organisation d'ateliers en octobre 2009 pour quarante-sept formateurs provenant de vingt-trois organisations d'aide à domicile. Ce projet a effectué des enquêtes locales pour identifier de petites actions concrètes qui aideraient les familles et les autres soignants à éviter les risques provoqués par de mauvaises pratiques en matière d'hygiène. Ces actions ont été testées et améliorées avant leur intégration aux directives.

Durant le programme pilote, les familles ont répondu positivement à des idées telles que des dispositifs maison comme le « tippy tap », qui les a aidées à réduire la quantité d'eau nécessaire au lavage des mains. Un client et bénévole de la communauté, Charles Byamukama, déclare : « J'avais au moins un épisode de diarrhée par mois, mais depuis que j'ai amélioré mes pratiques d'hygiène à la maison, trois mois peuvent s'écouler sans une seule crise. » Les soignants ont également accepté l'idée d'utiliser les cendres comme ressource gratuite pour le lavage des mains, notamment dans les zones où le savon fait défaut.

L'approche de cette « formation interactive » a permis aux participants de se sentir réellement impliqués et ils sont repartis avec de nouveaux savoirs spécifiques à mettre en application chez eux (comment faire, par exemple, pour changer les draps sans avoir à sortir une personne de son lit). La formation a également aidé les gens à développer une attitude positive vis-à-vis des pratiques WASH, ce qui augmentait leur volonté et leur aptitude à gérer des questions difficiles et habituellement taboues, comme la manipulation hygiénique des selles et du sang menstruel, des tâches qu'ils étaient souvent conduits à effectuer, mais pour lesquelles ils n'avaient reçu aucune formation.

### Le succès

Ce programme a généré un vif intérêt pour l'intégration des pratiques WASH dans les soins à domicile pour les personnes atteintes par le VIH, au niveau des politiques nationales et de la mise en place locale. La probabilité de réussite est élevée, notamment si les activités peuvent être intégrées à tous les programmes existants. Les vingt-trois organisations partenaires impliquées ont intégré WASH à leurs programmes de soins locaux des personnes atteintes par le VIH et des opportunités existent pour faire en sorte que l'ensemble du personnel médical au niveau communautaire acquière les compétences nécessaires pour agir de la même façon. Le gouvernement a demandé à toutes les agences et les organisations impliquées dans la délivrance de soins à domicile et de soins palliatifs liés au VIH d'intégrer les pratiques WASH dans leurs programmes, garantissant ainsi la pérennité à long terme de l'approche.

16. ONUSIDA, 2009, estimation, <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/uganda/>.

17. Ministère de la Santé de l'Ouganda, USAID, UWASNET, PLAN Uganda, *Améliorer les pratiques en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) des soignants à domicile d'Ouganda, de leurs patients et leurs aidants à domicile : guide du participant*, <http://www.hip.watsan.net/page/4043>.



Regis Sicheuuga, qui est séropositive, montre à ses petits-enfants comment se laver les mains.

### Conclusions

- L'intégration par le ministère de la Santé des approches en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les soins à domicile au niveau des politiques nationales – et sa demande à tous les intervenants d'agir également de la sorte – a garanti la pérennité de l'approche.
- Un pilotage réussi au niveau communautaire peut stimuler le soutien à des stratégies intersectorielles au niveau local et national.

### Autres exemples

- **En Éthiopie :** les gouvernements locaux ont soutenu l'accès à l'eau et à la terre pour un programme de jardins urbains développé par l'USAID à destination des personnes atteintes par le VIH, intégrant ainsi les jardins communautaires, l'eau et l'assainissement, la santé, la finance et l'entrepreneuriat dans vingt villes à travers l'Éthiopie. Afin de garantir l'accès à la terre, les services de la santé, de l'agriculture, du commerce et des finances de la ville d'Addis-Abeba ont établi des partenariats pour mettre en place une politique agricole urbaine intégrée qui puisse servir de modèle pour les autres villes.
- **En République démocratique du Congo :** un consortium local d'inspiration religieuse gère un programme qui donne aux communautés les moyens de lutter contre la violence sexuelle à travers la création de comités de protection communautaire et de sensibilisation au problème du VIH et du sida. Ils sont intégrés à des programmes concernant la santé, l'eau et l'assainissement, afin de réduire la vulnérabilité à la violence et d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

## Améliorer la santé de l'enfant : l'intégration de programmes de santé et d'éducation aux Philippines

### Le défi

Aux Philippines, les maladies diarrhéiques et respiratoires tuent 82 000 enfants chaque année<sup>18</sup>. De simples mesures d'hygiène permettraient pourtant d'accroître la protection vis-à-vis des maladies : se laver les mains avec du savon réduit ainsi de 40 % l'incidence de la diarrhée<sup>19</sup>. Le plan d'action en sept points de l'UNICEF et l'OMS pour l'éradication de la diarrhée<sup>20</sup>, publié en 2009, identifie cette pratique comme l'un des cinq éléments clés de la prévention.

Les structures gouvernementales peuvent représenter un obstacle à la lutte contre la maladie, mais, aux Philippines, une initiative intersectorielle a impulsé une nouvelle dynamique aux efforts de prévention de la diarrhée.

### La solution

Utiliser les écoles du pays comme canal d'éducation des enfants aux risques d'une mauvaise hygiène, en leur permettant d'acquiescer de bonnes pratiques comme se laver les mains avec du savon, faisait partie de la démarche gouvernementale depuis quelques années déjà. Cela étant, il n'était pas toujours évident de savoir à qui revenait la responsabilité principale de la promotion et du financement de ce qui constituait une initiative à la fois éducative et sanitaire.

En 2009, le gouvernement, aux niveaux national et régional, et l'ONG locale Fit for School ont collaboré afin d'élaborer une approche mieux coordonnée pour la mise en place et le financement d'un programme efficace d'éducation à l'hygiène dans les écoles. Il en est résulté un protocole d'accord, signé en mai 2009 par le ministère de l'Éducation (DepED), la Ligue des provinces des Philippines et Fit for School Inc. Cet accord établissait les rôles et les responsabilités de chaque organisation au sein du Programme de soins de santé essentiels (EHCP) du gouvernement. Fit for School, qui veille au contrôle et à l'évaluation, est en charge de l'échange de bonnes pratiques entre les écoles, les services et les régions qui mettent en application le programme.

L'EHCP est différent, car il focalise ses actions autour des questions de santé essentielles sur les écoliers des écoles primaires par le biais d'une collaboration intersectorielle intégrant la santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement. Sur le plan pratique, il a établi un système où, chaque jour, à l'école, les enfants se lavent les mains avec du savon et les dents avec un dentifrice fluoré. En outre, il renforce le programme national de déparasitage pour tous les enfants deux fois par an. Parvenir à convaincre les écoles de prendre part à la Journée mondiale du lavage des mains donne une impulsion supplémentaire à la campagne.

Le programme vise les écoliers de six à douze ans, en exigeant des écoles qu'elles organisent des activités de groupe supervisées de lavage des mains et de brossage de dents au moins une fois par jour. Les écoles primaires de l'État accueillent seize millions d'enfants, dont désormais plus d'un million, dans plus de 4 000 écoles, pratiquent ces gestes d'hygiène de base<sup>21</sup>. Ce que les enfants apprennent aura de fait une incidence future sur leurs familles et leurs communautés.

Un an après le lancement de ce programme coordonné, les résultats étaient encourageants : l'absentéisme à l'école dans le groupe d'intervention était de 30 % inférieur à celui du groupe de contrôle, le nombre d'enfants avec un indice de masse corporelle au-dessous de la normale avait baissé de 20 % et les infections orales de 40 %.

### Le succès

L'EHCP présente une simplicité de conception, d'appropriation et de participation, d'abord et d'évolutivité, d'institutionnalisation et un retour sur investissement élevé pour les enfants philippins. Les premiers résultats indiquent que l'initiative semble avoir un effet durable. La collaboration intersectorielle dans les secteurs éducatif et de la santé, et au niveau des politiques, est en pleine évolution et de plus en plus intégrée comme une composante des budgétisations locales en tant que solution pour améliorer les pratiques d'hygiène au niveau de l'individu, de la famille et de la communauté. En 2009, il a été décidé que les Philippines célébreraient la Journée mondiale du lavage des mains le 15 octobre de chaque année.



© 2011 Fit for School, Inc

**« Je suis très fier de Fit for School et du Programme de soins de santé essentiels. Il nous aide à progresser sur un certain nombre d'OMD pour lesquels les Philippines sont au-dessous des cibles prévues. C'est devenu un tel succès pour notre pays, grâce aux trois « S » [en anglais] : simplification [simplification], évolutivité [scalability] et pérennité [sustainability]. Outre les bénéfices tangibles pour nos enfants, cela a entraîné une collaboration plus étroite entre le domaine de la santé et celui de l'éducation. »**

Brother Armin Luistro, Secretary of Education, Philippines

### Conclusions

- Dépasser les divisions ministérielles au niveau du gouvernement par le biais d'une stratégie intersectorielle peut faciliter une action plus efficace sur les questions de santé.
- Assurer l'adhésion locale et nationale à un programme intégré peut permettre des interventions abordables, évolutives et à forte incidence.

### Autres exemples

- **Au Nicaragua:** les ministères de la Santé et de l'Éducation et les autorités locales collaborent avec des jeunes pour améliorer la santé sexuelle et reproductive dans une approche qui inclut des services de santé améliorés et la collecte de données de santé dans les écoles et les clubs de jeunesse.
- **Au Zimbabwe et en Afrique du Sud:** une stratégie basée sur l'éducation communautaire par le biais de clubs de santé communautaire assure un développement intégré et durable à travers la promotion de l'hygiène, la prévention d'épidémies comme le choléra, le contrôle de la croissance et du développement des enfants, et le soutien aux personnes vivant avec le VIH.

18. Ministère de la Santé, Philippines, mentionné par Fit for School Inc, <http://www.fitforschool.ph/handwashing.html>.

19. *Ibid.*

20. UNICEF/OMS, 2009, rapport conjoint, *Diarrhée : pourquoi des enfants continuent d'en mourir et ce que l'on peut faire*, [http://www.unicef.org/health/files/Final\\_Diarrhoea\\_Report\\_October\\_2009\\_final.pdf](http://www.unicef.org/health/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf).

21. <http://www.globalhandwashing.org/philippines>.

## Intensifier les efforts : la construction d'approches intégrées au niveau national

### Le défi

Deux pays en voie de développement – le Népal et l'Éthiopie – ont des besoins sanitaires très importants, tout particulièrement dans les zones reculées et pauvres où l'accès aux centres de santé et aux autres structures est limité. Les ressources doivent être élargies, mais là où les stratégies manquent de coordination, l'impact est réduit.

Ces deux pays ont cependant engagé des initiatives pour instaurer une coordination plus efficace en intensifiant l'intégration de la santé et des programmes qui s'y rapportent au niveau national.

### Au Népal

Une enquête indépendante a montré qu'au Népal, les secteurs de la santé et de l'assainissement étaient freinés par un manque de coordination institutionnelle qui en compromettait l'efficacité. Afin d'établir de meilleures relations intersectorielles, le ministère de la Santé et de la Population (MoHP) a, avec le soutien de l'ONG WaterAid et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), organisé en 2009 un atelier réunissant d'éminentes personnalités des secteurs de la santé, de l'éducation, du développement local et des secteurs WASH. À la suite de ces discussions, le secteur de la santé a développé une meilleure coordination avec les organisations du secteur WASH sur un certain nombre d'aspects liés à la santé, ce qui s'est traduit au final par une amélioration de la collaboration et de la communication.

La même année, une épidémie de maladies diarrhéiques, qui a provoqué 346 décès, a souligné les difficultés liées au manque de clarté des sphères de responsabilité concernant les actions à entreprendre. Le secteur de la santé se concentrait sur l'approvisionnement en traitements pour sauver des vies, tandis que le secteur WASH se focalisait sur les mesures préventives. Cet incident a souligné la nécessité d'une intégration plus étroite et d'une action stratégique ciblée. En 2009, la première étape a consisté à former tous les professionnels de la santé publique au niveau régional et du district sur les questions liées au programme WASH au cours d'un atelier régional organisé par le MoHP, WaterAid au Népal, l'UNICEF et l'OMS.

### Coordination stratégique

Sur le plan national, l'étape la plus récente de la stratégie du gouvernement en matière de santé – le Programme II du Népal de soutien au secteur de la santé – est entré en vigueur en 2010. Ce plan stratégique sur cinq ans comprend des projets visant à donner la priorité au programme WASH en tant que thème transversal au sein du secteur de la santé. Les implications pratiques qui en découlent sont les suivantes : promouvoir l'hygiène et l'assainissement au travers des infrastructures institutionnelles existantes ; intégrer la promotion de l'hygiène et de l'assainissement dans d'autres secteurs essentiels de la santé ; établir un système de surveillance de la qualité de l'eau et promouvoir l'utilisation d'eau propre ; inclure WASH dans l'éducation en matière de santé pour promouvoir l'évolution des comportements ; et renforcer la collaboration et la coordination intersectorielles.

Un travail supplémentaire doit désormais être accompli afin d'intégrer WASH à d'autres programmes de santé (par exemple, la santé reproductive, la santé des enfants, l'épidémiologie, le VIH, la nutrition, l'évolution des comportements, la communication et la formation du personnel médical), d'améliorer les liens entre la santé et le programme WASH, et aux travers des programmes.

### En Éthiopie

En Éthiopie, une femme meurt toutes les vingt-cinq minutes de complications liées à l'accouchement, le plus souvent dans les zones rurales, éloignées de tout centre de santé<sup>22</sup>. En réponse à ce problème et à d'autres défis qui se posent dans les zones rurales, le gouvernement a lancé en 2004 le Programme d'extension de la santé (HEP). Celui-ci élargit le programme de santé nationale pour y inclure des services de santé communautaire, avec pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de santé de base dans les villages et les foyers, en se concentrant sur des actions préventives durables et une sensibilisation accrue à la santé, de manière à trouver la façon la plus efficace de transférer les ressources de santé des populations urbaines aux populations rurales.

L'HEP est un ensemble de services de santé primaire, préventifs et curatifs. Cet ensemble donne des compétences et des connaissances appropriées aux communautés ce qui leur permet de prendre des décisions en connaissance de cause à propos de leur propre santé. Son but est de créer une société saine, qui jouera un rôle actif dans la réduction de la pauvreté.

### Santé intersectorielle

Pour établir l'HEP, le gouvernement a mis en place un réseau complet d'unités de soins de santé primaires, avec un poste sanitaire dans chaque village de 5 000 habitants, relié à des structures de santé de référence. Chaque poste sanitaire compte deux agents de vulgarisation sanitaire, des professionnelles de santé communautaire formées pour délivrer l'ensemble des seize services de santé essentiels du programme. Ces services couvrent quatre domaines principaux :

- Les services de santé familiale (santé maternelle et infantile, planning familial, vaccination, santé de l'adolescent et nutrition) ;
- L'hygiène et l'assainissement environnemental (systèmes d'évacuation des excréments, gestion des déchets solides et liquides, sécurité de l'eau, hygiène alimentaire, hygiène personnelle) ;
- La prévention et le contrôle des maladies (VIH, tuberculose, paludisme, premiers soins) ;
- L'information, l'éducation et la communication.

Plus de 31 000 agents de vulgarisation sanitaire sont désormais formés et déployés à travers les 15 000 villages du pays et dans plus de 12 000 postes sanitaires. Une étude a montré que l'HEP a amélioré l'accès à des services de prévention et de traitement dans les communautés rurales et facilité l'amélioration des pratiques d'hygiène et de santé au niveau local.

22. Centre d'informations des Nations unies, 25 mai 2011, <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=38503&Cr=maternal&Cr1=>.



FMOH Ethiopia



Miguel Alvarez

« L'implication du secteur de la santé dans les initiatives de promotion du programme WASH au cours des deux dernières années s'est révélée encourageante : ce processus doit désormais être institutionnalisé au niveau communautaire et nous devons établir une coordination avec les autres ministères. »

Badri Bahadur Khadka, directeur, Éducation de santé nationale, Centre d'information et de communication, ministère de la Santé et de la Population, Népal

### Conclusions

- Identifier des personnalités reconnues dans tous les secteurs pertinents peut améliorer la coordination et la collaboration intersectorielles et promouvoir une intégration plus poussée des services.
- Là où les ressources sont limitées, l'établissement de programmes au niveau local peut accroître la portée des services nationaux.

## Enseignements et recommandations



Les initiatives décrites dans ce rapport constituent des exemples concrets sur la manière de parvenir à la mise en place de projets intersectoriels et expliquent pourquoi il est si important d'agir ainsi. Les modèles d'intégration réussis répondent aux besoins des communautés et des États et impliquent un leadership puissant de la part des agences gouvernementales responsables. Les expériences et les leçons tirées de ces études de cas inspirent les recommandations suivantes à l'intention des décideurs politiques :

### 1. La participation communautaire est essentielle à la conception de programmes intégrés qui correspondent à des réalités vécues et renforce ainsi l'adhésion au programme et sa pérennité.

- Engager les communautés à déterminer leurs besoins et priorités, ainsi qu'à concevoir, mettre en place et évaluer les approches intégrées.

Ces études de cas montrent les bénéfices qui résultent de la participation des communautés à la conception et à la mise en place de programmes. Cela garantit un taux de couverture des usagers et un impact plus important. La réelle implication communautaire favorise, elle, la pérennité des projets. Les communautés peuvent montrer ce que l'« intégration » signifie dans la vie réelle en soutenant les décisions adoptées par les décideurs dans ce domaine et en informant leur entourage de l'existence et du bénéfice de ces programmes. La participation communautaire et le leadership contribuent au développement de politiques et de projets en harmonie avec les besoins prioritaires et améliorent l'acceptation et l'impact parmi les populations concernées. Les gouvernements nationaux qui intègrent la participation des communautés à la conception, à la mise en œuvre et au contrôle des projets sont mieux armés pour garantir que les réponses soient basées sur de véritables besoins, qu'elles reflètent le mode de vie des gens et qu'elles soient durables sur le long terme. Ces gouvernements demeurent responsables vis-à-vis de la communauté.

### 2. Un leadership politique de haut niveau permet de mieux cibler les besoins et la mobilisation des ressources.

- Assurer le soutien politique aux niveaux les plus élevés pour des réponses intégrées à des besoins identifiés.
- Maintenir un appui politique en créant un mécanisme qui promouvra et aidera à faciliter la coordination et la communication parmi les différents secteurs et ministères ; déléguer et préciser les rôles et les responsabilités de chaque agence ou ministère.

Les projets intégrés mentionnés ont bénéficié de mécanismes de coordination existants et d'un important soutien politique. Établir un cadre qui définit clairement les responsabilités et les rôles de chaque agence, institution et ministère facilitera la coordination et la collaboration, tout comme un leadership puissant au niveau national, régional et du district. Ces projets réussis ont également montré la nécessité d'une formation et d'un appui budgétaire pour les services adéquats afin de renforcer et de soutenir leurs capacités à l'égard de la coordination intersectorielle.

### 3. Des approches intégrées et intersectorielles reflètent et répondent plus précisément aux facteurs déterminants de la pauvreté et de la maladie.

- Inclure les indicateurs intersectoriels dans les cadres d'évaluation pour assurer un suivi au sein des plans sectoriels, comme la santé, l'eau, l'assainissement, l'hygiène et la nutrition.
- Encourager et formaliser la coordination avec les autres ministères concernés et s'assurer que ces ministères, ainsi que les organisations de la société civile appropriées, adoptent des décisions communes au travers des secteurs.

Alors que le contrôle et l'évaluation influencent fortement la façon dont les projets sont mis en place et les domaines auxquels les responsables décident de consacrer le plus de temps, de ressources et d'efforts, les gouvernements peuvent promouvoir des approches mieux intégrées et coordonnées en adoptant des indicateurs qui mesurent les efforts consentis dans les plans sectoriels concernant la santé, l'eau, l'assainissement et la nutrition.

### 4. Des programmes intégrés de qualité peuvent s'avérer efficaces (coût/efficacité) pour les bailleurs de fonds et accroître l'efficacité du point de vue des décideurs politiques.

- Développer des plans pluriannuels pour financer une programmation intégrée et garantir la durabilité.
- Identifier la ou les manières d'apporter un financement flexible aux pays partenaires afin de soutenir leurs priorités et de financer des approches multisectorielles.

Parce que les programmes intégrés proposent des services variés à travers une seule plate-forme d'approvisionnement, ils peuvent plus efficacement tirer parti des infrastructures d'investissement et réduire la multiplication des efforts induite par une myriade de fournisseurs. Ces programmes facilitent en outre grandement l'accès des familles aux services dont elles ont besoin, et de ce fait le rendent plus probable.

Des plans et des engagements pluriannuels durables de la part des gouvernements ou des bailleurs de fonds plutôt que des projets à court terme augmentent la cohérence des politiques, la coordination et les chances de succès. Un facteur clé du succès a été la volonté des bailleurs de fonds de proposer un financement plus flexible aux pays partenaires avec un soutien à leurs axes prioritaires, le financement d'approches multisectorielles et l'appui à la prise en considération d'indicateurs intersectoriels dans les plans nationaux. Un financement flexible réduit aussi le lourd fardeau du contrôle, des évaluations, de la comptabilité et de l'élaboration de rapports séparés, qui apparaît lorsque les pays doivent prendre en compte de manière liée plusieurs maladies ou interventions, ou gérer des dons spécifiques alloués par d'innombrables sources. Les exemples décrits témoignent de l'importance du soutien des bailleurs de fonds aux approches multisectorielles dans chaque pays, de la promotion d'une coordination par le biais des ministères, de l'appel à la participation des ministères concernés et des organisations de la société civile au processus national de planification.

### 5. Le financement d'approches intégrées au niveau communautaire permet de mettre en évidence ce qui fonctionne et fournit des pistes pour orienter les efforts de planification nationale et renforcer les stratégies.

- Soutenir la programmation intégrée en cours dans les pays à faible revenu, notamment à travers le financement de programmes pilotes pour orienter la planification et l'élaboration des politiques au niveau national.

Comme l'illustrent ces exemples, la conception de programmes efficaces peut impliquer un certain nombre d'essais et d'erreurs qui permettent d'évaluer les combinaisons d'actions en mesure de délivrer le résultat optimal, les mécanismes de coordination efficaces et les ressources nécessaires pour garantir le succès. Les bailleurs de fonds et les gouvernements nationaux peuvent soutenir l'intégration à travers le financement et la conception de programmes pilotes, qui seront de véritables terrains d'expérimentation pour accroître l'intégration à une plus grande échelle. Les leçons tirées de ces programmes pilotes peuvent orienter les politiques à tous les niveaux, des programmes locaux aux programmes nationaux.



### Remerciements

Nous souhaitons exprimer notre reconnaissance aux différentes organisations qui ont contribué aux études de cas primaires du présent rapport :

Académie pour le développement de l'éducation  
Églises de Bulawayo  
Fit for School  
Ministère de la Santé de la République fédérale démocratique d'Éthiopie  
PLAN International Uganda  
Réseau ougandais d'ONG œuvrant dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement

Nous remercions également les diverses organisations qui ont fourni des exemples de programmation intégrée dans le monde :

Children Without Worms (page 7)  
PSI (page 7)  
Health Poverty Action (page 9)  
Women and Children First UK, Centre for International Health and Development at University College London, Ekjut and the Perinatal Care Project at the Diabetic Association of Bangladesh (BADAS) (page 9)  
Food for the Hungry (page 11)  
CARE Bangladesh (page 11)  
DAI (page 13)  
Programme de Promotion des Soins de Santé Primaires (PPSSP) (page 13)  
Plan International UK (page 15)  
Africa AHEAD (page 15)

---

**« Nous devons maximiser la portée de l'investissement en intégrant nos efforts en faveur des maladies et des secteurs par le biais d'outils et d'approches innovantes, rentables, basées sur des éléments factuels en créant des canaux financiers plus efficaces <sup>23</sup>. »**

---

Ban Ki-moon, secrétaire général de l'Organisation des Nations unies, Stratégie mondiale pour la santé de la mère et de l'enfant, Nations unies, 2010



Action Against Hunger | ACF International  
[www.actionagainsthunger.org.uk](http://www.actionagainsthunger.org.uk)  
[e.gonzalez@aahuk.org](mailto:e.gonzalez@aahuk.org)

---



Action for Global Health  
[www.actionforglobalhealth.eu](http://www.actionforglobalhealth.eu)  
[violaine.gagnet@medecinsdumonde.net](mailto:violaine.gagnet@medecinsdumonde.net)

---



End Water Poverty  
[www.endwaterpoverty.org](http://www.endwaterpoverty.org)  
[fleuranderson@endwaterpoverty.org](mailto:fleuranderson@endwaterpoverty.org)

---



PATH  
[www.path.org](http://www.path.org)  
[hrendall@path.org](mailto:hrendall@path.org)

---



Tearfund  
[www.tearfund.org](http://www.tearfund.org)  
[stephanie.gill@tearfund.org](mailto:stephanie.gill@tearfund.org)

---



WaterAid  
[www.wateraid.org](http://www.wateraid.org)  
[yaelvelleman@wateraid.org](mailto:yaelvelleman@wateraid.org)

---

23. *Stratégie mondiale pour la santé de la mère et de l'enfant*, ONU, 2010.