

**TIME TO
DELIVER**

Naître sans eau

La crise dans
nos salles
d'accouchement

Miatta Kromah, enceinte
de dix mois, à la clinique
Diah, Grand Cape Mount,
Libéria. Janvier 2026.

Contenu

Avant-propos	3
Résumé analytique	4
Appels à l'action	7
La voix des femmes : Estely Banda	9
Introduction	10
Méthodologie	12
La voix des femmes : Haratu Kiewen	13
De nouvelles données très inquiétantes révèlent l'existence dans les pays à revenu faible d'une crise mortelle de la septicémie maternelle, pourtant évitable.	14
Des salles d'accouchement non sécurisées	14
Taux de septicémie maternelle dans le monde	17
L'accès à l'EAH dans les établissements de soins de santé	19
Impacts sur le personnel de santé	20
La voix des femmes : Zelifa Mzoma	21
Résultats et analyse de l'exercice d'écoute	22
Étude de cas pays : Cambodge	27
Étude de cas pays : Ghana	28
Les systèmes de santé sont-ils conçus pour les femmes ?	30
La voix des femmes : Shenette Khaula Shamu	33
Analyse des politiques dans une sélection de pays	34
Étude de cas pays : Tanzanie	36
Argumentaire d'investissement plus large en faveur de l'EAH dans les établissements de soins de santé	38
Étude de cas pays : Zambie	40
Conclusion	41
La voix des femmes : Elizabeth Nyanga	41
Recommandations	42
Références	46

Avant-propos

Toutes les deux secondes, une femme accouche dans un établissement de santé dépourvu d'eau propre, d'installations sanitaires sûres et de conditions d'hygiène adéquates. Les femmes et les filles sont ainsi exposées à des risques sanitaires qu'elles ne devraient tout simplement pas avoir à affronter. Pourtant, cette situation ne découle pas tant d'un manque de solutions, de technologies ou de moyens financiers que du fait que, trop souvent, l'essentiel ne figure pas au premier rang des priorités.

Compte tenu des progrès remarquables qui ont été accomplis dans le domaine médical, il est légitime de penser qu'accoucher dans un établissement de santé garantit les meilleurs soins possibles pour les mères et leurs bébés. Pourtant, des millions de femmes et d'enfants risquent chaque jour leur vie faute d'accès à de l'eau propre pour se laver les mains, aller aux toilettes, nettoyer ou boire. Par exemple, les infections se propagent bien plus facilement en l'absence de services d'hygiène de base. En outre, les agents et agentes de santé sont contraints d'accompagner leurs patientes sans disposer des outils essentiels qu'ils savent nécessaires pour les protéger, elles et leurs enfants. De fait, les mères et les nouveau-nés sont confrontés à des dangers tout à fait évitables.

Les discussions sur le développement mondial et les droits fondamentaux peuvent parfois sembler abstraites ou déconnectées de la réalité, en particulier à une époque marquée par des pénuries de ressources et des crises concurrentes qui accaparent l'attention. Cet enjeu n'est toutefois ni abstrait ni chimérique. Fournir un accès à de l'eau propre, à des toilettes décentes et à des installations de lavage des mains compte parmi les investissements les plus pragmatiques et rentables que les systèmes de santé peuvent réaliser. C'est ce que demandent les femmes et le personnel de santé. Nos gouvernements ont la possibilité de répondre à leurs attentes, et nous avons le pouvoir de porter ce sujet à leur attention.

Ce rapport présente de nouvelles données probantes, recueillies dans 16 pays d'Afrique subsaharienne et de la région Asie-Pacifique, qui dévoilent l'ampleur de cette crise trop souvent négligée. Chaque année, plus de 13,5 millions de femmes accouchent dans des établissements dépourvus de services de base d'approvisionnement en eau, d'assainissement ou d'hygiène. La septicémie maternelle reste l'une des principales causes de mortalité maternelle. Des mesures aussi élémentaires que l'accès à de l'eau propre peuvent contribuer à prévenir la septicémie, et ce, à un coût nettement inférieur à celui de son traitement. Des ressources de base simples et abordables comme de l'eau propre, des toilettes et des dispositifs de lavage des mains pourraient réduire les infections et les décès maternels d'au moins 50 %.

Les statistiques présentées dans ce rapport reflètent la réalité de multitudes de femmes, de familles et d'agents de santé confrontés à des risques considérables et pourtant évitables. Ce rapport se fait l'écho de leur puissant message. Leurs témoignages mettent en évidence les conditions inacceptables dans lesquelles tant de femmes sont contraintes d'accoucher et de récupérer. Leurs attentes sont explicites : elles ne se préoccupent pas uniquement des soins qui leur sont prodigués, mais également de leur dignité. Elles veulent se sentir en sécurité, respectées et protégées à un moment de vulnérabilité extrême. D'autre part, les agents et agentes de santé expriment leur frustration de ne pas pouvoir prendre correctement en charge les patientes en raison du cruel manque d'équipements les plus élémentaires. Il ne s'agit pas de revendications abstraites, mais d'appels concrets à opérer des changements tout à fait réalisables.

Tout au long de mon action dans le domaine de l'égalité des genres et du développement international, notamment en tant que directrice pays de WaterAid Éthiopie, puis en tant que membre du Conseil d'administration de WaterAid, j'ai pu constater le pouvoir transformateur des interventions combinant eau propre, assainissement et hygiène. Leurs résultats sont d'autant plus frappants lorsque les femmes sont placées au cœur des processus de planification et de prise de décisions. Ce constat se vérifie à tous les niveaux, des foyers aux écoles en passant par les établissements de santé. L'eau, l'assainissement et l'hygiène sont d'une importance vitale dans le domaine de la santé. Ils protègent les familles à un moment particulièrement délicat, renforcent les systèmes de santé et soutiennent le personnel de première ligne. S'assurer que chaque établissement de santé propose de l'eau potable, des toilettes décentes et de bonnes conditions d'hygiène à ses patients ne relève pas tant de l'exploit technologique que d'une volonté politique et d'investissements coordonnés.

Les gouvernements et les dirigeants du monde entier ont ici l'occasion de transformer des engagements reconnus de longue date en progrès mesurables. Ils ont là une chance de s'informer sur les attentes des femmes et d'ouvrir enfin les yeux sur la solution, à la fois simple et abordable, qui se trouve juste devant eux. Chaque femme a le droit de vivre sa grossesse et son accouchement en toute sécurité. Il est grand temps que les gouvernements agissent.

D^{re} Helen Pankhurst, C.B.E.
Militante britannique pour les droits des femmes



Clare Newton FRSA

Résumé analytique

Le présent rapport lance un appel à l'action clair : les femmes paient de leur vie la non-fourniture d'un accès universel à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (EAH) dans les établissements de santé.

Toutes les deux secondes, une femme accouche dans un établissement de santé dépourvu d'eau propre, de toilettes décentes et de bonnes conditions d'hygiène, ce qui l'expose, ainsi que son bébé, à des infections potentiellement mortelles. Ces infections peuvent entraîner une septicémie – une réaction grave et potentiellement mortelle qui pousse le corps à attaquer ses propres organes. Au sein des 16 pays étudiés aux fins de ce rapport, les données montrent bien que plus de 3 800 femmes pourraient être épargnées de la septicémie chaque année grâce à la fourniture simple et abordable d'une eau propre, de toilettes décentes et de bonnes conditions d'hygiène dans les établissements de santé. D'après des données issues de 46 pays les moins avancés, le coût pour sauver ces vies est d'environ 1 dollar par habitant.

Au sein des 16 pays étudiés dans le cadre du rapport :

- 76,1 % des naissances en Afrique et 64,5 % des naissances en Asie ont lieu dans des établissements de soins dépourvus d'installations EAH de base.
- En Afrique subsaharienne, **les mères atteintes de septicémie ont 144 fois plus de chances** de mourir qu'en Europe occidentale et en Amérique du Nord.
- Le manque d'hygiène pendant l'accouchement est responsable d'infections entraînant **une septicémie maternelle dans une naissance sur neuf en Afrique.**
- Pour **1 dollar par habitant** – un coût inférieur au traitement – la **prévention de la septicémie pourrait permettre d'éviter 1,7 million de cas et 3 800 décès maternels dus à la septicémie chaque année dans les 16 pays concernés**, et jusqu'à 9,5 millions de cas et 8 580 décès maternels dus à la septicémie à l'échelle mondiale.

Jenitha, 21 ans, donne de l'eau à son bébé Regina à l'un des nouveaux robinets communautaires de leur communauté côtière d'East Sepik, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en avril 2024.

Chaque femme a le droit d'accoucher en toute sécurité et dans la dignité. Et pourtant, malgré près de 200 ans de données probantes établissant un lien entre hygiène et accouchement sans risque, et d'engagements politiques généralisés en faveur de la santé maternelle, ce n'est pas toujours le cas. L'EAH reste une question d'intérêt secondaire dans les politiques, les plans et les financements. Des normes existent, mais il ne s'agit pas d'une priorité politique de haut niveau bénéficiant d'investissements durables.

Les témoignages des femmes mettent à nu les conséquences pour les vies humaines. Les femmes racontent effectuer le travail sans eau pour se laver ou laver leur nouveau-né, font état de toilettes verrouillées, bloquées ou inutilisables, et décrivent des stations de lavage des mains endommagées ou sans eau. Ces conditions les privent de leur dignité et les poussent à accoucher à domicile, dans des conditions dangereuses, loin de toute assistance qualifiée. Elles creusent également les inégalités entre les genres, en exposant les femmes à des infections évitables et à la charge des soins non rémunérés, qu'elles doivent souvent assumer en cas d'infections d'autrui dans les établissements de santé. Le personnel de santé – dont 70 % sont des femmes – souffre également : l'absence de services EAH de base dans les établissements de santé affecte fortement ses conditions de travail.

Mais cette situation n'a pas lieu d'être. L'EAH universel dans les établissements de santé est abordable, rapide à mettre en œuvre et très rentable, avec des résultats probants sur les plans sanitaire et économique. Investir dans le secteur EAH est l'un des moyens les plus rapides et les plus pratiques d'accélérer les progrès en matière d'égalité des genres. Cela réduit la mortalité maternelle et infantile, renforce les systèmes de santé, limite la résistance aux antimicrobiens et stimule la productivité économique, dans le respect des résolutions mondiales existantes, des promesses faites aux femmes et aux filles, et de leur droit à la santé.

Le message du rapport est clair : L'EAH dans les établissements de santé n'est pas un aspect facultatif de la santé maternelle. C'est la pierre angulaire à l'appui de soins sûrs, de l'égalité des genres et de la résilience des systèmes de santé.

Miatta Kromah tenant la main de sa petite fille après l'avoir accouchée à la clinique Diah, à Grand Cape Mount, au Libéria. Janvier 2026.



Les solutions sont éprouvées. Les pouvoirs publics disposent des données probantes ; il ne manque désormais qu'une action décisive. Les femmes réclament l'EAH dans les établissements de soins de santé ; c'est leur droit.

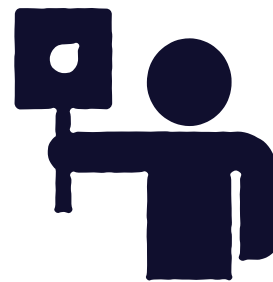
Les pouvoirs publics doivent considérer cette question comme un fondement non négociable de soins maternels et néonataux de qualité, en finançant, en fournissant et en concevant des établissements qui respectent le droit des femmes à un accouchement sans danger et à un accès égal aux soins de santé. Les partenaires de développement doivent être à la hauteur de cette ambition en soutenant les dirigeants nationaux par des financements réels, en plaçant l'EAH au cœur des programmes de santé maternelle et en soutenant les femmes dans leur demande de soins sûrs, respectueux et dignes – en particulier celles qui vivent dans la pauvreté et qui sont confrontées aux obstacles économiques et sociaux les plus importants entravant l'exercice de leurs droits.

Il est temps de fournir de l'eau propre à chaque femme et à chaque naissance. Le changement commence par l'eau.



Gloria Zimba tient son bébé dans un centre de soins de santé du district de Kasungu, dans la région centrale du Malawi. Janvier 2026.

Appels à l'action



Gouvernements nationaux

- **Faire de l'EAH dans les établissements de soins de santé une priorité et une exigence d'action publique :** Donner la priorité aux services et comportements EAH tenant compte des questions de genre dans les stratégies, normes et cadres de suivi nationaux, et les intégrer en tant que composante clé de l'ensemble essentiel de tous les soins maternels et néonataux.
- **Financer l'EAH pour les femmes :** Augmenter les budgets de santé consacrés à l'EAH tenant compte des questions de genre dans les établissements de santé, en s'appuyant sur des plans nationaux et des feuilles de route chiffrés.
- **Garantir des soins respectueux, sûrs et inclusifs pour les femmes, dans toute leur diversité, en les plaçant au centre des préoccupations :** Investir dans un approvisionnement en eau propre, des toilettes décentes et une bonne hygiène dans les établissements de santé, former et équiper les agents et agentes de santé, et créer des systèmes où l'opinion des femmes sert de boussole aux services et responsabilise les prestataires.

Partenaires de développement

- **Les partenaires de développement doivent concrétiser leurs promesses en soutenant les dirigeants, les stratégies et les systèmes nationaux,** et en considérant l'EAH comme un élément fondamental de la santé maternelle à travers les mesures suivantes.
- **Le placement de la question de l'EAH dans les établissements de soins de santé au cœur des programmes de santé maternelle et néonatale** et des cadres de résultats.
- **L'augmentation des financements consacrés à l'EAH dans les établissements de santé,** du renforcement des systèmes et de la coordination intersectorielle.
- **La défense et le soutien du leadership des femmes dans l'ensemble du système de santé,** en veillant à ce que leurs besoins en tant que patientes et agentes de santé soient satisfaits. La facilitation de la participation significative de femmes de tous horizons – en particulier celles qui vivent dans la pauvreté et qui sont confrontées aux obstacles économiques et sociaux les plus importants entravant leur capacité à exiger des soins sûrs, respectueux et dignes – à la prise de décisions et aux rôles de direction qui obligent le système à rendre des comptes.



Femmes dans un établissement de soins de santé dans le district de Kasungu, région centrale, Malawi. Janvier 2026.

WaterAid/Sophie Harris-Taylor

Du matériel médical est nettoyé après un accouchement à la clinique Diah, dans le comté de Grand Cape Mount, au Libéria. Janvier 2026.

WaterAid/Cianeh Kpukuyou

Des services EAH tenant compte des questions de genre dans les établissements de soins de santé, qui favorisent des soins sûrs, respectueux et inclusifs

Qu'entend-on par services EAH tenant compte des questions de genre dans les établissements de soins de santé, qui réalisent le droit des femmes à un accouchement sûr et digne et à des soins de qualité ?

- Les femmes (et toutes les personnes qui utilisent les services) ont accès à de l'eau propre, des toilettes et des installations pour le lavage des mains dans des lieux appropriés, disponibles, sûrs, accessibles, privés et faciles à utiliser pour les patients, le personnel de santé et les pourvoyeurs de soins.
- Les agents et agentes de santé sont équipés et habilités à adopter les comportements nécessaires pour fournir des soins sûrs, de qualité et respectueux. Ces personnes disposent de la formation, des systèmes et des fournitures appropriés pour fournir des services EAH et des services de prévention et de contrôle des infections qui tiennent compte des questions de genre. Du personnel spécialisé est disponible pour fournir des services pertinents, tels que le nettoyage de l'environnement. Le personnel est soucieux du bien-être des divers groupes de patients.
- Les femmes jouent un rôle décisif dans la conception, la gestion, le suivi et l'amélioration des installations.
- Un budget est alloué à la fourniture d'infrastructures, de services et de comportements EAH qui tiennent compte des besoins des femmes.
- Les femmes doivent être impliquées dans la conception des installations, car les concepteurs et ingénieurs masculins risquent de négliger les questions pratiques, telles que la difficulté pour les femmes enceintes d'utiliser des toilettes trop petites ou nécessitant de s'accroupir. Par exemple, il convient de veiller aux points concrets suivants :
- Les patientes et le personnel féminin disposent de toilettes sécurisées et séparées par sexe, conçues pour favoriser la santé et l'hygiène menstruelles.
- Les services de maternité sont prioritaires pour l'approvisionnement en eau, le nettoyage et l'assainissement – en particulier les toilettes, les installations de lavage des mains et de bain.
- L'ensemble du personnel est formé et des rappels bien visibles sont fournis concernant la manière de fournir des soins sûrs, inclusifs et respectueux, qu'il s'agisse du lavage des mains, du nettoyage de l'environnement ou des pratiques de gestion des déchets.
- Les installations sont accessibles aux personnes à mobilité réduite ou souffrant de différents handicaps.
- Le nombre de femmes et leur ancienneté dans les rôles dirigeants et décisionnels augmentent au sein des établissements de soins de santé.

Pour y parvenir, les secteurs de l'EAH et de la finance doivent collaborer aux fins d'améliorations durables.

Au Malawi, les femmes séjournent souvent dans un centre d'hébergement résidentiel, à proximité d'un centre de santé, avant la date prévue de l'accouchement, afin de ne pas avoir à se déplacer pendant l'accouchement. Estely Banda se souvient des mauvaises conditions de l'un de ces centres d'hébergement. Elle y est restée pendant plus de deux semaines avant d'accoucher au centre de santé. Après l'accouchement, elle a été envoyée à l'hôpital de district, où elle est restée une semaine pour se rétablir. Novembre 2025.

« J'ai échappé à l'environnement difficile du centre de santé, car j'ai été orientée vers l'hôpital de district peu après mon accouchement. Dans le centre d'hébergement, les conditions de prise en charge des femmes après qu'elles ont accouché [au centre de santé] ne sont pas hygiéniques. Les salles de bain et les toilettes utilisées par ces femmes après l'accouchement étaient couvertes de taches de sang. Cela n'avait rien d'agréable. »

« Même avant l'accouchement, le centre d'hébergement manquait cruellement d'hygiène. Les femmes jetaient des tissus ensanglantés et d'autres objets à l'intérieur de la salle de bain. Elles dormaient toutes à même le sol et dans l'obscurité, et certaines laissaient des traces de sang sur leur passage en marchant. C'était dangereux car nous pouvions facilement contracter des maladies dans cet espace partagé et exigu. »

« Les toilettes étaient horribles, et y accéder était un cauchemar. Je me suis sentie dégradée en tant que femme quand je devais faire pipi pendant ma grossesse, dans un espace ouvert, sous le regard d'autres personnes. Je me suis sentie honteuse et moins humaine. Mais je n'avais pas d'autre choix. »

« Je ne serais pas du tout heureuse d'y retourner. »

« Avoir de l'eau propre permet aux femmes de se laver, de laver leurs vêtements et de préparer leur nourriture en temps voulu. J'aimerais que nous ayons de tels privilèges, surtout après un accouchement. De meilleurs services sont impératifs. »



Estely Banda et son bébé à l'hôtel Chikho, Mponela, Dowa, Malawi, novembre 2025.

Introduction



WaterAid/Tracy Keza

L'infirmière Joyce Nsinde se lave les mains après avoir vu un patient au centre de santé de la station de recherche de Mazabuka, en Zambie. Septembre 2025.

Imaginez vous rendre dans une clinique pour accoucher et découvrir qu'il n'y a pas d'eau, ou que l'eau est marron. Imaginez accoucher dans une clinique où les toilettes sont bouchées, verrouillées ou inutilisables. Imaginez que les services ne puissent pas être nettoyés et que les sages-femmes et le personnel de santé ne puissent pas se laver les mains. Imaginez ne pas savoir si vous aurez de l'eau à boire pendant et après le travail pour aider votre corps à se rétablir et favoriser la production de lait. Pour des millions de femmes, c'est la réalité de l'accouchement.

Chaque femme a le droit d'accoucher en toute sécurité et dans la dignité.ⁱ Pourtant, dans le monde entier, des millions de femmes accouchent dans des centres de soins de santé où il n'y a pas d'eau propre, où les toilettes sont inutilisables ou dangereuses et où les conditions d'hygiène de baseⁱⁱ et les exigences en matière de nettoyage ne sont pas respectées. Cela signifie que dans le monde, plus d'un demi-million de mères et de bébés décèdent chaque année d'infections évitables contractées pendant l'accouchement.

Les patientes ne sont pas les seules concernées. Le personnel de santé est aussi affecté, ne pouvant pas faire son travail efficacement sans les moyens nécessaires pour assurer sa propreté ou celle de sa patientèle. Lui non plus n'a souvent pas d'endroit sûr pour aller aux toilettes pendant de longues heures de travail. En cas de budgets limités, il est fréquent que les établissements de soins de santé doivent faire un choix entre personnel et approvisionnement en eau.

i. Bien qu'aucun traité ne reconnaisse explicitement un « droit à un accouchement sans risque » tel quel, le droit international des droits humains établit l'obligation pour les États de garantir un accouchement sûr, respectueux et digne par le biais du droit à la vie, en vertu des articles 2 et 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, du droit au meilleur état de santé possible, y compris la santé maternelle en vertu de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, et des droits des femmes à la non-discrimination et à des soins maternels appropriés en vertu de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, tous ces instruments étant fondés sur la dignité inhérente à la personne humaine.

ii. Un service d'hygiène de base exige des installations, telles que des stations de lavage des mains et de l'eau courante, et leur entretien, ainsi que la disponibilité de consommables tels que du savon et du gel antibactérien pour les mains.

Le présent rapport dévoile des témoignages de femmes ayant accouché ou fourni des soins à des femmes ayant accouché, dans des circonstances où l'approvisionnement en eau est incertain - et ne permet donc pas d'assurer la propreté des services - et où l'hygiène des mains ne peut être pratiquée de manière efficace. Ces conditions s'accompagnent en outre de l'inconfort supplémentaire de ne pas savoir où se rendre pour utiliser les toilettes, ni si celles-ci seront propres, ou s'il y aura suffisamment d'eau à boire.

Ce rapport réaffirme le message adressé aux gouvernements et à leurs partenaires, à savoir qu'il est temps de fournir des services universels de base pour l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) dans les établissements de soins de santé, une solution simple, éprouvée et abordable. Comme l'illustrent très clairement nos nouvelles données, l'absence de ces services se paie en dizaines de milliers de vies humaines chaque année.

L'EAH dans les établissements de santé, en particulier dans les salles d'accouchement et les services de maternité, est crucial pour éviter les infections évitables et les septicémies. L'eau propre est essentielle pour se laver les mains, nettoyer les salles d'accouchement et le matériel, et permettre aux femmes de se laver et de laver leurs bébés. La dignité, le rétablissement et le bien-être de ces femmes reposent largement sur des installations d'hygiène et des toilettes sûresⁱⁱⁱ et privées. Une hygiène des mains, un nettoyage et une gestion des déchets efficaces protègent les femmes, les nouveau-nés et le personnel de santé contre les infections. La réhydratation est fondamentale pour le rétablissement et l'allaitement maternel.

Le rapport examine la relation entre la santé des femmes, la mortalité maternelle et la disponibilité de services EAH de base tenant compte des questions de genre dans les établissements de santé. Sa portée dépasse toutefois largement les simples données. Il met en avant la voix des femmes, en démontrant l'importance de services EAH inadéquats sur leur expérience de l'accouchement et des soins de santé. Ce rapport montre clairement que les progrès déjà accomplis pour permettre à un plus grand nombre de femmes et de bébés de vivre la grossesse et l'accouchement dans la santé et la sécurité ne peuvent être maintenus sans des environnements de soins propres, sûrs et dignes. Des services EAH

Qu'est-ce que l'EAH dans les établissements de santé ?

Dans le présent rapport, l'expression « EAH dans les (établissements de) soins de santé » fait référence à la disponibilité d'eau propre, de toilettes décentes, de bonnes conditions d'hygiène, de services de nettoyage de l'environnement et de gestion des déchets, ainsi qu'aux comportements associés au sein des établissements de soins, à tous les niveaux du système de santé, répondant, au minimum, aux indicateurs définis par le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de soins de santé.¹

de base, qui donnent la priorité aux femmes et aux filles en tant qu'usagères majoritaires des établissements de santé, et en particulier à leur sécurité pendant l'accouchement, ne sauraient être facultatifs. Ces services sont essentiels pour sauver des vies, faire progresser l'égalité des genres et réaliser les droits des femmes.

Au cours des deux dernières décennies, les efforts mondiaux visant à réduire la mortalité maternelle se sont concentrés sur l'amélioration de l'accès à un personnel professionnel de l'accouchement qualifié, et ont surtout encouragé les femmes à accoucher dans des établissements de soins de santé. Ces investissements ont contribué à réduire considérablement la mortalité maternelle. Néanmoins, les progrès ont ralenti et les infections évitables restent une cause majeure de décès et de maladie pour les femmes et les nouveau-nés. L'amélioration des services EAH dans les établissements de santé est essentielle si l'on souhaite accélérer les progrès, et ces services doivent répondre directement aux besoins des femmes, du personnel et des patientèles.

iii. Les toilettes doivent : être sûres et privées ; répondre aux besoins en matière d'hygiène menstruelle et autres ; être accessibles à toutes et tous ; être disponibles et abordables en cas de besoin ; être bien entretenues et gérées ; répondre aux besoins des aidants, aidantes, et parents. UNICEF, WaterAid et WSUP, Des toilettes publiques et communautaires adaptées aux femmes : un guide pour les planificateurs et les décideurs. WaterAid, Londres (Royaume-Uni), 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://washmatters.wateraid.org/fr/publications/des-toilettes-publiques-et-communautaires-adaptees-aux-femmes-un-guide-pour-les>

Méthodologie

Ce rapport s'appuie sur plusieurs axes de recherche :

Un nouvel **examen des données et de la littérature** se concentrant sur 16 pays d'Afrique et d'Asie^{iv} a permis de faire de nouvelles découvertes qui quantifient le nombre de naissances dans des établissements de santé ne disposant pas de services EAH adéquats au sein des pays à revenu faible, ainsi que les risques d'infection par septicémie y relatifs. Pour la première fois, cette recherche a calculé le nombre potentiel de vies sauvées et de cas de septicémie évités grâce à l'amélioration de l'EAH dans les établissements de soins de santé, ainsi que les coûts monétaires de telles mesures.^v

Un **exercice d'écoute** comprenant des entretiens et des enquêtes auprès de plus de 1 000 participants dans 4 régions d'Ouganda^{vi} et de 800 participants dans 25 établissements de 5 districts du Malawi.^{vii} White Ribbon Alliance au Kenya, en Ouganda et au Malawi, en partenariat avec WaterAid Malawi et WaterAid Ouganda, a utilisé sa méthode « Demander Écouter Agir » pour recueillir des témoignages authentiques des femmes et d'agents et agentes de santé de première ligne sur l'état et l'impact de l'EAH dans les établissements de soins de santé. Dans le cas de l'Ouganda, les réponses ont été analysées de manière thématique afin de mettre en évidence les priorités des femmes, les obstacles systémiques auxquels elles sont confrontées et les changements pratiques qu'elles souhaitent voir se produire. Les citations et les témoignages retranscrits dans ce rapport sont issus de ces exercices d'écoute. Ils sont complétés par d'autres récits issus

des programmes de WaterAid afin de montrer que les femmes de différents pays vivent des expériences similaires.

Un **examen des documents d'orientation** relatifs à la santé, à l'EAH et aux services de maternité dans 13 de ces pays.^{viii} Nous avons évalué si ces pays accordaient la priorité à la réduction de la mortalité maternelle en garantissant des services EAH de base dans les établissements de santé assurant des accouchements propres et sûrs. Nous avons également analysé si ces engagements sont soutenus par des mécanismes d'orientation, de financement et de mise en œuvre, les pays étant notés sur la base d'un ensemble commun de critères.

L'**élaboration d'études de cas fondées sur le travail des programmes nationaux de WaterAid** au Cambodge, au Ghana, en Tanzanie et en Zambie, mettant en évidence les enseignements tirés des efforts visant à améliorer l'EAH dans les établissements de soins de santé dans ces pays.



L'EAH est une question négligée dans l'établissement où je travaille. Nos couloirs sont toujours engorgés parce que les mères et les personnes qui les accompagnent, ainsi que le personnel de santé, ne disposent pas de suffisamment d'installations comme des toilettes et des salles de bains.

Jennifer Lucky, sage-femme, district de Mbale, région Est de l'Ouganda – participante à l'exercice d'écoute

iv. Les 16 pays sont le Bangladesh, le Cambodge, le Ghana, le Libéria, le Malawi, le Mali, le Mozambique, le Népal, le Nigéria, l'Ouganda, le Pakistan, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, le Rwanda, la Tanzanie, le Timor-Leste et la Zambie.

v. La méthodologie complète de l'analyse des données et de la littérature est disponible à l'adresse suivante : <https://washmatters.wateraid.org/fr/publications/naître-sans-eau>

vi. Cente, Est, Ouest, et Nord.

vii. Chitipa, Kasungu, Ntchisi, Mangochi et Balaka.

viii. Ces 13 pays sont le Cambodge, le Ghana, le Libéria, le Malawi, le Mali, le Mozambique, le Népal, le Nigéria, l'Ouganda, le Pakistan, le Rwanda, la Tanzanie et la Zambie.

Haratu Kiewen décrit son expérience de l'accouchement dans la communauté de Diah, Grand Cape Mount, Libéria, en janvier 2026.

« L'eau utilisée sur moi était l'eau du ruisseau. Ils l'ont mise dans un tonneau, et c'est ce qui a été utilisé sur moi lorsque j'ai accouché. Je me souviens qu'après mon accouchement, la sage-femme m'a nettoyée, a nettoyé mon bébé, l'a enveloppé et me l'a mis dans les bras. Pour nettoyer le bébé, ils ont mis une serviette dans l'eau du tonneau, et ils ont mouillé mon bébé avec la serviette. »



Haratu Kiewen, enceinte de neuf mois, à Diah Community, Grand Cape Mount, Libéria. Janvier 2026.

De nouvelles données très inquiétantes révèlent l'existence dans les pays à revenu faible d'une crise mortelle de la septicémie maternelle, pourtant évitable

Les recherches menées par WaterAid en Afrique et en Asie, y compris une étude approfondie dans 16 pays, montrent très clairement que le manque d'eau propre, de toilettes décentes, de bonnes conditions d'hygiène, de gestion des déchets et de services de nettoyage dans les services de maternité constitue un obstacle systémique à l'accès à des soins sûrs, respectueux et inclusifs.



Il n'y a pas de lavabos pour que les mères puissent se laver les mains. Nous avons besoin d'installations de lavage dans les services. Nous avons besoin de suffisamment de toilettes pour les mères que nous servons. Si possible, il faudrait construire des installations séparées pour les personnes qui accompagnent.

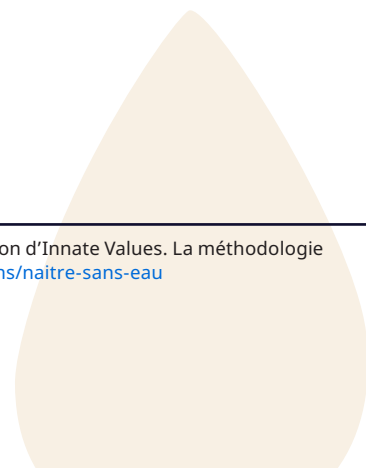
Jennifer Lucky, sage-femme, district de Mbale, région Est de l'Ouganda – participante à l'exercice d'écoute



Des salles d'accouchement non sécurisées

À travers l'ensemble des pays analysés, plus de 15,4 millions de naissances ont lieu chaque année dans des établissements dépourvus des services essentiels de base : eau propre, assainissement ou lavage des mains, gestion des déchets et services de nettoyage. Cette situation expose les mères, les nouveau-nés et le personnel de santé à un risque accru d'infection : environ trois naissances sur quatre (76,1 %) dans les pays africains étudiés, et près de deux naissances sur trois (64,5 %) dans les pays asiatiques étudiés.^{ix}

La figure 1 montre les lacunes en matière d'EAH dans les maternités de six pays d'Asie, et la figure 2 dans dix pays d'Afrique.



ix. L'analyse documentaire et la collecte de données présentées dans ce rapport ont été réalisées par Guy Hutton d'Innate Values. La méthodologie complète de cette analyse est disponible à l'adresse suivante : <https://washmatters.wateraid.org/fr/publications/naitre-sans-eau>

Figure 1. Des salles d'accouchement non sécurisées – Lacunes en matière d'EAH dans les maternités d'Asie.^x

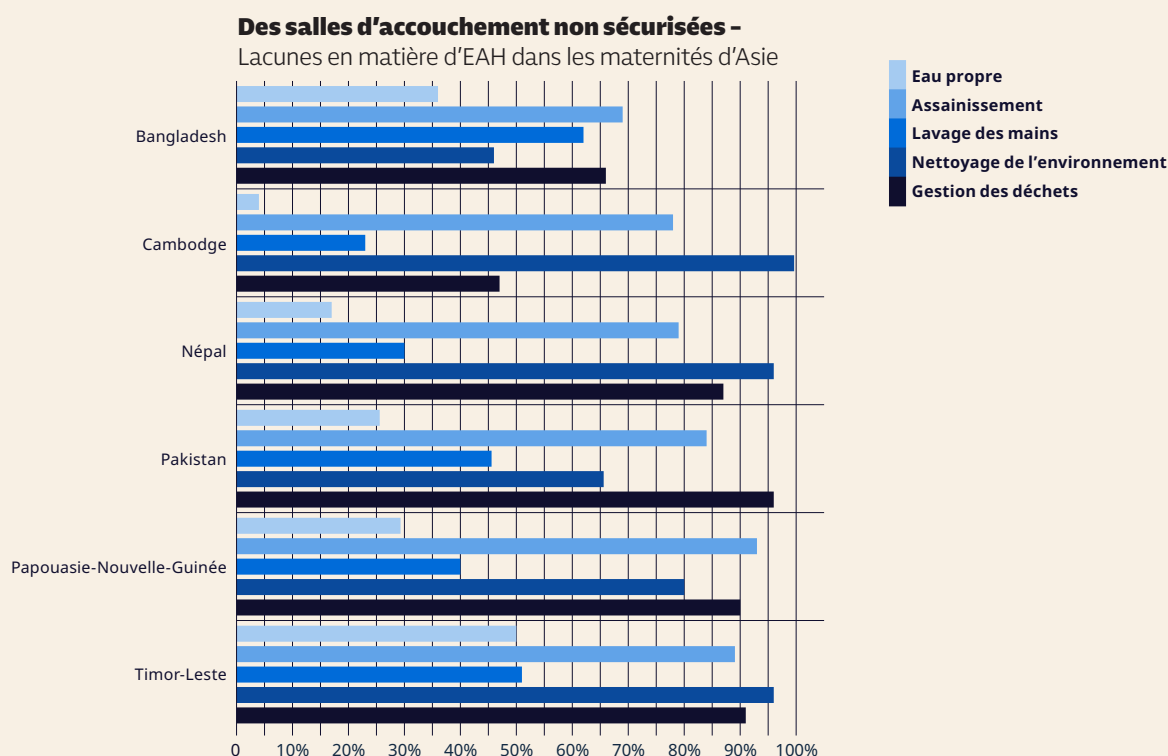
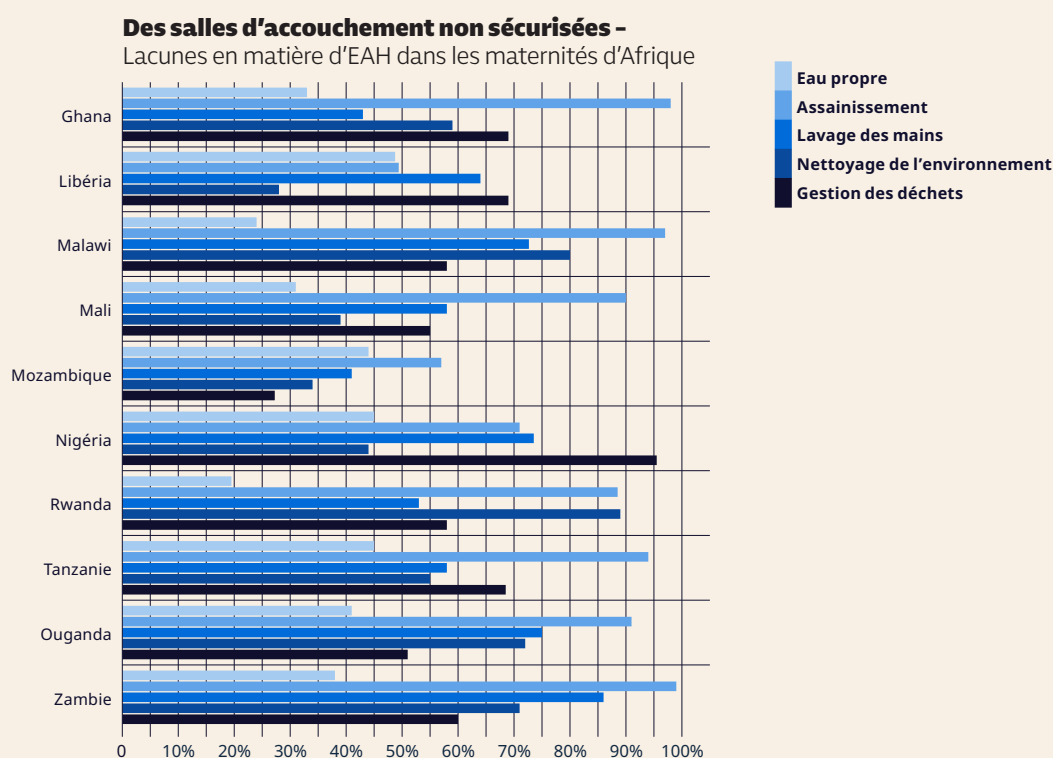


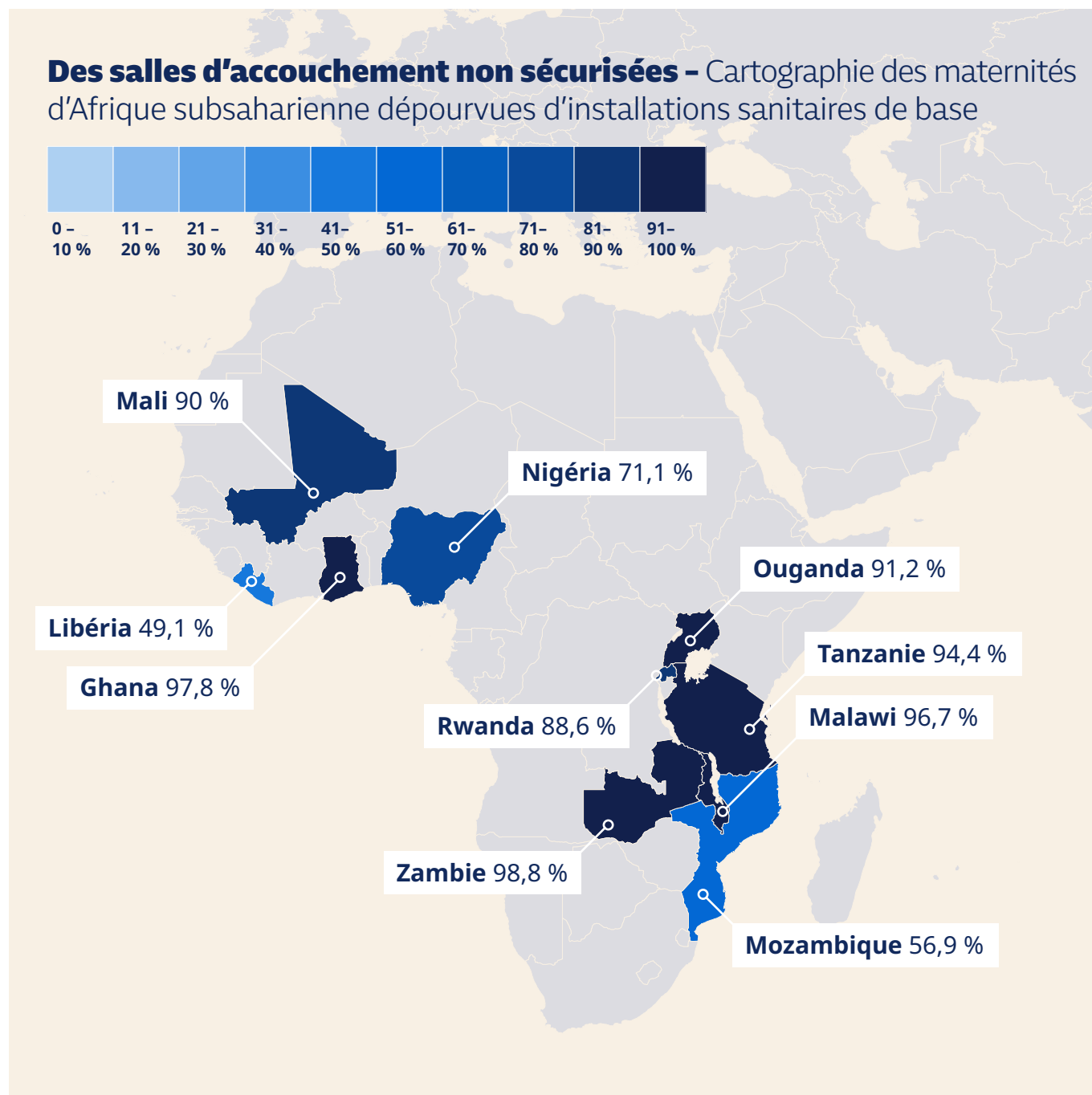
Figure 2. Des salles d'accouchement non sécurisées – Lacunes en matière d'EAH dans les maternités d'Afrique.^{xi}



x. Naissances annuelles en institution sans niveau de service de base (OMS).

xi. Naissances annuelles en institution sans niveau de service de base (OMS).

Figure 3. Des salles d'accouchement non sécurisées – Les lacunes en matière d'EAH dans les maternités d'Afrique.^{xii}



Ces lacunes expliquent en partie pourquoi les taux de mortalité maternelle restent bien trop élevés. À travers les 16 pays étudiés, environ 112 000 femmes décèdent chaque année de causes liées à la grossesse. La septicémie maternelle – causée par des infections contractées dans des conditions d'accouchement non hygiéniques – est à l'origine de 5 à 12 % des décès et des infections, et constitue la troisième ou la quatrième cause de décès maternel, selon la région.

xii. Naissances annuelles en institution sans installations sanitaires de base, comme des toilettes décentes.

Taux de septicémie maternelle dans le monde

Ien qu'en Afrique subsaharienne, on estime à 4,7 millions le nombre de cas de septicémie maternelle chaque année sur 41,2 millions de naissances. Une naissance sur neuf est donc concernée.

Dans le monde, on compte environ un décès lié à la septicémie pour 1 100 cas. En Afrique, le risque est beaucoup plus élevé, avec un décès pour 350 cas, soit environ trois fois plus que la moyenne mondiale et plus de six fois plus qu'en Asie, où l'on compte un décès pour 2 230 cas.

Il est choquant de constater que les mères souffrant de septicémie en Afrique subsaharienne ont 144 fois plus de chances de mourir que les mères d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord.

Le continent africain déplore un décès lié à la septicémie pour 350 cas, soit environ trois fois plus que la moyenne mondiale.

Les recherches démontrent que l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux mères et aux nouveau-nés – notamment des pratiques d'accouchement propres, telles que le lavage des mains par le personnel, l'utilisation de matériel stérile, la propreté des surfaces et la propreté des soins au cordon ombilical – pourrait permettre d'éviter plus de 9,5 millions de cas de septicémie maternelle et 8 580 décès dus à la septicémie maternelle chaque année dans le monde entier. Rien que dans les 16 pays de notre échantillon, cela pourrait permettre de prévenir 3 800 décès maternels par septicémie et 1,7 million de cas de septicémie maternelle par an (figures 4 et 5).

Améliorer l'EAH dans les établissements de santé pourrait permettre d'éviter plus de 8 580 décès maternels dus à la septicémie et 9,7 millions de cas de septicémie maternelle chaque année dans le monde.

Figure 4. Septicémie maternelle – l'effet de l'EAH sur la prévention des cas et des décès en Asie.

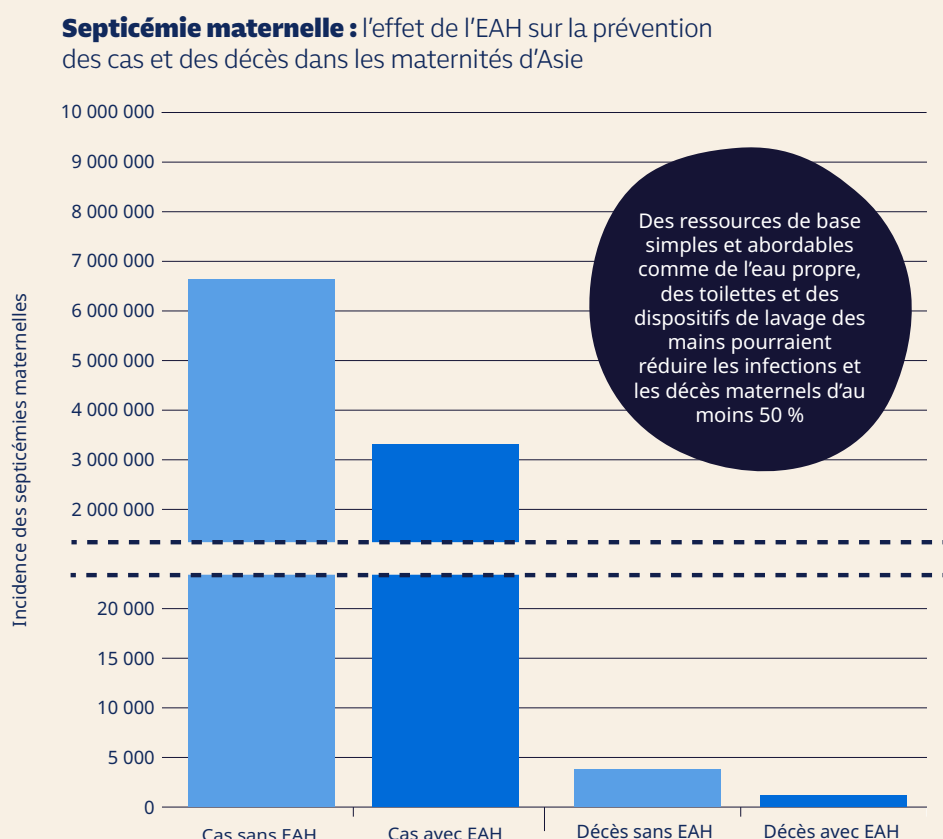
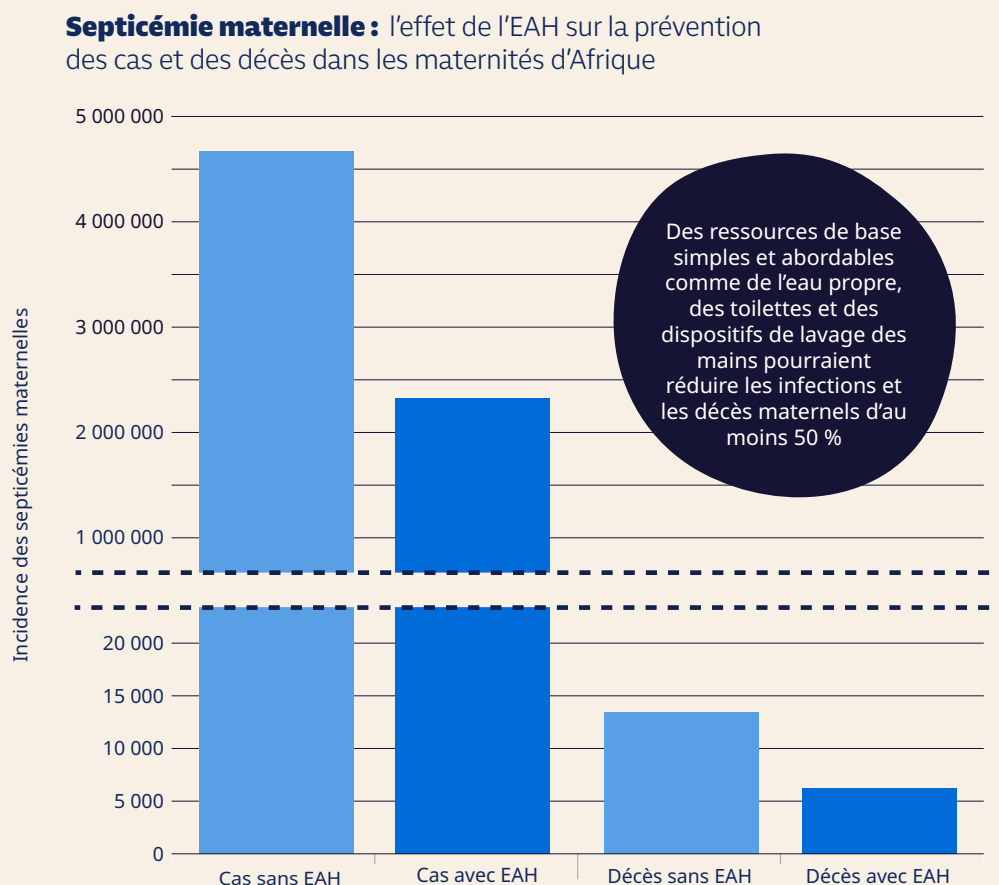


Figure 5. Septicémie maternelle – l’effet de l’EAH sur la prévention des cas et des décès en Afrique.



Les toilettes [de l’hôpital] n’étaient pas propres. Parfois, plus de 20 personnes attendaient pour utiliser les mêmes toilettes. Elles n’étaient pas fonctionnelles ni sûres.

Evelyn Akampurira, Mbarara, région Ouest de l’Ouganda – participante à l’exercice d’écoute



L'accès à l'EAH dans les établissements de soins de santé

Dans certaines régions, moins de 30 % des salles d'accouchement ont accès à l'eau.

En l'absence de services EAH de base, les risques vont au-delà des infections maternelles et des septicémies et incluent des complications post-partum, des infections urinaires et une vulnérabilité accrue lors d'interventions telles que les césariennes.

Une étude menée dans des hôpitaux ruraux du Rwanda a révélé que les interruptions de l'approvisionnement en eau pendant un jour ou plus étaient liées à une probabilité 2,6 fois plus élevée d'infections du site opératoire à la suite d'une césarienne.²

Comme nous le verrons dans les sections suivantes, l'EAH est également au cœur de l'expérience qu'ont les femmes des soins. Des environnements sales, surpeuplés ou dangereux provoquent la peur, la honte et la détresse, et érodent la confiance dans les systèmes de santé, ce qui incite les femmes à retarder leur recherche de soins ou à éviter de se faire soigner. Lorsque les femmes tardent à se rendre dans un centre de santé ou décident d'accoucher à domicile en raison du mauvais état des installations EAH, leur risque de décès augmente. Les statistiques indiquent qu'une augmentation d'un point de pourcentage des accouchements à domicile contribue à un décès maternel supplémentaire pour 400 naissances vivantes.³

Des services EAH insuffisants dans les établissements de santé se répercutent de façon plus large sur les efforts visant à réduire la mortalité maternelle par le biais de l'augmentation du nombre d'accouchements en établissement. Les répercussions se font également sentir sur la santé des femmes en général. Les infections nosocomiales, y compris les infections urinaires, touchent les femmes de manière disproportionnée. Les femmes et les enfants représentent environ trois infections nosocomiales sur cinq (60,6 %), près de deux tiers (64 %) des 9,5 millions de décès liés aux infections nosocomiales chaque année et plus des trois quarts (77 %) des années de vie en bonne santé perdues dans le monde.



Même les petites réparations prennent trop de temps. Il faut une à deux semaines pour réparer un robinet cassé.

Jennifer Lucky, sage-femme, district de Mbale, région Est de l'Ouganda – participante à l'exercice d'écoute

Par ailleurs, les femmes assument dans l'extrême majorité des responsabilités de soins non rémunérés, notamment lorsqu'elles s'occupent de membres de leur famille qui sont tombés malades à la suite d'infections nosocomiales. En d'autres termes, les infections nosocomiales portent indirectement atteinte aux moyens de subsistance des femmes^{xiii} ce qui se répercute sur la productivité économique.⁴

Les femmes et les enfants représentent près des deux tiers des 9,5 millions de décès liés aux infections nosocomiales chaque année.

xiii. Accouchements annuels en milieu institutionnel sans installations sanitaires de base, comme des toilettes décentes.

Impacts sur le personnel de santé

Les patientes ne sont pas les seules personnes touchées : plus des deux tiers (70 %) des agents de santé sont des femmes.⁵ Le manque d'EAH dans les établissements de santé a un impact négatif sur les conditions de travail et le moral du personnel, et le rend vulnérable aux infections, ce qui entraîne une augmentation de l'absentéisme.⁶

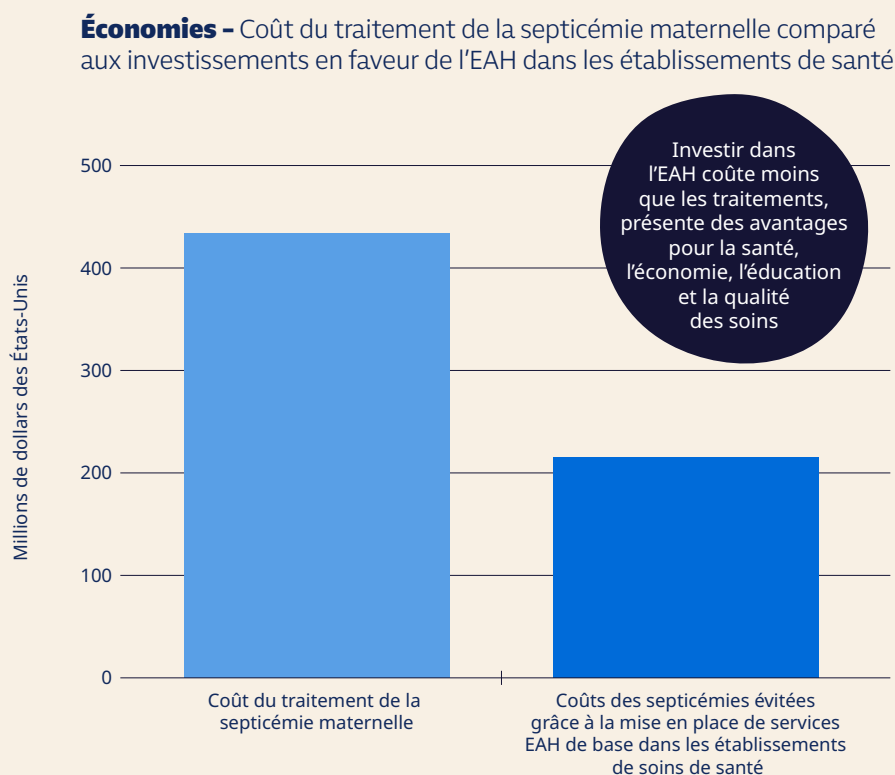
En 2022, la White Ribbon Alliance a interrogé plus de 56 000 sages-femmes dans 101 pays et a constaté que des fournitures et des installations fonctionnelles constituaient l'une de leurs principales demandes. Les sages-femmes veulent travailler dans un environnement disposant d'eau propre et de toilettes décentes afin de pouvoir garantir la qualité des soins et la sécurité des femmes dont elles s'occupent.⁷

Plus des deux tiers (70 %) des agents de santé sont des femmes.

La solution est cependant aussi bien réalisable qu'abordable. Les recherches montrent que l'accès universel à des services EAH de base dans les établissements de santé peut être assuré pour un coût de 0,52 à 1,04 dollar par habitant et par an dans les pays à revenu faible et intermédiaire, un chiffre inférieur aux coûts de traitement qui seraient économisés en réduisant de moitié le nombre de cas de septicémie maternelle (figure 6).⁸ Cet investissement modeste promet non seulement de faire baisser de moitié les infections et les décès maternels dus à la septicémie, ainsi que les autres conséquences négatives d'un manque d'EAH dans les établissements de soins sur la santé des femmes, mais aussi de satisfaire les demandes de ces dernières concernant l'amélioration des soins.

Les coûts liés à la fourniture de services EAH de base dans les établissements de santé sont inférieurs aux coûts économisés grâce à la réduction du nombre de cas de septicémie.^{xiv}

Figure 6. Économies – Coût du traitement de la septicémie maternelle comparé aux investissements en faveur de l'EAH dans les établissements de santé.^{xv}



xiv. Coûts de la septicémie maternelle et des investissements EAH dans les pays de l'échantillon, totaux et relatifs aux dépenses de santé et au PIB.

xv. Coûts médicaux évités grâce à la diminution des cas de septicémie maternelle suite à la couverture universelle des services EAH de base dans les centres de soins de santé au sein des 16 pays de l'échantillon.

Zelifa Mzoma, une infirmière sage-femme, explique les améliorations apportées par l'intervention EAH au centre de santé de Mkhuzi, Ntchisi, au Malawi, en décembre 2022.

Avant l'intervention EAH :

« Lorsque je suis arrivée ici, il y a un an et trois mois, l'EAH était plus que lacunaire. Nous ne disposions pas d'un approvisionnement en eau fiable. Nous dépendions des personnes qui viennent ici pour s'occuper de leurs proches pour aller chercher de l'eau pour nous, à partir d'un trou de forage qui est loin de ce centre de santé.

« [...] Certaines de nos patientes doivent prendre immédiatement des médicaments sur place, comme des comprimés Fansidar*, en raison de la gravité de leur état de santé. C'était difficile pour nous et étrange de demander aux patients de se débrouiller pour pouvoir prendre leurs médicaments. »

Après l'intervention EAH :

« Nous avons constaté une baisse considérable des cas de septicémie. Ces quatre derniers mois, nous n'avons enregistré aucun cas de septicémie. Cela peut s'expliquer par la disponibilité d'eau propre, d'installations sanitaires décentes et de bonnes conditions d'hygiène, y compris des discussions saines qui encouragent nos patients à adopter les mêmes comportements hygiéniques que ceux prescrits ici dans leurs foyers respectifs »

« Avec des mains propres, je peux faire mon travail correctement et protéger les bébés et les autres patients contre les infections. C'est l'impact positif qu'a eu la présence d'eau propre dans notre établissement de santé. Nous sommes reconnaissants et heureux. »



Zelifa Mzoma, 39 ans, infirmière sage-femme, tenant un bébé dans ses bras, Centre de santé de Mkhuzi, Ntchisi, décembre 2022.

* Fansidar est utilisé pour le traitement et la prévention du paludisme.

Résultats et analyse de l'exercice d'écoute

Les éléments susmentionnés ne font que confirmer ce que la plupart des femmes et des agents ou agentes de santé savent déjà : les accouchements dans la malpropreté sont dangereux. Comme nous l'ont dit plusieurs femmes et agentes de santé au Malawi et en Ouganda, l'eau propre, des services d'assainissement sûrs et l'hygiène dans les établissements de santé – en particulier dans les services de maternité – sont cruciaux pour des accouchements dignes et respectueux.

“

Écouter les femmes et les filles nous aidera à réduire les décès maternels et infantiles.”

Scovia Angom, défenseuse des femmes, White Ribbon Alliance, Ouganda – participante à l'exercice d'écoute



Eunice Chilenga baigne son bébé, Bale, district de Chitipa, Malawi, juin 2025.



Les exercices d'écoute organisés au Malawi et en Ouganda ont permis de recueillir les points de vue des femmes, mais le rapport ougandais a également quantifié et classé les priorités. Les éléments suivants sont donc tirés de ces résultats, mais ils sont largement étayés par les points de vue des femmes au Malawi, notamment en ce qui concerne la disponibilité d'une eau sûre et fiable en tant que priorité absolue.

Le rapport de l'exercice d'écoute en Ouganda a permis de classer les priorités suivantes comme étant les plus importantes :

1

Une eau propre, sûre et fiable : La « première garantie de sécurité et de dignité ». Il doit s'agir d'une eau disponible en quantité suffisante pour boire, se laver et laver les nouveau-nés, ainsi que pour les procédures médicales telles que le nettoyage des instruments et des lits d'accouchement. L'eau courante doit être accessible en permanence, de jour comme de nuit, et des réservoirs de secours doivent être disponibles pour pallier les pénuries. Selon les femmes, un approvisionnement fiable en eau est « le premier signe que leur santé et leur vie comptent ». Les agents et agentes de santé ont souligné que la prévention des infections est impossible sans eau.

2

Des toilettes propres et accessibles : Le « marqueur le plus visible de dignité ». Les femmes ont réclamé des toilettes propres, sèches et régulièrement entretenues, sans odeurs ni mouches, avec chasse d'eau, eau courante, papier et portes verrouillables pour plus d'intimité, à proximité des maternités, bien éclairées la nuit et séparées pour les femmes, accessibles aux fauteuils roulants grâce à des rampes et des rails de soutien.

3

Des installations de lavage des mains bien équipées : Considérées comme « l'élément de protection le plus simple, mais le plus puissant, dont l'absence est vue comme l'un des principaux risques »⁹. Par exemple, à tous les points de soins, à l'entrée des services, dans les salles d'accouchement, dans les toilettes et dans les unités postnatales, avec du savon, de l'eau propre et un désinfectant/un savon.

4

Des informations sanitaires sur les pratiques EAH : « Les informations sont aussi vitales que les infrastructures ». Les femmes se sont plaintes de l'absence d'orientations en matière d'hygiène après l'accouchement et ont demandé des conseils et des rappels visibles pour tout le monde concernant les habitudes d'hygiène sûres.

5

Des unités de maternité propres et correctement entretenues : Dans tout l'Ouganda, les femmes s'accordent à dire que la propreté est fondamentale pour leur expérience des soins. Cela signifie des maternités bien aérées et régulièrement nettoyées, un personnel de nettoyage suffisant et formé, des désinfectants et un approvisionnement en eau fiable.

6

La dignité dans la prestation de services EAH : L'accouchement et ses suites immédiates constituent une période de grande vulnérabilité pour les femmes. Des services EAH adéquats, sûrs, accessibles et tenant compte des questions de genre sont cruciaux pour que l'expérience de ces femmes soit positive et non traumatisante.

7

La gestion et l'élimination adéquates des déchets sanitaires et médicaux : L'élimination en toute sécurité des déchets est considérée comme un signe essentiel de la fiabilité du système de santé pour les femmes.

8

Des systèmes EAH adaptés et responsables : Un dispositif clair de signalement des problèmes et des défaillances, permettant une action rapide pour y remédier et un contrôle régulier des installations.

Les demandes des femmes en matière d'EAH portent à 80 % sur trois éléments essentiels : de l'eau propre, des toilettes dignes et des installations fonctionnelles pour le lavage des mains, soit les fondements d'un accouchement sûr, respectueux et inclusif.

Les femmes du Malawi et de l'Ouganda ont parlé avec force de la dignité, de la sécurité et des soins respectueux, de l'importance de l'eau, des toilettes, de l'hygiène et de la propreté, ainsi que de la responsabilité des décideurs d'apporter des améliorations aux services en fonction de leurs demandes. Elles ont hiérarchisé leurs priorités comme suit : approvisionnement en eau propre et fiable, toilettes sûres et accessibles, installations bien équipées pour le lavage des mains, unités de maternité propres et bien entretenues, informations claires sur l'hygiène, gestion adéquate des déchets et systèmes de santé évolutifs qui s'améliorent pour répondre à leurs préoccupations et à leurs demandes.



Je devais me mettre sur la pointe des pieds pour pouvoir me laver les mains. Il m'était également difficile de suspendre mes vêtements avant le bain, car je ne pouvais pas atteindre le portant. Même me laver dans une bassine était difficile, parce qu'on me disait de la placer sur une surface plus élevée.



Nagawa Annette, district de Mukono, région Centre de l'Ouganda – participante à l'exercice d'écoute atteinte de nanisme



Malgré des normes mondiales et souvent nationales fixant des exigences minimales en matière d'EAH dans les établissements de santé, les récits des patientes et du personnel de santé montrent l'écart inacceptable entre ces normes et la réalité, et l'impact que cela a sur l'expérience des femmes en matière de soins de santé et d'accouchement.

Dans les deux pays, les femmes ont parlé de coupures d'eau fréquentes et prolongées, de leur dépendance à l'égard de forages non protégés, de longues files d'attente devant les robinets, de la contamination des réservoirs de stockage et de la nécessité de partager les sources d'eau avec les communautés et les entreprises locales. Tous ces éléments entravent le nettoyage et augmentent les risques d'infection. Parfois, les patientes et les agentes de santé doivent acheter de l'eau ou utiliser les toilettes des maisons voisines. Souvent, elles se vont simplement dans la brousse. Il est fréquent de n'avoir pas de toilettes utilisables, parce qu'elles sont soit verrouillées, bloquées ou sans portes. En cas de disponibilité, ces toilettes ne répondent généralement pas aux normes de propreté, d'accessibilité, d'éclairage et d'intimité. Dans les deux pays, les femmes et les agentes de santé ont réclamé des stations de lavage des mains en état de marche ; nombre de ces dernières ont été signalées comme ne fonctionnant pas, ne proposant pas de savon et ayant des seaux régulièrement à sec.

« Les draps de lit que nous avions étaient les nôtres. Nous les avons amenés de la maison. L'hôpital n'était pas du tout propre. Les lits étaient couverts de taches et de punaises de lit. Ce n'était pas du tout sûr pour moi et les personnes qui m'accompagnaient. »

Deborah Nambezo, district de Mbale, région Ouest de l'Ouganda – participante à l'exercice d'écoute



Miza, 24 ans, et sa plus jeune enfant, Mariella, 19 mois, Taranty Bas, Madagascar. Juin 2025.

Les questions relatives à la gestion des déchets, fortement évoquées en Ouganda comme un signe de négligence, l'ont également été au Malawi. Les femmes ont décrit des fosses qui débordent, des égouts bouchés, des eaux usées stagnantes et tachées de sang dans les égouts à l'extérieur des maternités.

Les résultats obtenus au Malawi ajoutent une dimension supplémentaire. Les femmes ont souligné des conditions de vie extrêmement déplorables dans les centres d'hébergement pour les femmes enceintes et les personnes qui les accompagnent, principalement des femmes de leur famille, qui apportent un soutien vital pendant et après l'accouchement. Dans de nombreux pays, les femmes et leurs aidantes se rendent dans les établissements de santé une semaine ou plus avant l'accouchement en raison des longues distances à parcourir. Les femmes du Malawi, qu'elles soient mères ou aidantes, ont indiqué que ces centres étaient surpeuplés et insalubres, et qu'ils manquaient souvent de toilettes et de salles de bain sûres et privées. Les aidantes assument régulièrement les conséquences des défaillances de l'EAH dans les établissements de santé, en collectant de l'eau à partir de sources non sûres ou en lavant les draps et les vêtements après l'accouchement ; souvent, elles sont contraintes de faire leur toilette ou d'utiliser des latrines dans des espaces ouverts ou dangereux. Cette dépendance à l'égard du travail non rémunéré des femmes montre comment l'insuffisance des services EAH dans les établissements de santé place les risques, les charges et la responsabilité sur les personnes qui sont le moins en mesure de les assumer.



Il n'y avait aucune intimité. Il était difficile d'avoir une bonne hygiène à cause de l'engorgement. L'expérience a été traumatisante pour moi et ma première grossesse.



Evelyn Akampurira, Mbarara, région Ouest de l'Ouganda – participante à l'exercice d'écoute

Au Malawi, en particulier, les femmes ont évoqué le manque de personnel. Cela signifie que le personnel présent n'est pas disponible, par exemple, pour nettoyer l'environnement selon les normes requises, ou qu'il est accaparé par d'autres tâches, ce qui l'empêche de nettoyer. Ces contraintes sont exacerbées par le fait qu'il faille aller chercher de l'eau à l'extérieur, car les établissements ne sont pas toujours approvisionnés. Le personnel se plaint quant à lui d'un manque de fournitures nécessaires au nettoyage et à d'autres comportements essentiels en matière d'hygiène.

Les femmes des deux pays ont évoqué la nécessité, mais l'absence, de mécanismes de reddition de comptes et de redevabilité. Elles ont également mentionné la nécessité pour les comités de gestion des établissements de jouer un rôle clair dans l'application des normes, et de donner suite aux réclamations formulées par les femmes.

Kol Sotheary, 32 ans, contemple son nouveau-né à l'hôpital de référence de Cheung Prey, dans le district de Kampong Cham, au Cambodge. Février 2023.



Améliorer l'hygiène des mains pour protéger les femmes et les nouveau-nés au Cambodge

Au Cambodge, le projet de recherche Changing Hygiene Around Maternal Priorities (CHAMP) a mis au point et testé une nouvelle approche d'une partie essentielle mais souvent négligée des soins maternels et néonataux sûrs et de qualité : l'amélioration de l'hygiène des mains pendant l'accouchement. Mis en œuvre dans la province de Kampong Chhnang, le projet était axé sur le renforcement des pratiques de lavage des mains dans les établissements de santé et sur la promotion de comportements plus sûrs à la maison après l'accouchement.

Bien que les sages-femmes et les accoucheuses au Cambodge sachent généralement très bien quand le lavage des mains est nécessaire pendant le travail et l'accouchement, il a été constaté que des obstacles persistants et contextuels empêchent ces pratiques d'être mises en œuvre de manière systématique. Par exemple, les unités de soins postnatals ne disposaient pas d'installations de lavage des mains en état de marche, et le risque d'infection pour les nouveau-nés était souvent sous-estimé. Cet écart est d'autant plus préoccupant que cinq naissances sur six au Cambodge (83 %) ont lieu dans des établissements de santé. Pourtant, le respect de l'hygiène des mains reste faible et les lacunes en matière de prévention et de contrôle des infections continuent d'exposer les mères et les nouveau-nés à des risques évitables. Les infections sont la troisième cause de mortalité néonatale dans le pays et représentaient 16 % des décès néonataux en 2018.

En partenariat avec le Centre national de santé maternelle et infantile du ministère de la Santé, l'Institut national de santé publique, la London School of Hygiene and Tropical Medicine et WaterAid, CHAMP a conçu et testé une intervention

multimodale visant à modifier les comportements. L'intervention a associé soins prénatals, travail, accouchement et soins postnatals, et a été dispensée par le biais d'une formation pratique sur place, à faible dose et à haute fréquence, afin de renforcer les compétences et la confiance des sages-femmes et des pourvoyeurs de soins. Des incitations et des rappels stratégiquement placés, tels que des autocollants sur l'hygiène des mains à des endroits clés, ont été utilisés pour aider les sages-femmes et les soignants à maintenir leurs comportements souhaitables.

Les résultats sont édifiants. Les pratiques d'hygiène des mains pendant le travail et l'accouchement se sont améliorées de manière considérable : elles ont été multipliées par 4,7 chez les sages-femmes et par 9,2 chez les mères, les pères et les autres pourvoyeurs de soins. Le projet a également permis de réduire le nombre de professionnels de l'accouchement utilisant des techniques de stérilisation incorrectes. Au niveau national, les résultats de CHAMP ont permis de renforcer les directives, d'améliorer la formation et les ressources dans les unités de soins prénatals, de travail et d'accouchement et de soins postnatals, et d'ainsi faire de l'hygiène des mains un pilier des accouchements plus sûrs et de l'amélioration des résultats pour les mères et les nouveau-nés.

Promouvoir l'EAH tenant compte des questions de genre pour soutenir la santé des femmes au Ghana

Le projet Sexual Health and Reproductive Education (SHARE) est mis en œuvre dans quatre districts du Ghana pour faire progresser l'égalité des genres. Il améliore l'accès des jeunes âgés de 10 à 24 ans à une éducation complète en matière de santé sexuelle et reproductive, et à des soins tenant compte des questions de genre.

SHARE est un projet mené en collaboration avec les communautés locales et soutenu par un consortium de partenaires : WaterAid Ghana et Right To Play, en partenariat avec le Forum des éducatrices africaines (FAWE) et FHI 360, avec le soutien financier d'Affaires mondiales Canada.

Le projet a eu recours à des données sur les taux élevés de grossesses et de mariages précoces pour choisir une quinzaine d'établissements de santé avec lesquels travailler.

Les points de vue des femmes ont façonné le projet dès le départ :

- Les consultations avec les familles et les membres de la communauté ont permis de cerner les facteurs de difficultés en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs (SDSR) des adolescents, notamment la pauvreté, les mariages précoces et l'abandon scolaire. Ces informations ont ensuite permis d'orienter les interventions, notamment l'éducation à la SDSR dispensée par des infirmières et des sages-femmes, et de renforcer les liens avec des services de contraception et d'accouchement propres et sûrs.
- Des réunions régulières et des tableaux de bord communautaires ont permis aux femmes et aux adolescentes d'exprimer leurs demandes directement auprès des directions de la santé des districts, des assemblées de district et des responsables des programmes de santé scolaire. Cela a également permis d'intégrer des processus de redevabilité clairs dès le départ. Les femmes et les filles ont mis l'accent sur les installations EAH dans les écoles et les centres de santé, ainsi que sur une meilleure intégration de l'EAH dans les services de SDSR. Ces demandes ont directement été abordées lors des réunions trimestrielles de gestion des districts sanitaires afin de répondre aux questions émergentes telles que celles liées au financement des activités EAH et des interventions de contrôle et de prévention des infections, aux réponses rapides pour réparer les pannes de systèmes d'approvisionnement en eau et à l'amélioration de l'élimination des déchets.

Le projet SHARE est un exemple convaincant de la manière dont des interventions EAH tenant compte des questions de genre dans les établissements de santé peuvent permettre des accouchements propres et sûrs, et influencer positivement les résultats de santé des femmes. Faire entendre la voix des femmes dans les processus décisionnels liés à l'EAH améliore les résultats de santé maternelle, tout en renforçant la redevabilité et en consolidant les voies d'investissement. Cela est essentiel pour faire respecter le droit des femmes à la santé et garantir des accouchements sûrs, inclusifs et dignes.

Bukari Manayaa, femme enceinte de neuf mois, passe un examen médical au service de maternité de l'hôpital d'Adaboya, au Ghana.

Les systèmes de santé sont-ils conçus pour les femmes ?

Comment créer des installations tenant compte des questions de genre

Comme le montrent les témoignages et les demandes des femmes en Ouganda et au Malawi, la prise en compte de l'EAH dans les établissements de santé garantit l'accessibilité et la sécurité des soins pour toutes les femmes, quels que soient leurs besoins sanitaires, tout au long de leur vie.



Le personnel de santé et les mères méritent mieux. L'eau, l'assainissement et l'hygiène ne sont pas des œuvres de charité ; c'est un droit. Accordez la priorité à cette question, et nous y gagnerons tous.



Walter Omoko, prestataire de soins de santé, Department of Maternal and Child Health (département de la santé maternelle et infantile), district de Lira, région Nord de l'Ouganda – participant à l'exercice d'écoute

Une approche qui garantit ce niveau de prestation et de qualité de service exige des infrastructures EAH inclusives et accessibles, qui répondent aux besoins des femmes. Il faut donc aussi satisfaire les divers besoins des femmes et des jeunes filles handicapées ou à mobilité réduite en raison d'un handicap, d'une grossesse, des suites d'un accouchement ou d'une maladie. Il s'agit notamment de toilettes bien éclairées, fermant à clé et non mixtes qui favorisent la santé menstruelle, de lavabos à des hauteurs appropriées, de rampes et de mains courantes. Les unités de maternité devraient disposer d'installations

de bain et de lavage à proximité, et le personnel devrait recevoir une formation et des orientations sur les comportements qui favorisent l'EAH et la prévention des infections dans les services de soins de santé. Ces normes de service et de conception sont définies dans l'Outil OMS/UNICEF d'amélioration de EAH dans les établissements de santé (WASH FIT). Le cadre de suivi de la qualité des soins pour la santé maternelle et néonatale de l'OMS établit des normes pour la fourniture de services EAH et les comportements connexes spécifiquement pour les maternités. Ces normes portent notamment sur l'accessibilité des espaces de lavage et de bain pour les patientes des maternités^{12,13}

Comme ces normes l'indiquent clairement, des services EAH tenant compte des questions de genre dans les établissements de santé ne pourront être fournis sans formation du personnel, sans systèmes qui encouragent des comportements sûrs de la part du personnel et des patients, ou sans fournitures de soutien (par exemple, savon et désinfectant



Je me suis sentie déshonorée. Tout était difficile à utiliser pour moi. [...] J'aimerais que les installations soient spécialement conçues pour nous et qu'elles soient faciles à utiliser. Des toilettes à notre hauteur, des postes de lavage des mains que nous pouvons atteindre, des portants pour suspendre nos vêtements et nos serviettes, et des lits d'hôpitaux sur lesquels nous pouvons facilement monter.

Nagawa Annette, atteinte de nanisme, district de Mukono, région Centre de l'Ouganda – participante à l'exercice d'écoute



“

S'ils installent suffisamment de toilettes, veillent à ce qu'il y ait assez d'eau et fournissent des stations de lavage avec du savon, les gens se laveront les mains avant de s'occuper de leurs bébés. Les infections diminueront chez les femmes enceintes.

Evelyn Akampurira, Mbarara, région Ouest de l'Ouganda – participante à l'exercice d'écoute

”

antibactérien pour les mains). Les services ne peuvent être maintenus que grâce à des systèmes solides de redevabilité et de maintenance. Cela implique un suivi de routine, des réparations en temps voulu, le budget nécessaire au fonctionnement et à l'entretien, une supervision transparente et des canaux permettant aux femmes de faire part de leurs préoccupations et aux responsables d'agir en conséquence. Une collaboration multisectorielle est également requise, de même que des financements suffisants et l'intégration de cadres sur la prévention des infections, la santé maternelle et néonatale et la qualité des soins. Il est donc essentiel de reconnaître que les femmes et les filles, qui constituent la majorité des usagers et du personnel, doivent influencer la conception, la fourniture et la gouvernance de l'EAH. Bien qu'elles constituent plus de deux tiers du personnel, les femmes n'occupent que 20 % des postes de direction dans le secteur des soins de santé. Les installations conçues sans la participation de femmes, sans tenir compte des besoins différents selon le genre, les phases de la vie, le statut socioéconomique et le handicap risquent de manquer de certaines caractéristiques essentielles. Par exemple, il est difficile d'utiliser des toilettes exiguës où il faut s'accroupir lorsque l'on est enceinte.

Le point qui sous-tend toutes ces considérations est la mise en place de politiques, de plans et de budgets nationaux qui accordent la priorité à la fourniture d'infrastructures EAH fiables et tenant compte des questions de genre dans tous les établissements, et qui reconnaissent l'importance cruciale de la propreté des accouchements aux fins de la réduction de la mortalité maternelle.



Gazetee, 29 ans, en route pour chercher de l'eau, Taranty Bas, Madagascar. Juin 2025.

Dans l'ensemble, les souhaits des femmes en Ouganda et au Malawi se recoupent largement avec les normes énoncées dans l'outil WASH FIT de l'UNICEF et de l'OMS et dans les directives sur la qualité des soins dans les services de maternité :

💧 **Un approvisionnement en eau fiable et propre :** Les femmes accordent la priorité à la permanence de l'accès à de l'eau salubre en quantité suffisante pour boire, se laver, nettoyer et recevoir ou prodiguer des soins pendant l'accouchement. Cette mesure fait écho aux normes mondiales qui exigent un approvisionnement ininterrompu, un stockage adéquat et des points d'eau à proximité des maternités.

💧 **Des toilettes propres, sûres et accessibles :** Les femmes réclament invariablement des toilettes propres, privées, fermant à clé, bien éclairées et situées à proximité des services de maternité. Ces demandes sont également formulées pour les femmes handicapées, reflétant les exigences internationales en matière d'installations sanitaires sûres, accessibles et non mixtes, avec dispositifs de lavage des mains à proximité.



WaterAid/Cianeh Kpukuyou

💧 **Le lavage des mains pour la prévention des infections :** Les femmes considèrent que des postes de lavage des mains en état de fonctionnement, avec de l'eau, du savon et/ou des produits hydroalcooliques à tous les points critiques constituent une protection essentielle, en parfaite adéquation avec les normes mondiales qui exigent des installations d'hygiène des mains à tous les points de soins et dans les toilettes, ainsi qu'une hygiène des mains systématique de la part du personnel.

💧 **Des maternités propres :** Les femmes associent la propreté aux soins et à la sécurité, soulignant la nécessité d'un nettoyage régulier, de fournitures adéquates et d'un personnel suffisant. Cette position se trouve en droite ligne des normes exigeant un nettoyage régulier de l'environnement et des zones cliniques hygiéniques à tout moment.

💧 **Dignité, respect, intimité et sécurité :** Les femmes mettent l'accent sur le respect de la vie privée, l'empathie et l'inclusion, en particulier pour les femmes handicapées. Cela reflète les attentes mondiales d'installations EAH et les environnements de maternité sûrs, privés et respectueux tout au long de l'accouchement et des soins postnatals.

💧 **Une gestion des déchets en toute sécurité :** L'élimination inadéquate des déchets est considérée par les femmes comme un signe visible de négligence et de risque. Cela fait écho aux normes exigeant un isolement, une élimination et des systèmes de drainage sûrs pour prévenir les contaminations et les infections.

💧 **Redevabilité et interventions rapides :** Les femmes veulent des mécanismes clairs permettant de signaler les problèmes, et souhaitent voir une prise de mesures évidente, conformément aux orientations mondiales appelant à un suivi permanent, à des réparations en temps opportun et à une amélioration continue de la qualité.

Harunatu T. Kamara nettoie du matériel médical à la clinique Diah, à Grand Cape Mount, au Libéria. Janvier 2026.

Shenette Khaula Shamu, sage-femme à la clinique Diah de Grand Cape Mount, au Libéria, explique comment le manque d'eau peut être un obstacle à des soins sûrs, respectueux et inclusifs. Janvier 2026.

« Si la patiente est amenée ici en travail, le temps que j'aille chercher de l'eau, elle pourrait accoucher et aurait besoin de mon attention immédiatement. Mais je ne serais pas là, parce que j'aurais été chercher de l'eau. Cela pourrait causer des dommages importants à la mère ou au bébé. Elle pourrait souffrir d'une hémorragie post-partum, et si je suis absente, elle pourrait même se vider de son sang et mourir. »



Analyse des politiques dans une sélection de pays



Au regard de ces priorités et critères, nous avons examiné un ensemble de politiques existantes dans 13 pays.^{xvi} Notre analyse s'est concentrée sur les politiques nationales de haut niveau en matière de santé, de santé maternelle et de santé des femmes, ainsi que sur les stratégies, les plans et les directives en matière d'EAH dans les établissements de santé et, le cas échéant, sur les directives et les normes en matière de soins maternels et néonataux. Nous avons évalué dans quelle mesure les gouvernements reconnaissent le lien entre EAH dans les établissements de santé et santé des femmes et des mères. Nous avons également évalué dans quelle mesure ils agissent concrètement pour garantir que des services EAH respectueux des questions de genre sont disponibles dans les établissements dont les femmes dépendent.

Aucune politique, stratégie ou aucun plan national de santé de haut niveau examiné n'a été jugé comme donnant la priorité à l'EAH dans les établissements de santé comme moyen de réduire la mortalité maternelle.

“

Sans eau, nous avons tendance à toucher les mères les unes après les autres sans nous désinfecter ou nous laver les mains. L'infection d'une mère se transmet ainsi à la suivante.

”

Jennifer Lucky, sage-femme, district de Mbale, région Est de l'Ouganda – participante à l'exercice d'écoute

xvi. Cambodge, Ghana, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Népal, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Rwanda, Tanzanie et Zambie.

Notre examen a permis de constater ce qui suit :

- ✓ Presque toutes les stratégies, politiques et presque tous les plans nationaux de haut niveau en matière de santé visent à réduire la mortalité maternelle dans leurs priorités et leurs indicateurs – il s'agit souvent d'une priorité absolue.
- ✓ Certaines politiques nationales de santé comprennent des engagements généraux en faveur de l'EAH dans les établissements de santé, mais aucune n'en fait une priorité en tant qu'intervention essentielle pour réduire la mortalité maternelle. Lorsque la question de l'EAH dans les établissements de soins est abordée dans les politiques nationales, il s'agit généralement d'un point minime ou s'inscrivant le cadre de cibles détaillées. Comme ces politiques de haut niveau déterminent la planification nationale et l'allocation des ressources, cette omission signifie qu'il est peu probable que l'attention politique et le soutien financier portent sur ce domaine d'une manière susceptible de garantir des soins sûrs, respectueux et inclusifs.
- ✓ Lorsqu'il existe des plans et des orientations sur l'EAH dans les établissements de santé, ils abordent souvent un grand nombre d'éléments fondamentaux reconnus comme importants pour l'obtention de services EAH tenant compte de la dimension de genre. Conformément à l'outil WASH FIT, la plupart de ces instruments abordent des questions telles que des toilettes séparées, accessibles et sûres pour les femmes, le respect des exigences minimales en matière d'approvisionnement en eau pour les salles de travail, et des normes définies concernant les stations de lavage des mains dans l'ensemble de l'établissement.
- ✓ Un petit nombre de pays va plus loin. Au Nigéria par exemple, les normes nationales prescrivent explicitement de donner la priorité aux femmes et aux autres groupes vulnérables dans le cadre de l'allocation des ressources.
- ✗ De nombreux pays qui ont élaboré des normes en matière d'EAH dans les établissements de santé ne disposent pas de feuilles de route chiffrées, de voies de financement ou de mesures systémiques permettant de les appliquer.
- ✗ Dans la plupart des pays, les politiques nationales en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile n'accordent qu'une attention limitée aux services EAH qui influencent directement l'expérience des soins vécue par les femmes *as directly shape women's experience of care*.

- ✓ Certains pays publient des orientations sur la qualité des soins dans les services de maternité qui adoptent pleinement le *huitième Standard de l'OMS pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé*¹⁴, lequel donne la priorité à la fourniture de services EAH dans les maternités, et fixe des obligations.

Les pays les plus performants de notre analyse sont ceux qui répondent à plusieurs critères en faisant référence à l'EAH dans les établissements de soins de santé dans leurs stratégies nationales. Il s'agit notamment de publier des normes et des directives en la matière qui couvrent les normes WASH FIT relatives à la prise en compte des questions de genre ; de les renforcer par des orientations détaillées pour les services de maternité qui s'alignent sur le cadre de suivi de la *qualité des soins pour la santé maternelle et néonatale* de l'OMS ; et de disposer de feuilles de route chiffrées pour l'EAH dans les établissements de santé qui font référence à la fourniture d'éléments tenant compte de la dimension de genre.

Un petit nombre de pays (le Cambodge, le Libéria, le Nigéria et la Zambie) cochent plusieurs de ces cases, et ne parviennent pourtant pas à établir un lien entre la réduction de la mortalité maternelle et la mise en place de services EAH tenant compte des questions de genre dans les établissements de santé. Aucun poste budgétaire n'est consacré à l'amélioration de l'EAH dans les établissements de soins de santé. Par conséquent, aucun pays n'est considéré comme mettant tout en œuvre. Aucun ne fait le lien entre son ambition déclarée de réduire la mortalité maternelle et le besoin critique de transformer le secteur de l'EAH dans les établissements de soins de santé et de donner la priorité aux droits et aux besoins des femmes dans ce contexte.

Les engagements en faveur de l'amélioration de l'EAH pour les femmes restent donc souvent des vœux pieux. Même s'il est bon de voir les normes internationales reflétées de manière aussi cohérente dans la plupart des politiques et directives relatives à l'EAH dans les établissements de santé, il ne sera pas possible d'améliorer la prise en compte des questions de genre dans ce cadre si les politiques nationales de plus haut niveau n'en font pas une priorité et s'il n'y a pas de plans ou de budgets clairs pour les améliorations à apporter. Sans ces outils, les normes continueront de ne pas être respectées.

Les femmes, fers-de-lance du changement pour des soins de santé sûrs et dignes en Tanzanie

Dans le district de Hanang, WaterAid et le Tanzania Gender Networking Programme (TGNP) ont aidé 60 femmes à comprendre et à revendiquer leurs droits en matière d'EAH, à jouer un rôle de leader au sein des conseils de village pour plaider en faveur du changement et, enfin, à influencer les décisions relatives à l'EAH dans les établissements de soins de santé au niveau du district et du pays.

En 2024, WaterAid a aidé le gouvernement tanzanien à élaborer des normes et des directives nationales en matière d'EAH dans les établissements de santé. Avec ces normes en place, le gouvernement s'est engagé à améliorer rapidement l'accès à l'EAH dans les établissements de santé et à investir dans des services plus sûrs et de meilleure qualité pour les femmes. Cet engagement a été soutenu par des investissements nationaux et un prêt de la Banque mondiale dans le domaine de la santé, ce qui a permis de développer considérablement les services EAH et d'améliorer plus de 2 000 établissements de santé pour qu'ils puissent répondre à la demande des femmes de soins plus sûrs.

Au niveau communautaire, WaterAid et TGNP ont aidé les femmes à comprendre leurs droits en matière d'EAH et à renforcer leurs compétences de plaidoyer. À la suite de la formation, de nombreuses femmes ont été incitées à se présenter à des postes électifs, et un tiers d'entre elles ont réussi à obtenir un siège au sein de leur Conseil de village.

Malgré ces progrès, certaines femmes continuent de se heurter à une certaine résistance ancrée dans des normes sociales et culturelles, notamment en ayant besoin de l'autorisation de leur conjoint pour assister aux réunions ou en subissant des critiques pour s'être exprimées. Pour favoriser un changement systémique, le TGNP a également formé les équipes de gestion des districts sur la manière d'intégrer les besoins spécifiques des femmes dans la planification des services EAH et de santé, et sur la manière de répondre aux demandes des femmes concernant l'amélioration des services.

En Tanzanie, la planification des services commence par les comités de village, dont les priorités façonnent les plans de district et étayent le processus décisionnel national en aval. Dans leurs nouvelles fonctions de membres du Conseil, les femmes ont défendu l'EAH dans les établissements de soins de santé et ont su rallier à la cause des investissements locaux. En influençant la planification et les budgets au niveau des districts, les femmes ont contribué à façonner les décisions prises au niveau national sur les investissements en faveur de l'EAH dans les établissements de santé et la mise au rang des priorités de la santé et de l'hygiène menstruelles, y compris l'accès aux serviettes hygiéniques.

Cet atelier a changé mon niveau de confiance. Je me sens maintenant équipée pour aborder les questions relatives à l'EAH lors de nos réunions.

Veronica Samson, village de Balang'dalalu, district de Gehandu

Yusra, 18 ans, avec son bébé Karim,
au centre de santé de Msanga,
district de Kisarawe, région de
Pwani, Tanzanie, août 2024.



Argumentaire d'investissement plus large en faveur de l'EAH dans les établissements de soins de santé

L'amélioration de l'EAH dans les établissements de santé n'est pas seulement essentielle pour garantir la sécurité des accouchements, il s'agit d'un investissement fondamental pour des systèmes de santé plus solides, des économies résilientes et l'égalité des genres. Garantir que chaque établissement dispose d'un approvisionnement fiable en eau propre, de toilettes décentes, d'un nettoyage de l'environnement, d'une gestion des déchets et des moyens permettant de maintenir une bonne hygiène est l'un des moyens les plus rentables de protéger la santé, de sauver des vies et de renforcer les soins de santé primaires.¹⁵

Investir dans l'EAH réduit le fardeau qui pèse sur les établissements débordés, améliore le moral du personnel et renforce la qualité et la sécurité des services essentiels, de la vaccination à la gestion des maladies chroniques. Cela réduit également les infections nosocomiales, qui coûtent aux économies africaines plus de 1,14 % du PIB et 5,6 % des dépenses totales de santé en raison des séjours hospitaliers plus longs, des coûts de traitement plus élevés et de la perte de productivité, en particulier des femmes qui, comme nous l'avons souligné plus haut, sont vulnérables aux infections nosocomiales de manière disproportionnée et sont responsables des soins non rémunérés prodigués à d'autres personnes atteintes d'une infection nosocomiale.¹⁶

L'EAH dans les établissements de santé est également essentiel pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens (RAM), l'une des plus grandes menaces pour la santé et la prospérité mondiales. En 2019, 4,95 millions de décès ont été associés à des infections bactériennes résistantes aux médicaments, dont 1,27 million étaient directement causées par la RAM.¹⁷ Près d'un tiers des quelque 690 000 décès néonataux annuels dus à la septicémie peuvent être attribués à des agents pathogènes résistants.¹⁸ La modélisation montre que l'amélioration de l'hygiène des mains, de la gestion des antimicrobiens et de l'hygiène de l'environnement pourrait réduire la RAM globale jusqu'à 85 %.¹⁹ Entre 1990 et 2019, on estime que l'amélioration de la prévention et du contrôle des infections, de la qualité des soins de santé et de la gestion de la septicémie – y compris les mesures influencées par l'EAH – a permis d'éviter plus de trois millions de décès liés à la RAM.¹⁴

L'amélioration de l'hygiène des mains, de la gestion des antimicrobiens et de l'hygiène de l'environnement pourrait réduire la RAM globale jusqu'à 85 %.

Je souhaite voir augmenter le nombre d'agents et agentes d'entretien, de stations de lavage des mains, de toilettes et de salles de bain adéquates à l'intérieur du service ; je souhaite voir plus d'approvisionnements en eau propre, plus de savon et plus de moustiquaires.

Deborah Nambezo, district de Mbale, région Est de l'Ouganda – participante à l'exercice d'écoute



Chifuniro, 19 ans, lave son
fils Ernest, 2 ans, Namizimbe,
Malawi. Juin 2024.

WaterAid/Sophie Harris-Taylor

Ces gains de santé se traduisent directement par des retombées économiques. Les coûts de santé mondiaux liés à la RAM atteignent déjà 66 milliards de dollars par an et devraient passer à 159 milliards de dollars d'ici à 2050 si les tendances actuelles se poursuivent. Les pertes économiques plus larges pourraient atteindre 1 000 à 3 400 milliards de dollars par an d'ici à 2030.¹⁹

L'EAH est l'une des rares interventions qui permettent de réduire immédiatement ces coûts. L'analyse de WaterAid montre que les services EAH de base dans les établissements de santé peuvent être fournis pour moins de 0,65 dollar par habitant et par an dans les pays les moins avancés, et que chaque dollar investi rapporte plus de 8,60 dollars par habitant en bénéfices sanitaires et économiques.¹⁶

Chaque dollar investi en faveur de l'EAH dans les établissements de santé rapporte plus de 8,60 dollars par habitant en avantages sanitaires et économiques.

Pour le personnel de santé, principalement féminin, l'EAH est essentiel pour la sécurité, le bien-être et la dignité au travail. Des sages-femmes interrogées dans 101 pays ont indiqué que l'eau propre, l'assainissement et des installations fonctionnelles faisaient partie de leurs principaux besoins pour dispenser des soins de qualité.⁶ Les mauvaises conditions d'hygiène contribuent aux risques professionnels, à la démotivation et à l'absentéisme, dont le coût est estimé à 2 % des dépenses totales de santé dans certains systèmes.²⁰

Il est donc essentiel de garantir des environnements de travail sûrs, non seulement pour le bien-être du personnel, mais aussi pour les résultats des patients et patientes, et les performances du système de santé.

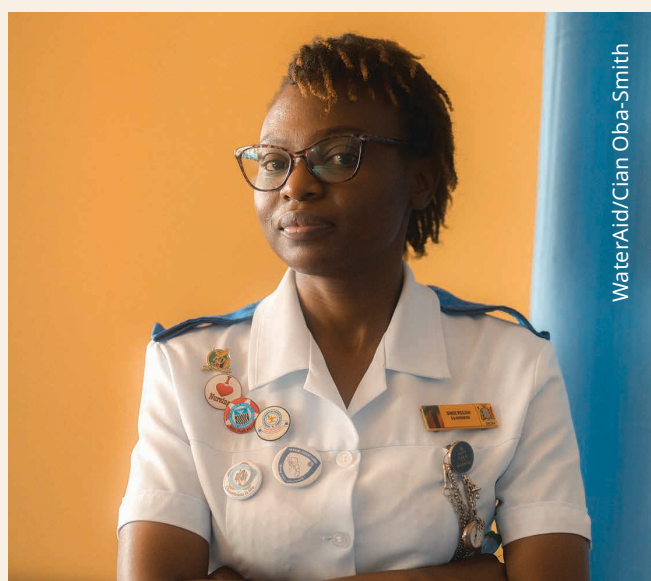
Les femmes, fers-de-lance du changement pour une maternité sûre et digne en Zambie

Les groupes d'action pour une maternité sans risque s'efforcent de réduire les délais critiques qui empêchent les femmes d'accéder à des soins de santé maternelle vitaux en mobilisant les communautés, en promouvant la sensibilisation à la santé et en exigeant des comptes. En partenariat avec ces groupes, WaterAid Zambie aide les femmes à faire entendre leur voix concernant ce dont elles ont le plus besoin pour accoucher en toute sécurité : de l'eau propre, des installations sanitaires décentes et de bonnes conditions d'hygiène. Elles sont soutenues dans leur expression pour susciter des changements dans les établissements de soins de santé.

Grâce au renforcement des capacités et à la responsabilisation sociale, les femmes ont renforcé leur rôle dans la prise de décisions au niveau local. Les femmes représentent désormais la moitié des comités EAH et des comités de santé de quartier, ce qui leur permet d'exercer une réelle influence sur la conception et la gestion des établissements de santé et de veiller à ce que la question de l'EAH figure au cœur de soins sûrs et dignes.

Les femmes ont plaidé avec succès en faveur de toilettes et d'installations sanitaires permanentes, adaptées à leur genre et reliées à un système d'approvisionnement en eau, ainsi que d'annexes de maternité répondant aux normes d'hygiène et de respect de la vie privée. Ces demandes ont été formulées dans le cadre d'un dialogue structuré avec les autorités locales, notamment les comités de développement des quartiers, dans lesquels la question de l'EAH est désormais reconnue comme une priorité de santé maternelle.

Les résultats sont tangibles dans les communautés. Au niveau des établissements, le fait d'avoir une infrastructure EAH inclusive a amélioré l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement, en particulier



WaterAid/Cian Oba-Smith

Sange Mbilishi, 34 ans, infirmière sage-femme à l'hôpital de niveau 1 de Matero, Matero, Lusaka, Zambie, novembre 2024.

pendant l'accouchement, et a permis de sensibiliser à l'importance de soins accordant la priorité aux besoins des femmes et des filles. Au niveau infranational, les autorités locales et les partenaires de la santé ont adopté une conception inclusive des installations et des annexes de maternité, qui intègre les priorités EAH.

Au niveau national, les résultats du projet contribuent à l'élaboration de la feuille de route de la Zambie relative à l'EAH dans les établissements de santé et influencent la politique nationale de santé. En amplifiant la voix des femmes et en renforçant la redevabilité, WaterAid Zambie a montré que des services EAH inclusifs ne sont pas une option facultative, mais un fondement pour des soins de santé de qualité, sûrs et respectueux, aux fins d'un changement systémique durable.

Conclusion

En conclusion, des services EAH tenant compte des questions de genre dans les établissements de santé, en particulier pendant l'accouchement, peuvent contribuer de manière décisive à la réduction de la mortalité maternelle dans le monde et à l'accélération des progrès vers l'égalité des genres de manière générale. En l'absence d'améliorations dans de nombreuses régions du monde, le manque de services EAH de base tenant compte des besoins des femmes dans les établissements de santé continuera d'alimenter les taux de mortalité maternelle et infantile.

Il continuera également d'être responsable des expériences négatives vécues par les femmes lors de leur accouchement en établissement de santé, les privant ainsi de leur droit à des soins sûrs, respectueux et inclusifs, et ajoutant le fardeau supplémentaire des responsabilités de soins à la liste déjà longue des travaux de soins non rémunérés qu'elles assument.

Le lien entre l'hygiène et la sécurité des naissances est établi depuis près de 200 ans. Et pourtant, les gouvernements des pays à revenu faible et intermédiaire, leurs partenaires et la communauté internationale ne lui accordent toujours pas l'importance et les ressources qu'il mérite dans les plans de réduction de la mortalité maternelle.

L'EAH dans les établissements de santé est un investissement stratégique : il protège les femmes et les familles, renforce les systèmes de santé, réduit la résistance aux antimicrobiens, améliore la productivité économique et permet d'obtenir des résultats rapides et durables. Les gouvernements qui investissent en faveur de l'EAH dans les établissements de santé préservent non seulement la santé des mères et des nouveau-nés, mais ils construisent aussi des sociétés plus justes, plus équitables, plus résilientes et plus prospères.

La voix des femmes

Elizabeth Nyanga explique l'importance de l'EAH pour les femmes, district de Kazungula, Zambie, mai 2022.

« Si je rencontrais notre président, je lui parlerais des problèmes que nous rencontrons à cause du manque d'eau dans un centre de soins de santé. Je lui parlerais de la souffrance des femmes, de la distance qu'elles parcourent pour aller chercher de l'eau et de la façon dont elles dorment à même le sol froid. Je lui demanderais d'agir immédiatement à ce sujet. »

Elizabeth à Sikachapa dans le district de Kazungula, Zambie, mai 2022.



Recommandations

Gouvernements nationaux

Faire de l'EAH dans les établissements de soins de santé une priorité politique et stratégique: Les gouvernements doivent de toute urgence accorder la priorité à l'EAH, et fournir des services inclusifs, résilients au climat^{xvii}, et tenant compte des questions de genre dans les établissements de santé, afin de réduire les décès maternels et néonataux évitables et de fournir des soins sûrs, respectueux et inclusifs. Le présent rapport est sans équivoque : un manque d'EAH adéquat dans les établissements de santé met en danger la vie des femmes, en particulier lors de l'accouchement. Les dirigeants et les dirigeantes doivent agir sans attendre pour respecter les engagements mondiaux énoncés dans les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et des Nations Unies relatives à l'EAH dans les établissements de santé^{xviii} en faisant de cette question une composante essentielle des soins dans toutes les maternités et unités de soins aux nouveau-nés. Pour ce faire, il convient d'intégrer l'EAH dans les établissements de santé aux stratégies, politiques et cadres de redevabilité nationaux en matière de santé maternelle et néonatale, y compris en élaborant et en intégrant des normes et des indicateurs EAH tenant compte de la dimension de genre dans les systèmes de santé nationaux.

Améliorer la planification et les finances: Les gouvernements doivent accroître et réserver des budgets de santé pour l'EAH dans les établissements de santé, en particulier dans les 47 pays les moins avancés. Malgré sa rentabilité avérée dans la prévention des infections nosocomiales et l'amélioration des résultats maternels, l'EAH dans les établissements de soins de santé reste chroniquement sous-financé. Pour y remédier, les gouvernements doivent élaborer, adopter et mettre en œuvre des plans nationaux chiffrés et des feuilles de route pour l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins, explicitement liés à la réduction de la mortalité maternelle et à la garantie de services EAH adaptés aux besoins des femmes dans ces structures. Il s'agira notamment de réaliser une revue systématique des déficits de financement, de mettre en évidence les domaines d'investissement prioritaires dans les budgets nationaux et infranationaux, et d'inclure l'EAH dans les établissements de soins de santé dans les dossiers de financement externe.

xvii. S'entend par « EAH résilient face au climat » des services et des comportements en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène qui continuent à fonctionner ou peuvent être rapidement rétablis en cas de changements climatiques et d'aléas liés au climat. Des systèmes EAH robustes et durables aident les communautés à mieux faire face aux impacts des changements climatiques.

xviii. En 2018, l'appel à l'action mondial du Secrétaire général des Nations Unies relatif à l'EAH dans les établissements de santé a permis de sensibiliser les États membres, les entités des Nations unies et les partenaires sur cette question. La résolution de l'Assemblée mondiale de la santé adoptée en 2019 a encore renforcé cette question, tous les États membres s'engageant à œuvrer en faveur de l'accès universel d'ici à 2030. Pour en savoir plus : [https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health-\(wash\)/health-care-facilities/wash-in-health-care-facilities](https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health-(wash)/health-care-facilities/wash-in-health-care-facilities)

💧 **Garantir des soins respectueux et sûrs pour les femmes, en plaçant ces dernières au centre de la prise de décisions:** Les gouvernements doivent garantir des soins de santé sûrs et dignes aux femmes et aux nouveau-nés. Ils peuvent le faire en institutionnalisant la prestation de services de santé qui accordent la priorité et satisfont aux droits et aux besoins des femmes. Ils doivent également promouvoir le leadership des femmes et leur pouvoir décisionnel, en reconnaissant qu'elles sont des expertes concernant leurs propres besoins en tant qu'agentes de santé, patientes et pourvoyeuses de soins. Pour ce faire, il convient de mettre en œuvre l'outil WASH FIT et le cadre de suivi de la qualité des soins pour la santé maternelle et néonatale de l'OMS, considérer les normes minimales comme un point de départ plutôt que comme une cible, et intégrer les indicateurs EAH dans les systèmes d'information sur la gestion de la santé, parallèlement à des mécanismes de redevabilité transparents et adaptés aux besoins des femmes. Les gouvernements doivent également investir dans le personnel de santé et les agents et agentes d'entretien, en les formant régulièrement à la prévention et au contrôle des infections, à la prestation de services et aux comportements inclusifs, à la gestion des déchets et aux soins maternels respectueux, en s'appuyant sur des infrastructures et des pratiques fiables en matière d'EAH, ainsi que sur l'approvisionnement et l'entretien.

“

Lorsque le gouvernement écoute les demandes des femmes, les politiques changent. Lorsque les politiques changent, des vies sont sauvées.”

Scovia Angom, défenseuse des femmes, White Ribbon Alliance, Ouganda – participante à l'exercice d'écoute



La sage-femme Shenette Khaula Shamu réconforte Miatta Kromah pendant son accouchement à la clinique Diah, à Grand Cape Mount, au Libéria. Janvier 2026.



Partenaires de développement

Les partenaires de développement doivent soutenir et renforcer le leadership national en considérant l'EAH comme fondamental pour la santé maternelle et néonatale, la dignité et l'égalité des genres.

- **Placer la question de l'EAH dans les établissements de soins de santé au cœur des programmes de santé maternelle et néonatale:** Intégrer l'EAH dans tous les programmes de santé maternelle et néonatale, les cadres de résultats et les dispositifs de redevabilité. Examiner les investissements existants dans le domaine de la santé pour évaluer la couverture EAH et donner la priorité à l'intégration des indicateurs WASH FIT et EAH dans la prestation et le suivi de la santé maternelle et néonatale.



“ Une mère propre est une mère en sécurité. Lorsque nous avons de l'eau propre, nous protégeons aussi bien les mères que nous-mêmes. [...] J'appelle à la mise en place de systèmes d'approvisionnement en eau continus, d'un approvisionnement municipal fiable ou d'alternatives durables telles que les forages et la collecte des eaux de pluie. ”

Walter Omoko, prestataire de soins de santé, Department of Maternal and Child Health (département de la santé maternelle et infantile), district de Lira, région Nord de l'Ouganda – participant à l'exercice d'écoute

- **Accroître les financements et la coordination en faveur de l'EAH dans les établissements de soins de santé:** Réserver et augmenter les financements en faveur des infrastructures EAH, du renforcement des systèmes, du changement des comportements et de la coordination intersectorielle. Créer des incitations à la collaboration entre les acteurs de la santé et de l'EAH par le biais de dossiers d'investissement et de pactes nationaux ; aligner les financements sur les feuilles de route nationales pour l'EAH dans les établissements de santé.

- **Faire de la voix des femmes et de l'équité des piliers de la redevabilité:** Investir dans des approches nationales et infranationales de redevabilité afin que les groupes de femmes, les comités de santé et les organisations de la société civile puissent suivre les performances en matière d'EAH et demander des comptes. Donner la priorité à l'EAH dans les établissements de soins de santé comme moyen de remédier aux inégalités persistantes auxquelles sont confrontées les adolescentes, les femmes handicapées, les personnes vivant en milieu rural et les communautés qui n'ont pas accès à l'EAH dans les établissements de soins de santé dont ils ont besoin. Défendre la mise en œuvre de l'Agenda de Lusaka^{xix} en alignant les efforts des donateurs sur les priorités nationales, en renforçant la coordination entre les initiatives de santé mondiales et en établissant des mécanismes de redevabilité mutuelle.

xix. L'Agenda de Lusaka est un engagement pris par les gouvernements, les initiatives mondiales en matière de santé et les donateurs afin de mieux coordonner, aligner et harmoniser les financements de la santé et le soutien aux stratégies nationales de santé, en réduisant la fragmentation et en renforçant l'appropriation et la redevabilité des pays.



Le docteur Paulo Simas, 35 ans, soigne un enfant au poste de santé de Vatuboro, Liquica. Juillet 2022.

“

J'aimerais qu'un plus grand nombre de sources d'eau soient mises en place. J'aimerais que davantage de toilettes soient construites dans mon établissement de santé. J'aimerais que l'on achète plus de matériel de nettoyage et que l'on recrute plus d'agents et agentes d'entretien.

Winfred Ikiring, Mbale, Ouganda – participant à l'exercice d'écoute

”

“

Ce qui m'importe le plus, c'est que les toilettes soient toujours propres et ouvertes.

Justine Biryeri, Mbale, Ouganda – participante à l'exercice d'écoute

”

“

Je m'attends à trouver de l'eau et du savon gratuits pour se laver les mains. Je m'attends à trouver des toilettes gratuites à proximité de la salle de travail.

Alice Apio, Mbale, Ouganda – participante à l'exercice d'écoute

”

“

Chaque établissement de santé doit disposer de toilettes, de salles de bains et de points d'eau accessibles que les femmes handicapées peuvent utiliser sans difficulté.

Scovia Angom, défenseuse des femmes, White Ribbon Alliance, Ouganda – participante à l'exercice d'écoute

”

Références

- ¹. Adapté de JMP, « *Healthcare Facilities* ». Disponible à l'adresse suivante : washdata.org/topics/health-care-facilities <https://washdata.org/topics/health-care-facilities>
- ². Robb KA, Habiyakare C, Kateera F, et al., « Variability of water, sanitation, and hygiene conditions and the potential infection risk following cesarean delivery in rural Rwanda ». *Journal of Water and Health*, 2020. vol 18, no 5, p. 741-752. Disponible à l'adresse suivante : doi.org/10.2166/wh.2020.220
- ³. Oyedele O. K. et Lawal T. V., « Global dominance of non-institutional delivery and the risky impact on maternal mortality spike in 25 Sub-Saharan African Countries ». *Glob Health Research and Policy*, 2025. vol 10, no 1, p. 10. Disponible à l'adresse suivante : doi.org/10.1186/s41256-025-00409-x.
- ⁴. Hutton G., *Exploration of the Gender and Child Impacts of Healthcare Associated Infections (HAIs) with a focus on Ensuring WASH is a Key Pillar of Initiatives to Control HAIs and Reduce Antimicrobial Resistance*. Recherche interne commandée par WaterAid, 2024. Valeurs inhérentes.
- ⁵. OMS, *Delivered by women, led by men: A gender equality analysis of the global health and social workforce*. Human Resources for Health Observer Series No. 24, 2019. Disponible à l'adresse suivante : iris.who.int/handle/10665/311322
- ⁶. Fejfar D., Guo A., Tidewell J. B. et al., « Healthcare provider satisfaction with environmental conditions in rural healthcare facilities of 14 low- and middle-income countries ». *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 2021, vol. 236, p. 113802. Disponible à l'adresse suivante : doi.org/10.1016/j.ijheh.2021.113802
- ⁷. White Ribbon Alliance, *What Women Want: Midwives' Voices, Midwives' Demands*. White Ribbon Alliance, Washington D. C., 2022.
- ⁸. Chaitkin M., McCormick S., Alvarez-Sala Torrealano J., et al., « Estimating the cost of achieving basic water, sanitation, hygiene, and waste management services in public health-care facilities in the 46 UN designated least-developed countries: a modelling study ». *The Lancet Global Health*, 2022, vol 10, no 6, p. e840-e849. Disponible à l'adresse suivante : [doi.org/10.1016/s2214-109x\(22\)00099-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(22)00099-7).
- ⁹. WaterAid Ouganda, *What Women Want for WASH in Healthcare Facilities: Equity, dignity and quality demands during childbirth. Résultats d'un exercice d'écoute mené en Ouganda, juin-septembre 2025*, p 7.
- ¹⁰. WaterAid Ouganda, *What Women Want for WASH in Healthcare Facilities*, p. 8.
- ¹¹. WaterAid Ouganda, *What Women Want for WASH in Healthcare Facilities*, p. 9.
- ¹². OMS/UNICEF, *Outil pour l'amélioration des services WASH dans les établissements de santé, deuxième édition*. OMS, Genève, 2022. Disponible à l'adresse suivante : https://www.washinhcf.org/wp-content/uploads/2023/02/WASH-FIT-2022_French.pdf
- ¹³. Maternal, Newborn, Child & Adolescent Health & Ageing (MCA), Quality of Care Network, *Quality of care for maternal and newborn health: A monitoring framework for network countries*. OMS, Genève, 2019. Disponible à l'adresse suivante : who.int/publications/m/item/quality-of-care-for-maternal-and-newborn-a-monitoring-framework-for-network-countries
- ¹⁴. OMS, *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé*. OMS, Genève, 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241511216>
- ¹⁵. OMS/UNICEF, *WASH dans les établissements de santé : Rapport référentiel mondial 2019*. JMP, Genève, 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241515504>
- ¹⁶. Hutton G., Chase C., Kennedy-Walker R., et al., « Financial and economic costs of healthcare-associated infections in Africa ». *Journal of Hospital Infection*, 2024, vol 150, p. 1-8. Disponible à l'adresse suivante : doi.org/10.1016/j.jhin.2024.04.015
- ¹⁷. Antimicrobial Resistance Collaborators, « Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis ». *The Lancet*, 2022, vol 399, no 10325, p. 629-655. Disponible à l'adresse suivante : [doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02724-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0)
- ¹⁸. Laxminarayan R., Matsoso P., Pant S., et al., « Access to effective antimicrobials: a worldwide challenge ». *The Lancet*, 2016, vol 387, no 10014, p. 168-175. Disponible à l'adresse suivante : [doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00474-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00474-2)
- ¹⁹. OCDE, *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*. Éditions de l'OCDE, Paris, 2018. Disponible à l'adresse suivante : doi.org/10.1787/9789264307599-en
- ²⁰. de Bienassis K., Slawomirski L. et Klazinga N., *The economics of patient safety Part IV: Safety in the workplace: Occupational safety as the bedrock of resilient health systems*. Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 130. Éditions de l'OCDE, Paris, 2021. Disponible à l'adresse suivante : doi.org/10.1787/b25b8c39-en

Remerciements

Angela Nguku, Reagun Odhiambo, Lillian Wambua, Kelvin Ngeno, Maureen Kitutu et Edith Wangare (White Ribbon Alliance Kenya) ; Scovia Angom, Robina Biteyi (Alliance du Ruban Blanc Ouganda).

Claire Hickson (consultante en recherche) et Guy Hutton (consultant en recherche).

Nusrat Jahan (WaterAid Australie) ; M M Aeorangajeb Al Hossain (WaterAid Bangladesh) ; Senghort Ret (WaterAid Cambodge) ; Ibrahim Musah (WaterAid Ghana) ; Matthew Dweh (WaterAid Libéria) ; Chandiwira Chisi, Dennis Lupenga (WaterAid Malawi) ; Dulce Marrumbe (WaterAid Mozambique) ; Sudip Devkota, Seema Rajouria (WaterAid Népal) ; Theodora Igboaruka (WaterAid Nigéria) ; Nighat Immad (WaterAid Pakistan) ; Annemarie Paul (WaterAid Papouasie-Nouvelle-Guinée) ; Jean Baptiste Nsengiyumva (WaterAid Rwanda) ; Christina Mhando (WaterAid Tanzanie) ; Livia da Cruz, Jesuina Gusmao (Timor-Leste) ; Hamim Masudi, Comfort Hajra Mukasa (WaterAid Ouganda) ; Dr Alesia Ofori, Emma Sutton-Smith, Joanne Green, Jasmin Arciero, Dr Clara Mundia, Priya Nath, Kyla Smith, Vrinda Nagar, Helen Hamilton, Lou Brydges, Annie Msosa (WaterAid Royaume-Uni) ; Eddy Chikuta, Collins Himabala, Chama Mundia (WaterAid Zambie).

18 mars 2026

WaterAid a un seul objectif:

Pour changer le monde grâce à l'eau potable, des toilettes décentes et une bonne hygiène.

Le **changement** commence avec l'eau

TIME TO DELIVER

**Clean water for every
woman, every birth,
every future.**



**Pour obtenir des copies numériques et traduites du rapport, ainsi que
de plus amples informations, veuillez scanner ce code QR.**

