L'Eau, l'Assainissement, l'Hygiène et la Santé Communautaire:

L'approche intégrée EAH de MAHEFA pour promouvoir des bonnes pratiques de santé

Community-Based Integrated Health Program (CBIHP), localement dénommé MAHEFA, est un programme de santé communautaire intégré financé par l'USAID pour cinq ans (2011-2016). Le programme a été mis en œuvre par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI), en partenariat avec Transaid et The Manoff Group, et en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène et le Ministère de la Jeunesse et des Sports. Il a été réalisé dans six régions du nord et du nord-ouest de Madagascar (Menabe, SAVA, DIANA, Sofia, Melaky et Boeny). Durant la vie du programme, 6 052 agents communautaires (AC) ont été formés, équipés et supervisés pour fournir des services de santé de base dans les domaines de la santé maternelle, néonatale et infantile; la planification familiale et la santé reproductive, y compris la prévention des infections sexuellement transmissibles; l'eau, l'assainissement et l'hygiène; la nutrition; la prévention et le traitement du paludisme. Les AC ont été sélectionnés par les membres de leur communauté, encadrés et supervisés par les responsables des centres de santé de base. Ils ont fourni des services selon le mandat qui leur est assigné dans la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC). Dans ce cadre, à l'instar des autres acteurs communautaires impliqués dans le programme, ils ont accompli leur travail en volontaires.

Cette fiche technique fait partie d'une série de quinze fiches techniques produites par MAHEFA, et qui mettent en évidence des approches stratégiques choisies, des innovations, des résultats et des enseignements tirés du programme. Les thèmes abordés dans les fiches techniques concernent *la responsabilisation pour le changement de comportement, les groupes d'écoute radio, l'utilisation de la Fiche d'Evaluation par la Communauté, l'introduction combinée de Chlorhexidine 7,1% / Misoprostol, l'approche Communes Championnes, la mobilité des AC, le système de transport d'urgence communautaire, le paludisme, la motivation des AC, la planification familiale et la jeunesse, WASH, eBox, les mutuelles de santé, les systèmes d'information pour la santé communautaire, et le renforcement de capacité des ONG.*

Contexte Général

Comme en témoignent les chiffres, 21 pourcent de la population mondiale ont un faible accès à l'eau potable et 36 pourcent n'utilisent pas de toilettes[1] (n'en utilisent pas du tout ou ne sont pas de qualité acceptable), l'approvisionnement en eau et assainissement sont de grand défis. Essentiel pour la santé de la population, l'eau potable doit toujours être à disposition immédiate, que ce soit pour la consommation, l'usage domestique, la production alimentaire ou à des fins récréatives. Dans les zones où l'eau est difficilement accessible, favorisant la diarrhée ainsi que d'autres maladies, la population ne considère pas le lavage des mains avec du savon comme une priorité. D'après les estimations, chaque année, 842 000 personnes meurent de la diarrhée à cause de la consommation d'eau non potable et/ou des mauvaises conditions d'assainissement et d'hygiène. Pourtant, la diarrhée peut être largement prévenue en suivant les mesures appropriées et le décès de 361 000 enfants de moins de cinq ans par année pourraient être évité si les facteurs de risque liés à l'eau, assainissement et hygiène étaient maîtrisés[2].

Contexte de MAHEFA

A cause de l'accès limité en eau potable et aux services d'assainissement, il est pratiquement impossible pour Madagascar d'atteindre ses objectifs en matière de santé. Actuellement, le pays est classé au 4ème rang des pays ayant le plus faible accès à l'eau potable[3]. La défécation à l'air libre est largement pratiquée et l'assainissement reste un grand défi. Les statistiques nationales rapportées par le Programme de Suivi Conjoint (2013) indiquent que jusqu'à 54 pourcent de la population n'ont pas accès aux sources d'eau améliorées et 85 pourcent de la population n'ont pas accès à des infrastructures d'assainissement améliorées pour la gestion hygiénique des défécations humaines. L'objectif de MAHEFA est de mener des activités de promotion de la santé et d'assurer la prestation des services de santé de base au niveau de la communauté à travers le travail des agents communautaires (ACs) et d'autres acteurs communautaires. Les activités de l'eau, assainissement et hygiène sont mises en œuvre pour veiller à ce que les membres de la communauté ont accès à l'eau potable et à pratiquer une bonne hygiène et d'assainissement.

Approche de MAHEFA

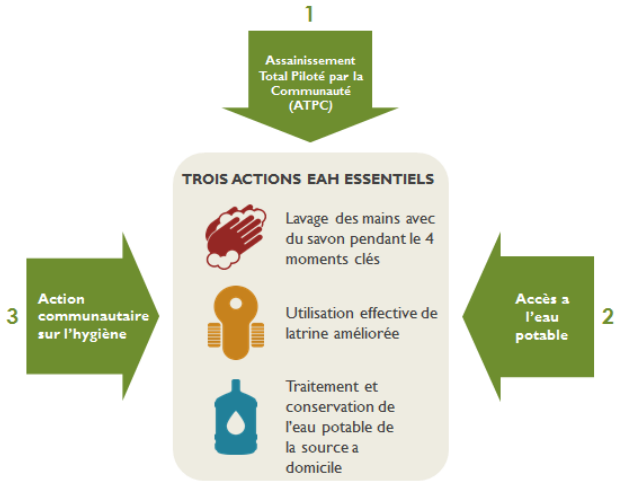
Le programme MAHEFA a combiné trois grandes approches pour améliorer la situation en matière d'eau, assainissement et hygiène : 1) L'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) ayant pour objectif d'éradiquer la pratique de défécation à l'air libre ; 2) l'amélioration de l'accès à l'approvisionnement en eau ; et 3) la promotion des mesures d'hygiène communautaire. Cette approche combinée en EAH est présentée dans la Figure 1.

1. Avancement enregistré en matière d'assainissement et d'eau potable - Mise à jour en 2013. Programme de Suivi Conjoint de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'UNICEF (« JPM ») ; OMS, Genève 2013.
2. GLOBAL HEALTH RISKS: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks, World Health Organization, 20019.
3. A Snapshot of Drinking Water and Sanitation in Africa – 2012 Update: A regional perspective based on new data from the WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation

Principales Activités

1. Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC). MAHEFA a appliqué l'approche ATPC mise en place par le groupe de travail DIORANO sous le leadership du Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène (MEAH). Cette approche a pour objectif de susciter l'intérêt et l'engagement des communautés à abandonner la pratique de la défécation à l'air libre de manière durable et rentable avec l'appropriation de la communauté (Figure 1).

Figure 1. Approche complète en EAH de MAHEFA



Afin de promouvoir les bonnes pratiques en matière d'EAH au niveau des membres de la communauté dans chaque site, le programme MAHEFA :

a) a formé, équipé et supervisé les acteurs communautaires suivants: les leaders naturels (LN), les ouvriers locaux, les membres des associations des usagers de l'eau (AUEAH), assainissement et hygiène, les ménages parrains, les agents communautaires et les animateurs de groupe d'écoute.

Encadré 1. Cinq Phases du ATPC

- Annonce et travaux de préparation de pré-déclenchement
- Déclenchement avec les techniques ATPC et plan d'action pour la construction de latrines
- Post-déclenchement/suivi de la construction et de l'utilisation des latrines
- Auto-déclaration SDAL : quand tous les ménages du village utilisent des latrines
- Certification officielle SDAL par le DREAH, après évaluation, quand le village a conservé son statut SDAL pendant au moins six mois.

Source: MEAH

- Les LN au sein de la communauté qui sont responsables de la mobilisation de la communauté pour la construction et l'utilisation des latrines ainsi que la promotion de la propreté du village.
- Les ouvriers locaux qui fabriquent les dalles San plat des latrines mises en vente au niveau de la communauté.
- Les membres des associations des usagers de l'eau, assainissement et hygiène qui promeuvent les bonnes pratiques en matière d'EAH, y compris le traitement de l'eau.
- Les ménages parrains qui ont eux-mêmes adopté les bonnes pratiques en matière d'EAH et ont convaincu au moins trois autres ménages d'en faire de même.
- Les AC qui effectuent le counseling et mènent des séances d'éducation dans le cadre des services de santé qu'ils fournissent.
- Les Animateurs de groupe d'écoute qui organisent des séances d'écoute collective chaque semaine dont certaines thématiques discutées se portent sur l'EAH.

b) a effectué les suivis des activités des acteurs mentionnés ci-dessus et leurs rapports d'activité mensuels. Les supervisions sur terrain des membres de l'AUEAH, des LN et ouvriers locaux ont été réalisés en collaboration avec les techniciens de la Direction Régionale de l'Eau, de l'assainissement et de l'hygiène (DREAH), tandis que les supervisions des autres acteurs ont été menées conjointement par l'équipe MAHEFA, les Chefs CSB et/ou les membres de l'Equipe de Management du District (EMAD) du Ministère de la Santé Publique (MINSANP).

2. Accès à l'eau potable. Toutes les activités de construction ont été approuvées et suivies conjointement avec la DREAH.

a) Identification des sites pour la construction des puits et bornes fontaines. Utilisation du plan d'action régional sur la construction des infrastructures en eau. Les ingénieurs en EAH de MAHEFA et les techniciens de la DREAH ont effectué des visites sur terrain pour procéder à une évaluation finale des sites et ont réalisé une évaluation environnementale en utilisant les fiches de l'USAID.

b) Sélection et contractualisation avec les entreprises de construction et les bureaux d'études pour assurer la supervision des constructions. A ce stade, les communautés fournissent la main-d'œuvre qualifiée et les matériaux locaux. Les ingénieurs en EAH de MAHEFA et de la DREAH effectuent la supervision générale des constructions.

c) Pour chaque ouvrage, une structure de gestion de l'eau a été créée au sein de la communauté. Dans le programme de MAHEFA, cette structure est dénommée « Association des usagers de l'eau, assainissement et hygiène» ou AUEAH. Ainsi, les membres ont été identifiés par chacune des communautés, constitués en groupe et formés (conformément au programme du Ministère de l'Eau) en vue de gérer l'utilisation de l'eau, de préserver le bon fonctionnement des puits par des entretiens réguliers et des réparations au besoin, promouvoir les messages clés en EAH.

d) Pour la réalisation des tests de qualité de l'eau, MAHEFA a collaboré avec l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM), la seule institution qui peut effectuer des tests bactériologiques en eau potable. L'eau de tous les puits et bornes fontaines construites dans le cadre du programme a été envoyé au laboratoire IPM annuellement. Les résultats des tests ont été partagés avec la communauté afin qu'ils puissent prendre des mesures sur la base des recommandations de l'IPM.

e) Transfert définitif et officiel des responsabilités de gestion à la commune. Sur la base des lignes directrices du Ministère de l'EAH, les communes deviennent le premier responsable des puits et des borne fontaines construits dans leurs circonscriptions.

3. Interventions communautaires en matière d'hygiène. MAHEFA applique une stratégie de Responsabilisation en Changement de Comportement (RCC) pour accroitre la demande en services et produits de santé, y compris l'adoption de comportements positifs en eau, assainissement et hygiène. Les messages relatifs à l'EAH sont véhiculés par plusieurs canaux de communication (mass médias sous forme de diffusions radiophoniques et télévisées ; des discussions de groupe dans le cadre de manifestations à forte visibilité et des séances de groupes d'écoutes radiophoniques ; Les ménages parrains et la communication interpersonnelle sous forme de counseling et de visites privées à domicile). Ces activités sont rapportées mensuellement au CSB et au programme MAHEFA.

Résultats

MAHEFA a constaté que malgré les conditions socio-économiques extrêmement défavorables de ses zones d'interventions, il est possible d'améliorer l'assainissement sans subventionner les ménages. En décembre 2015, un total de 142 456 acteurs communautaires en EAH ont été formés, équipés et appuyés pour promouvoir régulièrement les bonnes pratiques en EAH dans leurs communautés. Ces acteurs se composent de: 1 556 LN, 648 ouvriers locaux formés, 3 692 membres d'AUEAH, 6 052 agents communautaires et 130 472 ménages parrains. Chaque trimestre, environ 900 000 personnes sont touchées par les messages clés en EAH à travers des différents canaux de communication dont les séances de sensibilisation organisées par les acteurs communautaires mentionnés précédemment.

Le travail de ces acteurs a entraîné une forte augmentation du nombre de latrines construites et utilisées dans la zone du programme MAHEFA (Figure 2).

Figure 2. Latrines améliorées construites pendant le programme MAHEFA par année

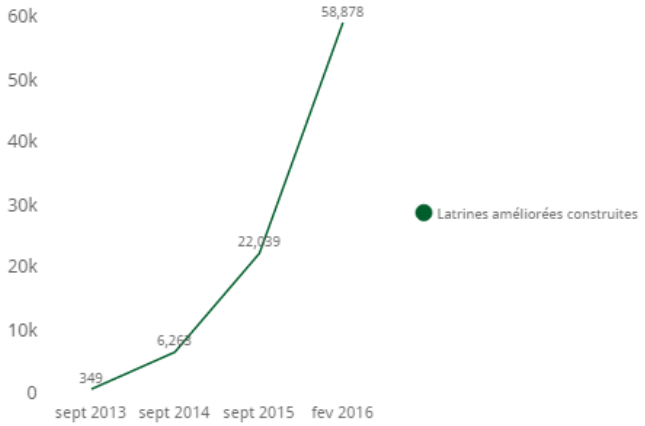
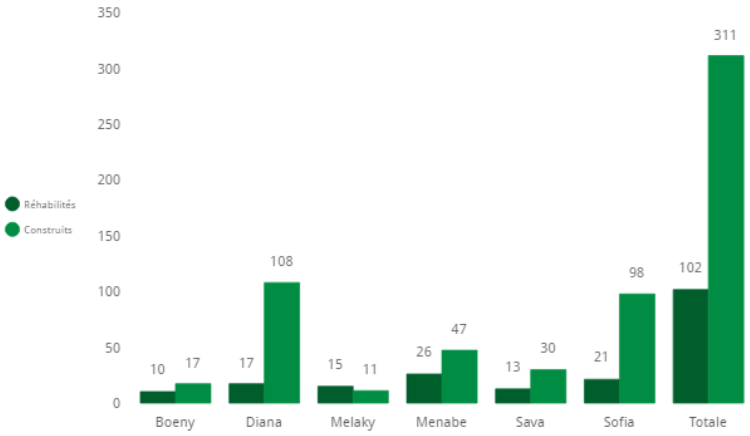


Figure 3. Puits et bornes fontaines construits et réhabilités dans les régions de MAHEFA



A la fin du programme, 684 ouvriers locaux ont été formés et ont construit 17 494 Dalles SanPlat dans les six régions. De même, une augmentation du nombre de villages certifiés « Sans Défécation à l'Air Libre » ou SDAL y est observée, passant de 14 à la fin de l'Année Fiscale 2013 à 472 enfin février 2016 (fin du programme). MAHEFA a construit et réhabilité au total 413 infrastructures d'eau (102 réhabilitations et 311 puits construits) dont des puits à pompe à motricité manuelle dans les six régions du programme. En terme cumulatif, 103 250 personnes ont tiré avantage de ces infrastructures fournies par MAHEFA (Figure 3).

Défis

La mise en œuvre des interventions dans les zones à faible exposition en EAH. La population des zones d'intervention du programme n'a jamais participé à des programmes intégrés à l'EAH avant l'arrivée de MAHEFA. De ce fait, il a fallu du temps pour qu'elle comprenne les relations entre l'EAH et la santé.

L'engagement des autorités locales. Certaines autorités locales n'ont pas pris pleinement leurs responsabilités dans la gestion des puits et bornes fontaines ainsi qu'à la promotion des bonnes pratiques en matière d'EAH dans leur communauté.

L'engagement tardif du Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène. Pendant les quatre premières années du programme, MAHEFA a été officiellement restreinte par le gouvernement des Etats-Unis de travailler avec le Gouvernement Malagasy y compris le MEAH. Cette restriction a entrainé des retards dans les activités de construction de certains sites ainsi qu'à l'évaluation et la certification SDAL des zones du programme dont seule la DREAH est habilitée.

Courte saison de construction en raison de condition climatique. De nombreux districts de MAHEFA ont des problèmes d'inaccessibilité pendant la saison des pluies, car les routes sont souvent en mauvais état. Le risque d'inondation empêche également les puits et les latrines d'être construits, rénovés entrainant l'insuffisance de certification SDAL pendant certaine période.

Leçons Apprises et Recommandations

Appliquer plusieurs approches complémentaires en EAH. L'utilisation de combinaison d'approches en EAH renforce l'importance du concept à travers différents canaux et augmente la probabilité de succès et de pérennisation. Exemple d'approche complémentaire en EAH mise en œuvre par MAHEFA : la disponibilité des produits grâce à l'approvisionnement en eau potable (puits et bornes fontaines) et en moule dalles Sanplat pour la construction de latrines ; le renforcement des connaissances et des compétences communautaires grâce à des activités RCC et à la fixation des objectifs réalisables par le biais du processus de certification SDAL.

Plaidoyer pour une coordination au niveau national. Afin de stimuler l'adoption effective et le passage à l'action suite aux messages clés relatifs à l'EAH et d'aider la communauté à bien comprendre les liens entre les activités EAH et santé, il est primordial d'avoir un engagement de haut niveau. L'intégration directe de la composante d'approvisionnement en eau potable dans le programme de santé communautaire facilite la collaboration étroite et la coordination des deux ministères du Gouvernement de Madagascar (Ministère de la Santé Publique, et Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène).

Appuyer les acteurs communautaire EAH. En plus d'assurer l'appui au niveau national et régional, la participation et responsabilisation soutenues et accrues des acteurs en EAH sont essentielles. Le programme devrait encourager et renforcer le lien entre le secteur public et la communauté pour faciliter l'intégration des concepts de santé et EAH. Ce lien va encourager la communauté à avoir plus d'engagement, de développer leurs compétences et les outils y afférents afin de mobiliser leur familles, voisins et amis d'adopter et maintenir des bonnes pratiques en EAH.

Faire un plan pour le transfert des activités EAH. Les activités EAH devraient avoir une approche intégrée dans laquelle la responsabilité est finalement transférée aux communes. Cela nécessite une collaboration étroite entre la commune et le MEAH surtout au début du programme et pendant le déploiement des activités afin de faciliter le transfert effectif de responsabilité. En outre, la tenue d'un atelier de remise officielle des acquis est très importante pour la durabilité et pour inciter le secteur public à soutenir l'EAH et les acteurs communautaires dans l'exercice de leurs activités.

POUR PLUS D'INFORMATION, VEUILLEZ CONTACTER:

JSI Research & Training Institute, Inc. | 44 Farnsworth Street, Boston, MA 02210 617.482.9485, www.jsi.com
Cette fiche technique a été rendue possible grâce à l'appui généreux du peuple américain à travers l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). JSI Research and Training Institute, Inc est entièrement responsable de son contenu, qui n'exprime pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.