

Rapport de situation mondial sur WASH FIT : évaluation d'un outil, fondé sur les risques, pour améliorer les services d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de gestion des déchets dans les établissements de santé



Organisation
mondiale de la Santé

unicef 

pour chaque enfant

Rapport de situation mondial sur WASH FIT : évaluation d'un outil, fondé sur les risques, pour améliorer les services d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de gestion des déchets dans les établissements de santé

Rapport de situation mondial sur WASH FIT : évaluation d'un outil, fondé sur les risques, pour améliorer les services d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de gestion des déchets dans les établissements de santé [Implementation of the water and sanitation for health facility improvement tool (WASH FIT): global report]

ISBN (OMS) 978-92-4-011528-6 (version électronique)

ISBN (OMS) 978-92-4-011529-3 (version imprimée)

© **Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2025**

Ce rapport conjoint reflète les activités de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS ou l'UNICEF approuvent une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du nom ou du logo de l'OMS ou de l'UNICEF sans autorisation est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Ni l'OMS ni l'UNICEF ne sauraient être tenus pour responsables du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Rapport de situation mondial sur WASH FIT : évaluation d'un outil, fondé sur les risques, pour améliorer les services d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de gestion des déchets dans les établissements de santé [Implementation of the water and sanitation for health facility improvement tool (WASH FIT): global report]. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2025. Licence : **CC BY-NC-SA 3.0 IGO**.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <https://www.who.int/publications/book-orders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/fr/copyright>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Photographies de l'UNICEF et de l'OMS. Les photographies de l'OMS et de l'UNICEF sont protégées par le droit d'auteur et ne peuvent être reproduites, sur quelque support que ce soit, sans autorisation écrite préalable. Des autorisations peuvent être accordées pour une utilisation unique dans une situation qui représente avec fidélité la situation réelle et l'identité de toutes les personnes représentées. Il est interdit d'utiliser les photographies de l'OMS et de l'UNICEF dans tout contexte commercial et d'en modifier le contenu par des moyens numériques afin d'en changer la signification ou le contexte. Les ressources ne peuvent être archivées par aucune entité autre que l'OMS ou l'UNICEF. Les demandes d'autorisation de reproduction des photographies de l'UNICEF doivent être adressées à la Division de la communication de l'UNICEF, 3 United Nations Plaza, New York 10017, États-Unis (adresse électronique : nyhqdoc.permit@unicef.org). Les demandes de reproduction des photographies de l'OMS doivent être adressées à : <http://www.who.int/fr/copyright>.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS ou de l'UNICEF aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

Les chiffres cités dans ce rapport correspondent à des estimations du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (<https://washdata.org/>) établies pour garantir leur compatibilité. Il ne s'agit donc pas nécessairement des statistiques officielles des pays, zones ou territoires concernés, lesquelles peuvent être fondées sur d'autres méthodes.

L'OMS et l'UNICEF ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ou l'UNICEF ne sauraient être tenus pour responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception par Inís Communication

Table des matières

Remerciements	vi
Sigles et acronymes	viii
1 Résumé	1
1.1 Portée du document	1
1.2 Liste des études de cas	1
2 Contexte	5
2.1 Stratégie mondiale pour les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, de gestion des déchets et d'électricité dans les établissements de santé	6
2.2 Une approche globale pour améliorer les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, de gestion des déchets et d'électricité	6
2.3 Soutenir le renforcement des systèmes et améliorer les services d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de gestion des déchets dans les établissements de santé	9
2.4 Contexte et utilisation de l'outil WASH FIT	11
3 Méthodologie	13
4 Résultats	15
4.1 Pays avec mise en œuvre de l'outil WASH FIT	15
4.2 Formation	16
4.3 Portée de la mise en œuvre	17
4.4 Les données WASH FIT influencent la prise de décision locale et nationale et l'allocation des ressources	22
4.5 Chiffrage, budgétisation et financement	25
4.6 Intégration à d'autres programmes de santé	27
4.7 Évaluation des résultats et des avantages perçus de l'outil WASH FIT	39
4.8 Principaux défis de la mise en œuvre	44
4.9 Limites des données	45
5 Recommandations	47
6 Conclusion	51
Références bibliographiques	52
Annexe 1 : Pays et territoires ayant dispensé une formation ou mis en œuvre l'outil WASH FIT	54
Annexe 2 : Questionnaire d'enquête	55
Annexe 3 : Bibliographie complémentaire – Publications WASH FIT	61

Remerciements

Les contributeurs techniques à ce document sont Arabella Hayter, Maggie Montgomery, Nadia Abdalla (Département Environnement, changements climatiques et santé, Organisation mondiale de la Santé, [OMS]) et Lindsay Denny (Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF], New York, États-Unis d'Amérique). La supervision stratégique a été assurée par Bruce Gordon (Département Environnement, changements climatiques et santé, OMS) et Ann Thomas (UNICEF).

Les auteures et auteurs remercient chaleureusement, pour leurs contributions, tous les collègues et partenaires de l'OMS et de l'UNICEF qui ont participé à l'enquête ou aux études de cas. Citons : Itsnaeni Abbas (OMS Indonésie), Mohamed Abdelrahim Abdallah (OMS Soudan), Moussa Ag Hamma (Ministère de la santé, Mali), Aweis Abdinur Ahmed (Ministère de l'énergie et des ressources en eau, Somalie), Paul Agwanda (Ministère de la santé, Kenya), Fatma Al Fahdi (Ministère de la santé, Oman), Imad Almusawi (OMS Iraq), Raja Alsloom (Ministère de la santé, Bahreïn), Abdulaziz Mohd Al Qatabri (Qatar General Electricity and Water Corporation), Salam Al Ratrout (Ministère de la santé, Autorité Palestinienne), Nazier Alsalahbi (Syrie), Hassan Yousif Mohammed Al-Silwy (Yemen Family Care Association), Bob Omoda Amodan (Ministère de la santé, Ouganda), Bodovoahangy Andriamaroson (UNICEF Madagascar), Charles Ashie (Christ Soldiers Foundation, Ghana), Elom Assigbley (OMS Togo), Alexis Baron (UNICEF Haïti), Senad Begic (UNICEF Monténégro), Sandrine Benjimen (UNICEF Vanuatu), Farah Bin Essa (Ministère de la santé, Koweït), Prakash Bohara (Terre des hommes), Gertrude Nsambi Bokombo (Ministère de la santé, République démocratique du Congo), Sory Bouare (OMS Mali), John Brogan (Helvetas), Hugues Burrows (UNICEF Malawi), Alice Chabi Guiya (Helvetas), Cinthia Costa (WaterAid), E. Jefferson Dahnlo (Institut national de santé publique du Libéria), Indah Deviyanti (OMS Indonésie), Nontokoza Dlamini (UNICEF Eswatini), Rana El Hage (UNICEF Liban), Kebede

Eticha (UNICEF New York), Ida Ferdinandi (UNICEF Monténégro), Rawnag Gabor (OMS Syrie), Mitra Gholami (Université iranienne des sciences médicales), Alex Grumbley (SNV), Innocent Habimana (OMS Rwanda), Innocent Hamuganyu (Ministère de la santé, Zambie), Hussein Halaweh (PWA Qatar), Benqlilou Hanane (Onee), Falouda Hanan (Ministère de la santé, Arabie saoudite), Charbel Hanna (UNICEF Liban), Mitsuaki Hirai (UNICEF Zimbabwe), Mey Jurdi (Université américaine de Beyrouth), Ahammadul Kabir (OMS Bangladesh), Tizita Kefyalew Tefera Fanta (Concern World Wide), Nansira Keita (Ministère de la santé, Guinée), San Khine (OMS Myanmar), Stella Marie Kombul (WaterAid), Ramesh Kumar (Académie des services de santé, Pakistan), Nomsa Dlamini Kunene (Ministère de la santé, Eswatini), Halima Laoual (UNICEF Burkina Faso), Shaima Fried Lazim (Ministère de la santé, Iraq), Abdou Aziz Linjouom (Soldis), Oyuntogos Lkhasuren (OMS République démocratique populaire lao), Robert Lominsuk (UNICEF Soudan du Sud), Bonifacio Magtibay (OMS Philippines), Ibrahim Mohamed Maalim (Ministère de la santé, Kenya), Andrea Martinsen (Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis), Sharmila Moiane (Helvetas), Ayorinde Margaret Mojisola (Centres africains de prévention et de contrôle des maladies), Evangeline Mutunga (Bureau régional de l'UNICEF pour l'Europe et l'Asie centrale), Milika Nabulivula (UNICEF Fidji), Abdelaziz Negm (OMS Égypte), Joanna N'tsoukpoe Lompo (UNICEF Burkina Faso), Pedro Ogando Dos Santos (UNICEF Région Moyen-Orient et Afrique du Nord),

Boulama Ousmane (Ministère de la santé, Niger), Sudan Panthi (OMS Népal), Andrii Pavlenko (OMS Ukraine), Bounthanome Phimmasone (Ministère de la santé, République démocratique populaire lao), Philip June Ruiz (Département de la santé, Philippines), Samuel Cheserek Rutto (Ministère de la santé, Kenya), Farag Ahmed Sabhan (Agence égyptienne de réglementation de l'eau et de protection des consommateurs), Bockarie P. Sesay (OMS Sierra Leone), Aminath Shaufa (Ministère de la santé, Maldives), Stevan Stanisic (UNICEF Monténégro), Anna Stativkina (UNICEF Kazakhstan), Ihab Salim Suliman (Bureau central des statistiques, Iraq), Moialbaye Magloire Tampélé (OMS Tchad), Yibeltal Hayelom Teshome (OMS Éthiopie), Souvanaly Thammavong (OMS

République démocratique populaire lao), Silindza Thembumusa (Ministère de la santé, Eswatini), Georgios Theocharopoulos (OMS Îles Salomon), Gebremedhin Tigist (Entraide Protestante Suisse/Swiss Church Aid HEKS/EPER), Nghia Ton Tuan (OMS Viet Nam), Samuel Treglown (UNICEF Région Asie de l'Est et Pacifique), Mayza Tricamegy (UNICEF Mozambique), Pemba Tshering (Ministère de la santé, Bhoutan), Maya Vandenent (UNICEF Bangladesh), Martin Watsisi (IRC), Bonna Wedadibam (Service de santé du Ghana), Adhy Prasetyo Widodo (Ministère de la santé, Indonésie), Abiyu Worku (World Vision International), Muhammad Zainal (UNICEF Indonésie), Anta Zida (Ministère de la santé, Burkina Faso).

L'OMS et l'UNICEF remercient chaleureusement la Direction générale de la coopération internationale des Pays-Bas (DGIS) et le New Venture Fund pour leur soutien financier.



Sigles et acronymes

GEDSI	égalité des genres, handicap et inclusion sociale (approche GEDSI)
IEC	information, éducation, communication
MOHCC	Ministère de la santé et des soins à l'enfant
MOHFW	Ministère de la santé et de la protection de la famille
SSP	soins de santé primaires
WASH	eau, assainissement et hygiène
WASH FIT	outil d'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé



1 Résumé

1.1 Portée du document

Le présent document fournit une brève analyse de l'application de l'outil d'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé (WASH FIT), ainsi que des études de cas provenant d'un certain nombre de pays, qui illustrent différentes approches de mise en oeuvre et d'intensification de l'outil. Des recommandations visant à améliorer l'outil WASH FIT, sa mise en oeuvre et son intégration aux efforts en matière de santé, d'énergie et de climat, sont également présentées.

1.2 Liste des études de cas

Pays et territoires	Axe	Page
Bangladesh	Mise en oeuvre de l'outil WASH FIT, avec une attention portée au renforcement des systèmes et au climat	29
Burkina Faso	Évaluation de WASH FIT	43
Géorgie	WASH FIT dans le cadre du programme de formation médicale continue des médecins de famille	17
Indonésie	Module de formation accrédité au niveau national	17
	Plus de 13 000 établissements indonésiens utilisent le portail national de collecte de données	23
	Utilisation de l'outil WASH FIT pour améliorer l'accessibilité des établissements	33
République démocratique populaire lao	L'intégration à une initiative nationale pour le climat constitue un levier d'intensification	31
Liban	Utilisation de l'outil WASH FIT pour évaluer et améliorer les centres de traitement du choléra	38
Moyen-Orient	Diffusion de données à l'échelle régionale à l'aide de tableaux de bord en ligne	24
	Utilisation d'un tableau de bord en ligne pour sensibiliser à l'égalité des genres, au handicap et à l'inclusion sociale (approche GEDSI)	32
Monténégro	Utilisation de WASH FIT comme outil de plaidoyer dans les établissements de soins de santé primaires	19
Mozambique	intensification et institutionnalisation	21
Népal	Motivation du personnel de nettoyage et évaluation des résultats de l'outil WASH FIT	41
Philippines	Adaptation et adoption nationale de l'outil WASH FIT, avec une attention portée à la résilience climatique	28
Ukraine	L'intégration des services WASH et de la lutte anti-infectieuse montre que de petites améliorations favorisent de plus grandes améliorations, même en temps de guerre	34
Venezuela (République bolivarienne du)	Système électronique de collecte et de visualisation de données utilisé comme outil de plaidoyer	25
Zimbabwe	Calcul des coûts de WASH FIT au Zimbabwe : le pouvoir des données pour le plaidoyer et l'investissement	26

Principales constatations

L'utilisation de l'outil WASH FIT n'a cessé de croître depuis son lancement en 2015.	WASH FIT a été introduit et est mis en œuvre à des degrés divers dans 71 pays de toutes les régions du monde.
WASH FIT est en cours d'adaptation pour une utilisation dans divers contextes : développement, conflit/humanitaire, épidémie, revenu intermédiaire.	31 % des pays utilisant WASH FIT sont classés comme étant en situation de fragilité et de conflit (1), 27 % sont des pays à faible revenu et 24 % sont des pays à revenu intermédiaire supérieur ou élevé ¹ , ce qui montre une grande diversité dans l'application de l'outil.
Les utilisatrices et utilisateurs de WASH FIT constatent de multiples avantages à mettre en œuvre l'approche d'amélioration progressive, fondée sur les risques.	Plus de 80 % des répondantes et répondants ont indiqué une amélioration du rendement de l'établissement , de l'exploitation et de la maintenance ; plus de 75 % ont noté une amélioration de la satisfaction des patientes et patients et du personnel, une clarification des rôles et des responsabilités et un meilleur ciblage des ressources.
WASH FIT fournit des données et un cadre pour soutenir le renforcement des systèmes de santé, en particulier en ce qui concerne le suivi, les personnels de santé et la qualité des soins.	Les pays utilisent l'outil WASH FIT pour établir des estimations de référence afin de souligner l'urgence d'agir, de soutenir la mise en œuvre de normes mises à jour et de fournir davantage d'informations sur la qualité et la durabilité des services WASH et de gestion des déchets, de façon à mieux comprendre et à combler les lacunes en matière de qualité des soins.
Les gouvernements participent activement à la mise en œuvre de WASH FIT dans plus de la moitié des pays où l'outil est utilisé.	65 % des pays ont indiqué que leur Ministère de la santé avait validé une version nationale de l'outil, mais moins d'un pays sur quatre applique l'outil à l'échelle nationale.
Les formations nationales WASH FIT ont créé des capacités pour la mise en œuvre de l'outil et la participation des parties prenantes.	Les formations nationales constituent une première étape essentielle dans le processus WASH FIT, mais elles doivent être accompagnées d'un plan concret de mise en œuvre et de déploiement.
Parmi les défis entravant la mise en œuvre, le financement est l'un des plus cités.	Dans la plupart des pays, les ressources requises pour déployer l'outil WASH FIT à l'échelle nationale, appuyer le mentorat et le suivi permanents, investir dans les améliorations nécessaires des infrastructures et financer l'exploitation et la maintenance sont loin d'être suffisantes . Le financement de la mise en œuvre est trois fois plus susceptible de provenir de donateurs que du gouvernement, ce qui indique un manque de financement durable.

Recommandations

Il reste encore beaucoup à faire pour institutionnaliser l'outil WASH FIT dans le cadre des programmes gouvernementaux et des activités de santé existants.	Pour aboutir à une intensification et générer un effet, il faut que l'outil WASH FIT soit intégré aux programmes d'étude nationaux et aux plateformes de perfectionnement professionnel existants, et que le mentorat et le suivi soient incorporés aux activités et responsabilités des organismes de santé existants (par exemple, les équipes de santé de district, les centres régionaux de lutte contre les maladies). De plus, il convient que les processus WASH FIT soient inclus dans la prise de décision et la budgétisation à l'échelle locale, municipale et au niveau des établissements.
--	--

¹ Remarque : les pays peuvent être classés à la fois comme pays à faible revenu et pays en situation de fragilité et de conflit, de sorte que certains pays pourraient être comptabilisés deux fois dans ces pourcentages.

² Rapport de situation mondial sur WASH FIT : évaluation d'un outil, fondé sur les risques, pour améliorer les services d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de gestion des déchets dans les établissements de santé

Recommandations

Il convient que la formation soit accompagnée de ressources et d'un plan d'appui à la mise en œuvre et au suivi opérationnel.	Au moins 10 pays ont déclaré des formations pour lesquelles les données/rapports sont très limités. Avant que les formations n'aient lieu, un plan prévoyant des ressources dédiées au soutien de la mise en œuvre , y compris des visites sur place et un suivi auprès des établissements, doit être mis en place.
L'amélioration de la mise en œuvre et des résultats nécessite un suivi et un examen accrus des changements en matière de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) et de gestion des déchets, ainsi que des mesures de qualité des soins.	Il est important de recueillir les scores de référence WASH FIT et de les mettre à jour à intervalles réguliers après la mise en œuvre pour informer le personnel et les gestionnaires des progrès accomplis et des domaines qui nécessitent une attention particulière. Il convient de diffuser un récapitulatif des résultats auprès des utilisatrices et utilisateurs et de la communauté au sens large, car il s'agit d'une action importante pour l'adhésion et pour attirer des investissements. En outre, l'évaluation d'autres avantages potentiels (p. ex. la satisfaction du personnel et des patientes et patients, le recours aux services, la qualité de l'exploitation et de la maintenance) pourrait plaider en faveur d'investissements accrus.
Il est nécessaire d'utiliser davantage les outils numériques pour la collecte des données et la mise en œuvre continue, et de communiquer davantage les expériences d'utilisation de ces outils.	Ces outils présentent de multiples avantages : ils permettent la collecte, le suivi et la diffusion de données en temps réel . Cependant, il est crucial de comprendre les besoins des utilisatrices et utilisateurs, de savoir qui sera propriétaire des données ainsi que d'appréhender la viabilité financière des outils numériques.
Le financement doit être planifié et inclure la participation locale des municipalités.	Le financement est essentiel pour la mise en œuvre de la formation, les améliorations des infrastructures et la couverture des coûts d'exploitation et de maintenance des améliorations. Les formations et les plans propres aux établissements nécessitent un budget réaliste, avec une priorité donnée aux investissements de haute valeur. Il s'agit également d'assurer un suivi régulier des budgets et des dépenses afin de mieux comprendre et de soutenir les besoins budgétaires, ainsi que des modèles de financement efficaces.
Il est important d'intégrer l'outil WASH FIT à d'autres outils orientés santé et climat, de façon à parvenir à des approches plus globales et efficaces, et à réduire la charge administrative.	Lorsque d'autres outils sont utilisés à l'échelle de l'établissement (c'est-à-dire pour la lutte anti-infectieuse, les soins de santé primaires, la résistance aux antimicrobiens, le climat et la durabilité, la préparation aux situations d'urgence et la résilience), il convient que l'outil WASH FIT soit intégré aux activités et mécanismes existants d'amélioration de la qualité. Cette intégration comprend des formations conjointes, des indicateurs réduits et alignés pour un suivi régulier et une budgétisation intersectorielle.
Chaque étape du processus WASH FIT doit mobiliser des personnes avec une expertise et une représentation en matière de climat, genre, handicap et équité.	Il est particulièrement important que les projets de plans d'amélioration WASH FIT soient examinés et commentés par différents groupes concernés – climat, communautés, genre, handicap, ethnies – et que ces groupes procèdent à des examens réguliers pour garantir que l'outil WASH FIT aboutisse à des processus et des services qui soutiennent l'équité, les droits humains et des services universels de qualité pour toutes et tous.
En contexte d'urgence, les processus WASH FIT doivent être abrégés.	Il convient d'utiliser un ensemble plus restreint d'indicateurs essentiels , et que les chevauchements avec les investissements dans la lutte anti-infectieuse et les infrastructures soient rendus plus explicites. Il peut s'avérer grandement judicieux de collaborer avec des spécialistes de la logistique d'urgence, de la lutte anti-infectieuse, des produits de diagnostic et des vaccins pour adapter l'approche.



2 Contexte

Le bon fonctionnement des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH), de gestion des déchets et d'électricité constitue un aspect essentiel des pratiques de lutte anti-infectieuse, et garantit la sécurité des patientes et patients et la qualité des soins. Ces services sont également primordiaux pour créer un environnement qui protège la dignité et les droits humains de toutes les personnes qui ont recours aux soins de santé, notamment les mères, les nouveau-nés, les enfants et les aidantes et aidants. En outre, les services WASH et de gestion des déchets jouent un rôle majeur dans la prévention des flambées épidémiques et la riposte efficace associée. Il est regrettable qu'il subsiste d'importantes lacunes dans ces services de base (voir Encadré 1). Ces lacunes représentent une menace pour la sécurité des patientes et patients et des aidantes et aidants, et peuvent avoir de graves conséquences pour l'environnement. Tous les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, de gestion des déchets et d'électricité doivent également soutenir l'approche globale plus large visant à ce que les établissements de santé résistent aux changements climatiques et soient écologiquement durables et sûrs, compte tenu de l'incidence de ces phénomènes sur la santé (2).

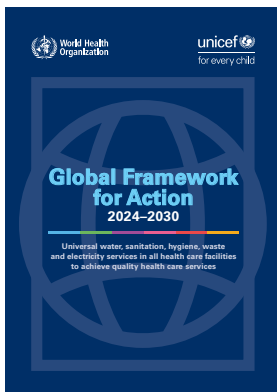
Encadré 1. Situation mondiale des services WASH dans les établissements de santé



En 2022, on estimait qu'un établissement de santé sur cinq (22 %) dans le monde ne disposait pas de services de base d'approvisionnement en eau, une donnée concernant 1,7 milliard de personnes, dont 874 millions de personnes qui ont accédé à des établissements de santé totalement dépourvus d'eau (3). Les services d'hygiène restent limités : 39 % des établissements de santé ne disposaient pas de services de base d'hygiène et des lacunes similaires existent pour l'assainissement et la gestion des déchets d'activités de soins. On estime que près d'un milliard de personnes vivant dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure sont desservies par des établissements de santé qui n'ont aucun accès à l'électricité (433 millions de personnes) ou qui n'ont pas d'approvisionnement électrique fiable (478 millions de personnes) (4).²

² Ces chiffres se rapportent à quatre régions en développement : l'Amérique latine et les Caraïbes, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, l'Asie du Sud, l'Afrique subsaharienne.

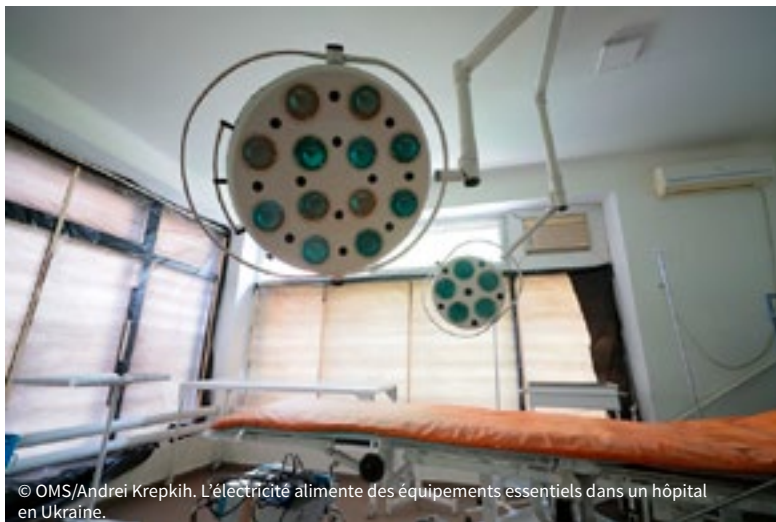
2.1 Stratégie mondiale pour les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, de gestion des déchets et d'électricité dans les établissements de santé



L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), en tant que cofacilitateurs des efforts mondiaux relatifs aux services d'approvisionnement en eau, d'assainissement, d'hygiène, de traitement des déchets et d'électricité dans les établissements de santé, ont récemment lancé un Cadre d'action mondial (2024-2030) pour accélérer les progrès et concentrer les efforts collectifs (5). Le Cadre met fortement l'accent sur l'intégration au système de santé, y compris aux soins de santé primaires, et définit des objectifs opérationnels et des mesures dans trois domaines principaux : intégration, politique et gouvernance ; niveaux de service ; équité, inclusivité et mobilisation communautaire. Les données du présent rapport alimentent directement l'établissement de rapports sur

les niveaux de service et les efforts mondiaux plus larges. Ces efforts ont récemment été renforcés par la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies sur des services durables, sûrs et universels d'approvisionnement en eau, d'assainissement, d'hygiène, de traitement des déchets et d'électricité dans les établissements de santé, que les 193 États Membres des Nations Unies ont approuvée à l'unanimité en décembre 2023 (6). Le Cadre mentionne spécifiquement WASH FIT comme un outil éprouvé pour soutenir les améliorations progressives dans les établissements de santé afin d'atteindre les cibles mondiales et nationales.

2.2 Une approche globale pour améliorer les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, de gestion des déchets et d'électricité



© OMS/Andrei Krepkih. L'électricité alimente des équipements essentiels dans un hôpital en Ukraine.

L'outil d'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé (WASH FIT) est un outil de gestion fondé sur les risques, destiné aux établissements de santé, qui couvre les principaux aspects des services WASH dans sept domaines : l'eau, l'assainissement, l'hygiène des mains, le nettoyage de l'environnement, la gestion des déchets d'activités de soins, ainsi que des aspects choisis de l'énergie, de la construction et de la gestion

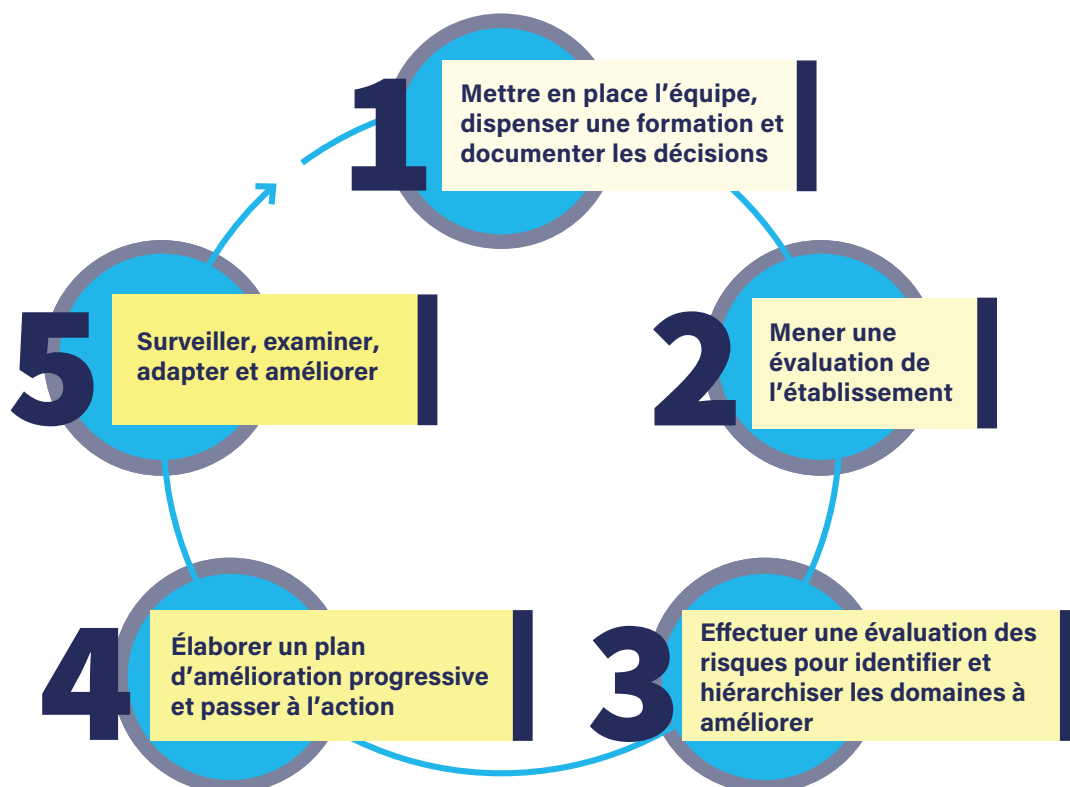
des établissements. Il couvre également deux thèmes transversaux, avec des indicateurs intégrés aux sept domaines : la résilience aux changements climatiques, et l'égalité des genres et l'inclusion.

L'outil fournit un cadre pour élaborer, suivre et mettre en oeuvre de manière continue un plan d'amélioration (qui couvre les infrastructures, les comportements, l'exploitation et la maintenance), et pour accorder la priorité à des mesures WASH spécifiques et résilientes face au changement

6 Rapport de situation mondial sur WASH FIT : évaluation d'un outil, fondé sur les risques, pour améliorer les services d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de gestion des déchets dans les établissements de santé

climatique, équitables et inclusives. Il repose sur un processus cyclique en cinq étapes, mis en oeuvre dans l'établissement (voir Figure 1), fondé sur les méthodologies de planification de la sécurité sanitaire de l'eau et de l'assainissement de l'OMS (7, 8) (voir Encadré 2). Ces méthodologies sont bien établies en tant qu'approches efficaces pour réduire les risques sanitaires liés à l'eau et à l'assainissement et pour améliorer la qualité de ces services.

Figure 1. Cycle WASH FIT en cinq étapes



Encadré 2. Planification de la sécurité sanitaire de l'eau et de l'assainissement

La planification de la sécurité sanitaire de l'eau est une approche proactive d'évaluation et de gestion des risques, qui inclut toutes les étapes de la chaîne d'approvisionnement en eau, de la captation au consommateur. Les plans de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau sont recommandés par l'OMS comme étant le moyen le plus efficace d'assurer de manière constante la sécurité d'un approvisionnement en eau potable (9). Ces plans ont été mis en œuvre dans plus de 90 pays à l'échelle mondiale (10), et au moins 70 pays ont inclus ces plans dans leurs politiques et réglementations visant à favoriser une meilleure gestion de la qualité de l'eau et à prévenir et réduire le risque de maladie véhiculée par l'eau.³

La planification de la sécurité sanitaire de l'assainissement suit une approche similaire et se concentre sur l'évaluation et la gestion des risques en vue de garantir l'élimination sûre des déchets humains. Les plans de gestion de la sécurité sanitaire de l'assainissement peuvent soutenir les plans de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau en gérant les risques liés à l'assainissement dans le cadre de l'approvisionnement en eau potable.

WASH FIT s'appuie sur les principes et les étapes de ces plans de gestion de sécurité sanitaire et a été adapté pour refléter les contextes de soins de santé, y compris dans le cadre d'une évaluation plus complète allant au-delà de l'eau et de l'assainissement pour aborder d'autres domaines critiques, tels que la gestion des déchets d'activités de soins, l'hygiène des mains et l'électricité.



WASH FIT guide la planification et la mise en œuvre des améliorations des services WASH et de gestion des déchets, dans le cadre des efforts plus larges d'amélioration de la lutte anti-infectieuse et de la qualité. Il contribue également à rassembler l'ensemble des personnes qui partagent la responsabilité de fournir des services WASH et de gestion des déchets, y compris les responsables en matière de législation et de politique, de santé de district, d'administration des établissements hospitaliers, d'ingénierie de l'eau et de l'assainissement, les spécialistes en matière de climat et d'environnement, ainsi que les utilisatrices et utilisateurs, en vue de combler les lacunes de manière plus globale et coordonnée. Son objectif est d'améliorer les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, ce qui se traduit par une amélioration de la qualité des soins et des résultats sanitaires, grâce à une diminution des infections, à un plus grand recours aux services et à un personnel de santé plus productif et plus confiant. Pour plus d'informations sur la portée et la méthodologie de WASH FIT, consultez le guide WASH FIT (11).

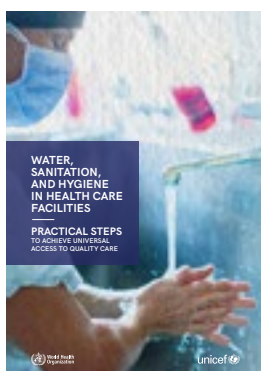
³ Source : base de données interne de l'OMS des pays ayant des politiques validées en matière de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau.

8 Rapport de situation mondial sur WASH FIT : évaluation d'un outil, fondé sur les risques, pour améliorer les services d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de gestion des déchets dans les établissements de santé

Relier les efforts déployés avec WASH FIT au moyen du portail mondial de connaissances (www.washinhcf.org)

Le soutien à l'apprentissage, à l'échange de connaissances et à une communauté de pratique mondiale est un élément important de la mise en œuvre du Cadre d'action mondial. Pour appuyer ce travail, l'OMS et l'UNICEF gèrent un portail de connaissances mondial qui inclut des données sur les efforts déployés à l'échelle nationale pour améliorer les services (c'est-à-dire les mesures pratiques), des outils et des ressources nationaux, ainsi que les dernières observations sur le terrain. En outre, le portail de connaissances dispose d'une section dédiée à la formation, aux aide-mémoire et aux outils d'évaluation en lien avec WASH FIT.

2.3 Soutenir le renforcement des systèmes et améliorer les services d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de gestion des déchets dans les établissements de santé



En 2019, l'OMS et l'UNICEF ont défini un ensemble de huit mesures concrètes pour renforcer les systèmes afin d'améliorer et de maintenir les services d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de gestion des déchets dans les établissements de santé (12). Ces mesures constituent la base et le cadre de l'action et des engagements nationaux en la matière, définis lors de l'Assemblée mondiale de la santé en 2019 (13) et de l'Assemblée générale des Nations unies en 2023 (6). Il s'agit d'un condensé d'éléments qui ont fait leurs preuves dans plus de 50 pays et qui ont été élaborés dans le cadre d'un processus itératif et pluriannuel facilité par l'OMS et l'UNICEF. L'utilisation de l'outil WASH FIT (et d'autres outils d'amélioration fondés sur les risques) est un élément important de l'avancement de la mesure 4 (« Amélioration et entretien des infrastructures »), mais elle est également liée à d'autres mesures (voir le Tableau 1). WASH FIT complète donc les mesures pratiques et soutient les améliorations menées à l'échelle des établissements.

Tableau 1. WASH FIT et soutien au renforcement des systèmes (mesures pratiques)

WASH FIT et les étapes pratiques sont complémentaires. Les étapes pratiques guident la mise en œuvre de WASH FIT et, à son tour, l'utilisation de WASH FIT peut contribuer à la réalisation de chacune des étapes pratiques.



Mesure pratique	La mesure pratique alimente → WASH FIT	WASH FIT → contribue à favoriser la mesure pratique
 1 Analyse de la situation	Les établissements (ou régions géographiques) qui bénéficieraient de l'utilisation de WASH FIT sont identifiés. La mesure offre l'occasion d'examiner tous les efforts existants liés à WASH FIT et d'apporter des adaptations au besoin.	L'outil renseigne sur les futures analyses de situation et génère des données pour les estimations nationales (à condition que les questions de base soient utilisées dans l'évaluation WASH FIT).
 2 Cibles et feuille de route nationales	La feuille de route définit les cibles, les calendriers et les budgets pour la mise en œuvre de l'outil WASH FIT.	L'outil renseigne sur les progrès réalisés en faveur des cibles et facilite les améliorations durables, fondées sur les risques, pour atteindre celles-ci.
 3 Normes nationales	Les normes recommandent d'utiliser WASH FIT et l'outil est adapté conformément aux normes nationales pour garantir que tous les partenaires travaillent selon une approche commune.	L'outil guide les établissements sur la voie des améliorations afin de répondre aux normes nationales.
 4 Amélioration et entretien des infrastructures	WASH FIT est l'outil recommandé pour améliorer les infrastructures, bien qu'il puisse être utilisé conjointement avec les programmes nationaux existants.	L'outil aide les établissements à améliorer leurs infrastructures de manière systématique, exhaustive et durable afin que ces derniers soient plus respectueux de l'approche GEDSI et du climat.
 5 Suivi et examen des données	Les indicateurs WASH FIT et les indicateurs du système d'information sanitaire sont alignés en vue d'harmoniser et de rationaliser la collecte de données.	L'outil génère régulièrement des données pour la prise de décision et alimente la planification des systèmes de santé et l'allocation des ressources.
 6 Développement des personnels de santé	Le personnel est formé sur l'outil WASH FIT et les domaines techniques applicables (par exemple, la gestion de la qualité de l'eau, l'hygiène des mains, la gestion des déchets).	L'outil améliore les compétences du personnel grâce à la formation et au perfectionnement professionnel continu ; le personnel est plus heureux, en meilleure santé, plus productif.
 7 Participation communautaire	Les membres de la communauté font partie intégrante de l'équipe et identifient les principales priorités et les actions qui répondent aux besoins de celle-ci.	L'outil fournit un mécanisme de participation communautaire et permet aux communautés de participer aux évaluations, à la planification des améliorations et aux processus opérationnels, ce qui accroît ainsi la responsabilisation.
 8 Recherche et apprentissage opérationnels	Les approches WASH FIT s'appuient sur les enseignements tirés de l'expérience.	L'outil génère des données probantes pour l'apprentissage opérationnel.

2.4 Contexte et utilisation de l'outil WASH FIT

WASH FIT a été testé pour la première fois en 2015 et officiellement lancé en 2018. Une deuxième édition a été publiée en 2022, avec des indicateurs et des orientations supplémentaires sur la gestion sûre des services, le genre, l'équité et l'inclusion, ainsi que la résilience climatique et la durabilité. Dans le cadre de la mise à jour, un module complet a été mis au point pour soutenir la mise en oeuvre, y compris des diapositives et du matériel de formation, des formulaires d'évaluation, des listes de vérification, des aide-mémoire et un manuel des formatrices et formateurs (14). L'intérêt porté à l'outil WASH FIT et son adoption n'ont cessé de croître et, chaque année depuis 2015, de nouveaux pays déclarent utiliser l'outil. Des observations empiriques de son effet positif ont été décrites dans toutes les régions. Cependant, il est difficile de quantifier les pays qui l'utilisent, de déterminer les modalités de son utilisation et les résultats correspondants.

Formation WASH FIT de l'Académie de l'OMS

En 2024, un module de formation en ligne, hébergé sur le site de l'Académie de l'OMS, a été lancé. Ce cours complet comporte 13 modules : un module d'introduction, un module pour chacune des cinq étapes du cycle WASH FIT, un module sur l'intensification de l'outil et six modules techniques couvrant l'eau, l'assainissement, les déchets de soins de santé, l'hygiène des mains, le nettoyage de l'environnement, ainsi que le genre, l'équité, le handicap et l'inclusion sociale (GEDSI) dans WASH FIT. Il est conseillé à toutes celles et tous ceux qui participent à une formation WASH FIT en personne de suivre d'abord le cours en ligne. Le cours est accessible à l'adresse <https://web-staging.lxp.academy.who.int/>.

3 Méthodologie

Une enquête en ligne (en anglais, arabe, espagnol et français) a été diffusée auprès des bureaux régionaux et de pays de l'OMS et de l'UNICEF, des partenaires de mise en oeuvre et par la voie du bulletin d'information OMS/UNICEF sur les services WASH dans les établissements de santé, entre septembre 2023 et janvier 2024. Les pays et les organisations connus pour utiliser l'outil WASH FIT, ou qui ont participé à une formation, ont également été contactés directement et ont été invités à coordonner leurs réponses à l'enquête de manière à fournir une seule réponse par pays. Selon le cas, les répondantes et répondants ont été contactés pour clarifier ou compléter les renseignements fournis dans le cadre de l'enquête. L'enquête comprenait des questions sur la mise en oeuvre et l'évaluation de l'outil WASH FIT. L'annexe 2 présente un exemplaire de l'enquête. Les informations ont été analysées de manière qualitative et compte tenu de l'absence de données issues de plusieurs pays à ce sujet, le calcul du nombre d'établissements utilisant l'outil WASH FIT ou des populations couvertes n'a pas été établi.

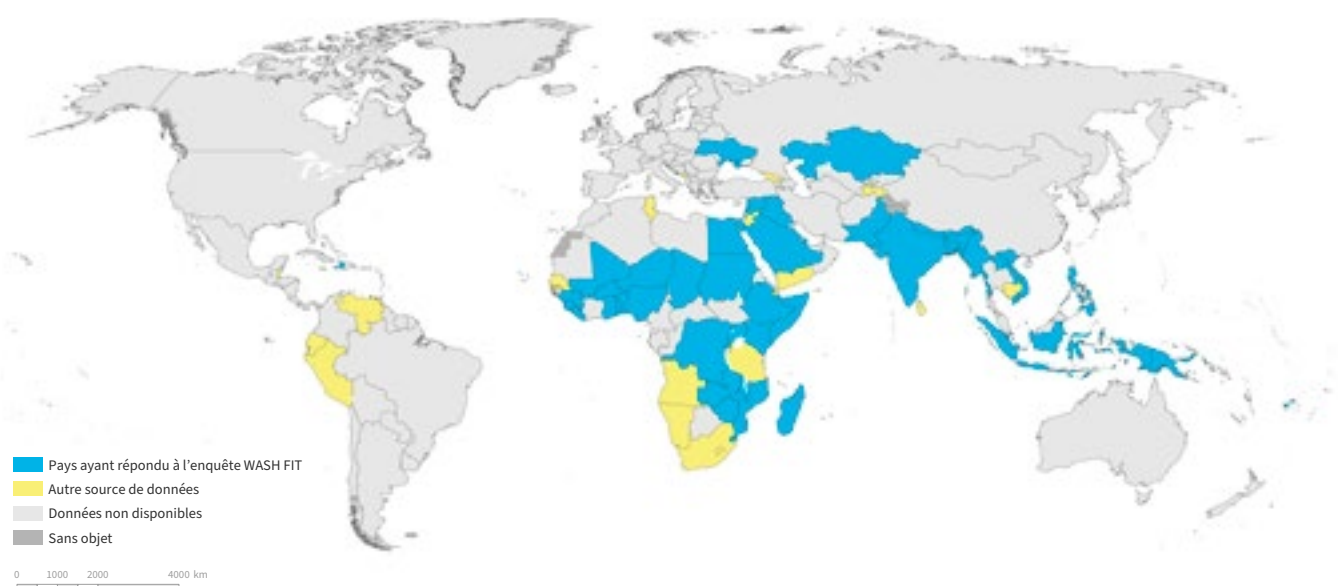


4 Résultats

4.1 Pays avec mise en œuvre de l'outil WASH FIT

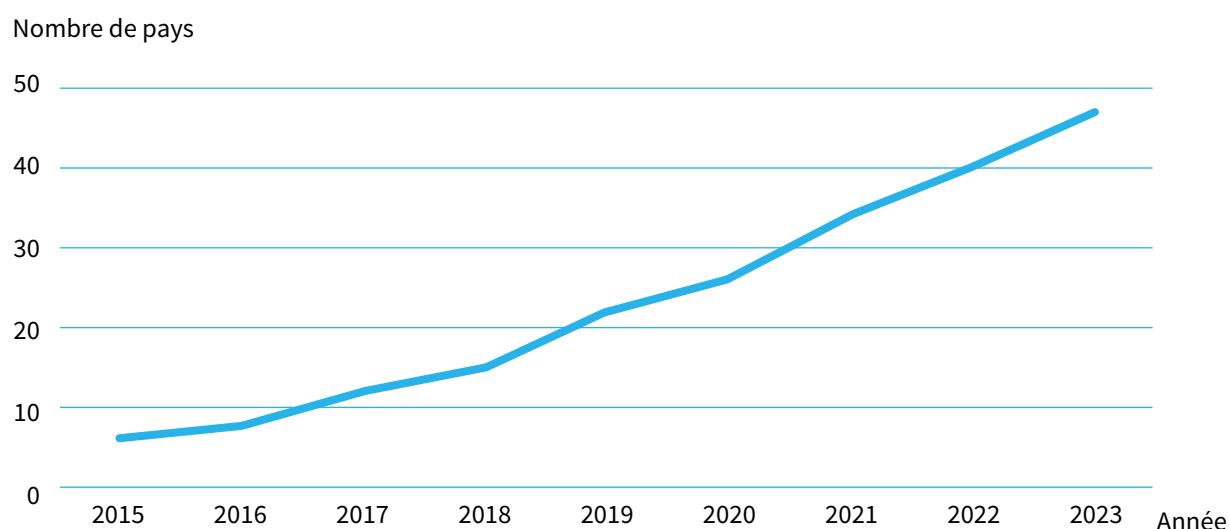
Cinquante-six pays ont répondu à l'enquête. Parmi ceux-ci, sept pays ont déclaré qu'ils n'avaient pas encore commencé à utiliser WASH FIT, ni dispensé de formation, ce qui laisse un total de 49 pays à inclure dans l'analyse. Au moins un pays de chaque Région de l'OMS utilise WASH FIT, mais la Région des Amériques est nettement sous-représentée (voir Figure 2). L'enquête a été réalisée par des représentantes et représentants des ministères de la santé, des bureaux de pays de l'OMS et de l'UNICEF, ainsi que d'autres partenaires de mise en œuvre.⁴ La Figure 3 montre le nombre de pays qui ont répondu à l'enquête et qui mettent en œuvre l'outil WASH FIT. De plus en plus de pays ont commencé à utiliser WASH FIT ces dernières années, en particulier depuis le lancement de la deuxième édition de l'outil en 2022 (11).

Figure 2. Tous les pays connus pour mettre en œuvre l'outil WASH FIT et sources de données respectives



⁴ Les partenaires suivants ont répondu à l'enquête : Centres africains de prévention et de contrôle des maladies, Christ Soldiers Foundation (Ghana), Concern Worldwide, Helvetas, IRC, SNV, Entraide protestante suisse/Swiss Church Aid HEKS/EPER, Terre des hommes, WaterAid, World Vision.

Figure 3. Nombre cumulé de pays utilisant l'outil WASH FIT, par année (parmi ceux qui ont répondu à l'enquête)



On sait que 22 autres pays, qui n'ont pas répondu à l'enquête, mettent en oeuvre l'outil WASH FIT. Cette donnée porte à **71** le nombre total de pays qui utilisent WASH FIT. Ces informations s'appuient sur des rapports et des informations issues du site www.washinhcf.org, un suivi ciblé avec les pays et les partenaires et une connaissance a priori. Certains de ces pays n'ont participé qu'à des formations ou les ont dispensées, tandis que d'autres en sont à des stades plus avancés de mise en oeuvre (voir section 4.3). Ces pays ont été inclus dans l'analyse lorsque des informations sont connues. Pour obtenir une liste de tous les pays (ceux qui ont répondu à l'enquête et ceux issus d'autres sources de données), voir l'annexe 1.

4.2 Formation

Parmi les pays qui ont répondu à l'enquête, 21 ont déclaré avoir réalisé une ou deux formations et 22 pays en avoir réalisé trois ou plus. Seule une partie des pays ont fourni de détails sur le niveau de formation dispensée, mais nombre d'entre eux ont indiqué qu'ils avaient organisé une formation aux niveaux national et local (**Bangladesh, Bénin, Eswatini, Éthiopie, Fidji, Ghana, Indonésie, Kenya, Maldives, Mali, Mozambique, Niger, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République démocratique populaire lao, Rwanda, Ukraine**). À l'échelle locale et pour la plupart, les formations ont tendance à être dispensées par les autorités locales, mais dans certains cas, elles sont dispensées par des partenaires (comme au **Népal**, en **Ouganda**, en **Papouasie-Nouvelle-Guinée** et au **Soudan**). Au **Mozambique**, les formations sont désormais suivies d'une à deux années d'accompagnement à destination des équipes des établissements, dans le cadre d'accords avec des partenaires (dont Helvetas, SNV et WaterAid). Dans certains cas, une formation pilote initiale a eu lieu sans qu'aucune formation supplémentaire n'ait été budgétisée ni planifiée (p. ex. **Angola, Djibouti, Haïti**). Les études de cas menées en **Géorgie** et en **Indonésie** fournissent deux exemples de la manière dont la formation peut être transposée à l'échelle nationale.

Outre les pays participant à l'enquête, plusieurs autres pays ont participé à des formations nationales et régionales, mais n'ont pas encore commencé à mettre en oeuvre l'outil WASH FIT dans les établissements (**Afrique du Sud, Bénin, Gambie, Malawi, Namibie, Nigéria, Sierra Leone, Soudan**

du Sud, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe). En 2023, des formations régionales ont eu lieu en Afrique de l'Est, avec la participation de neuf pays (**Éthiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, Ouganda, Soudan du Sud, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe**). La plupart de ces pays ont commencé à mettre en oeuvre l'outil WASH FIT dans une certaine mesure.



Étude de cas

Indonésie : module de formation accrédité au niveau national

Pour intensifier la formation et la mise en œuvre en Indonésie, le Ministère de la santé, avec l'appui de l'UNICEF, a mis au point un module de formation et des vidéos d'apprentissage qui ont été accrédités par le Département du développement humain du ministère. L'intensification a lieu à la fin de 2024, avec une formation de six jours qui sera suivie par des participantes et participants aux niveaux national et provincial, notamment 38 bureaux de la santé dans les provinces, le centre de formation du Ministère de la santé, les milieux universitaires de la santé et des personnels de santé dans certains hôpitaux. Les personnes qui terminent la formation deviendront des formatrices et formateurs principaux accrédités.



Étude de cas

Géorgie : WASH FIT dans le cadre du programme de formation médicale continue des médecins de famille

L'UNICEF **Géorgie** a soutenu l'adaptation de l'outil WASH FIT au contexte géorgien, laquelle a ensuite été validée par les autorités sanitaires nationales. Dix formatrices et formateurs principaux de la Georgian Medical Holding ont suivi une formation de formatrice/formateur WASH FIT, puis ont formé à leur tour 2 617 membres du personnel de 935 établissements de soins de santé primaires (SSP) ruraux à travers le pays (sur un total possible de 2 295 établissements de soins de santé primaires) au cours de 67 sessions. Une formation WASH FIT a été mise au point pour les médecins des établissements de soins de santé primaires ruraux et a été accréditée pour être intégrée au programme de formation médicale continue des médecins de famille.

4.3 Portée de la mise en œuvre

À l'échelle mondiale, l'outil WASH FIT est utilisé dans diverses infrastructures de santé, y compris tous les types d'établissement (primaire, secondaire et tertiaire), les installations temporaires et mobiles dans les camps et les installations d'urgence humanitaire, les installations dans les zones rurales et urbaines, ainsi que les établissements publics, privés et confessionnels. Ces établissements offrent une gamme variée de services de santé, notamment des services d'hospitalisation, de consultation externe, de maternité, de néonatalogie, de pédiatrie, de médecine, de chirurgie, de planification familiale et de laboratoire. Il existe également des exemples d'utilisation de l'outil WASH FIT pour améliorer les compétences des personnels de la santé dans la riposte aux pandémies, le traitement du choléra ou le relèvement post-COVID-19.

4.3.1 Adoption et intensification à l'échelle nationale

D'après l'enquête, 28 pays mettent en oeuvre WASH FIT à grande échelle ou à l'échelle nationale et 19 pays mettent en oeuvre l'outil à petite échelle ou sont encore en phase pilote (voir l'Encadré 3 pour une définition de la portée de la mise en oeuvre). Il a été demandé aux pays si WASH FIT était officiellement approuvé par leur Ministère de la santé dans le cadre des politiques ou des législations. Dans 22 pays, l'outil WASH FIT a été officiellement approuvé par le Ministère de la santé dans les politiques et la législation, tandis que dans 21 pays, l'approbation n'a pas eu lieu ou le statut d'approbation est inconnu. Dans 31 pays (65 %), le Ministère de la santé a validé une version nationale de l'outil d'évaluation. Certains pays ont également élaboré des directives WASH FIT. Au **Monténégro**, ces directives sont utilisées comme outil de plaidoyer dans les établissements de soins primaires et aux **Philippines**, l'accent est mis sur le climat.

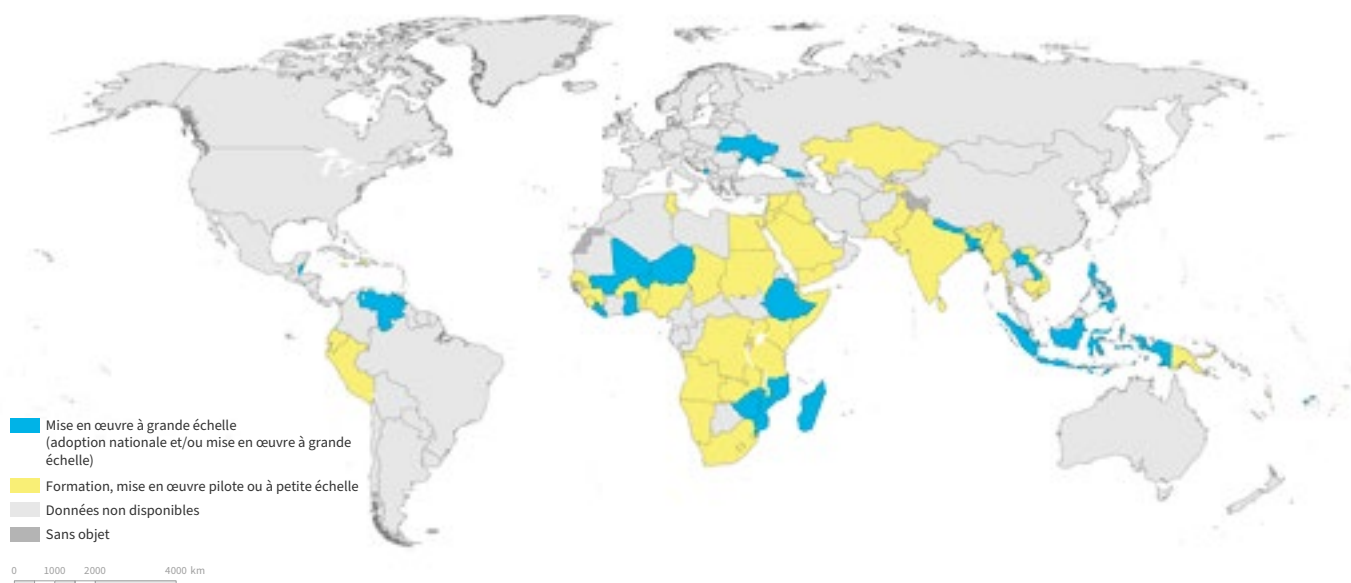
Encadré 3. Mise en œuvre pilote/à petite échelle ou à grande échelle : définition

L'un des objectifs de l'évaluation était de comprendre l'échelle de la mise en oeuvre de l'outil WASH FIT. La Figure 4 montre l'échelle de la mise en oeuvre dans les pays qui, d'après les données, utilisent l'outil WASH FIT.

La mise en œuvre pilote ou à petite échelle fait référence à la formation d'un petit nombre de personnels, avec des activités de suivi et des fonds limités. Les gouvernements peuvent possiblement participer à ces efforts, mais souvent uniquement au niveau local, et les liens avec les politiques et stratégies nationales et le financement public sont la plupart du temps minimes.

La mise en œuvre à grande échelle suppose une formation au niveau national, y compris l'adoption de l'outil WASH FIT en tant que mécanisme officiel pour appliquer les normes nationales et/ou atteindre des objectifs spécifiques en matière de santé ou d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène. Plusieurs centaines d'établissements ou d'installations au minimum seront mobilisés. Il existe un mécanisme de suivi (p. ex. supervision de soutien régulière et visites sur place), ainsi que des données probantes à la fois en ce qui concerne de petites améliorations immédiates (p. ex. des poubelles pour le tri des déchets) et de grandes améliorations à plus long terme (p. ex. nouvelles canalisations ou installation d'un système de stockage ou d'approvisionnement en eau supplémentaire). À grande échelle, les parties prenantes locales et nationales s'engagent à soutenir la mise en oeuvre, s'alignent sur d'autres efforts connexes et contribuent aux ressources.

Figure 4. Panorama mondial de l'avancement de la mise en œuvre de WASH FIT



Monténégro : utilisation de WASH FIT comme outil de plaidoyer dans les établissements de soins de santé primaires

Au Monténégro, les directives WASH FIT ont été adaptées au contexte national, puis diffusées auprès du système de santé (15). L'adaptation comprenait l'élaboration de quatre modes opératoires normalisés nationaux, y compris des directives à destination du personnel de nettoyage sur le maintien d'une hygiène adéquate dans les établissements de santé, sur la gestion des déchets médicaux dans un établissement de santé, sur la gestion adéquate des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène pour les équipes de gestion des établissements de santé et sur le calcul des coûts de maintien des services WASH.

À l'échelle locale, des efforts de sensibilisation auprès des responsables des SSP ainsi que la formation du personnel essentiel, dispensée par l'Institut national de santé publique, sur l'hygiène des mains et de l'environnement, les mesures de lutte anti-infectieuse et les procédures de nettoyage et de gestion des déchets ont eu lieu. Au total, 31 établissements de santé ont été visités et évalués, y compris les 18 établissements de soins de santé primaires du pays. Dans le même temps, des directives et des protocoles de nettoyage ont été élaborés, avec des techniques définies étape par étape pour des tâches et des calendriers de nettoyage spécifiques, l'utilisation et la gestion des produits de nettoyage, ainsi que les rôles et responsabilités relatifs aux tâches de nettoyage. Ces instructions ont été mises en œuvre dans le cadre du processus WASH FIT.

4.3.2 Nombre d'établissements utilisant WASH FIT dans le monde

En raison du manque de données, il n'est pas possible de fournir une estimation du nombre total d'établissements de santé qui mettent en oeuvre l'outil WASH FIT à l'échelle mondiale. Dans de nombreux pays, les chiffres sont encore relativement faibles (moins de 50) et sont principalement le fait d'efforts menés par des partenaires, sans financement durable. Le Tableau 2 récapitule une sélection de pays connus pour une mise en oeuvre à plus grande échelle et/ou une adoption nationale.

Tableau 2 : Exemples de pays ayant adopté et intensifié l'outil à l'échelle nationale

Pays	Nombre total d'établissements de santé	Établissements avec mise en œuvre de WASH FIT	Année de début	Détails
Bangladesh	>17 000	200	2017	La mise en œuvre de l'outil WASH FIT se déroule principalement à Cox's Bazar, qui accueille plus d'un million de réfugiées et réfugiés, mais une formation nationale en 2024 a donné le coup d'envoi d'un déploiement plus large.
Fidji	>200	221	2023	Toutes les données collectées au niveau des établissements sont communiquées au gouvernement à des fins de transparence et de suivi. Une évaluation est prévue pour la fin de l'année 2024.
Géorgie	2 295 ^a	935	2023	2 600 membres du personnel des centres de soins de santé primaires ruraux ont été formés par 10 formatrices et formateurs principaux de la Georgian Medical Holding.
Indonésie	13 000	600	2018	L'outil a été déployé principalement dans les établissements de soins de santé primaires, avec une attention particulière portée au genre, à l'équité, au handicap et à l'inclusion sociale.
Libéria	856	285	2015	Outil lancé en réponse à la flambée de maladie à virus Ebola, et intégré aux plans et au suivi de l'équipe de santé de district.
Mali	1 640	328	2015	Outil lancé en réponse à une flambée épidémique de choléra de grande ampleur et adapté aux évolutions de la situation humanitaire et du conflit.
Monténégro	>30 ^b	31	2023	Outil utilisé pour évaluer l'ensemble des établissements de soins de santé primaires du pays et comme outil de plaidoyer pour le personnel des établissements.
Philippines	>40 000	538	2019	Outil mis en œuvre dans 18 régions, avec une attention particulière portée à la résilience climatique et un solide rôle directeur des pouvoirs publics, comme en témoignent les politiques et les directives nationales.
Zimbabwe	1 700	150	2020	Outil WASH FIT numérisé et accompagné d'un outil d'évaluation des coûts pour guider les investissements. Le suivi est maintenant effectué dans le cadre du système de suivi en ligne du Ministère de la santé, qui a permis d'établir des estimations de coûts à l'échelle nationale et d'aboutir à l'augmentation des ressources allouées.

^a Établissements de soins de santé primaires

^b Établissements du secteur public

Étude de cas

Mozambique : intensification et institutionnalisation

Au **Mozambique**, l'outil WASH FIT a été mis en œuvre dans le cadre d'une vaste stratégie visant à améliorer les services WASH dans les établissements de santé depuis 2019. Sous la direction du Ministère de la santé et avec le soutien de l'UNICEF, de l'OMS et de partenaires de mise en œuvre (dont Helvetas, SNV et WaterAid), un groupe de travail national sur les services WASH dans les établissements de santé a été mis en place, l'une de ses principales activités étant la mise en œuvre de l'outil WASH FIT. À la suite de la traduction de l'outil en portugais, des formations ont eu lieu à l'échelle nationale et infranationale, couvrant les 11 provinces entre 2021 et 2023. Pour atteindre les 205 établissements du programme de l'UNICEF et accroître l'efficacité de la mise en œuvre, une supervision de soutien via des partenariats d'accompagnement d'une année, avec des organisations de la société civile, a été mise en place. Afin d'intensifier cet effort à l'échelle du pays, la deuxième édition de l'outil WASH FIT (version 2.0, 2022) est en cours de traduction en portugais, en vue d'une approbation future par le Ministère de la santé. Des plans d'amélioration sont mis à l'essai par le Ministère de la santé dans une province, en prévision de leur intégration aux plans de développement annuels des établissements. D'autres formations seront dispensées par l'Institut national de la santé, et les établissements participants recevront une reconnaissance de leurs efforts par la voie de la certification WASH FIT. Les budgets sont toutefois limités, tant au niveau national pour poursuivre la formation (absence de financement continu des partenaires) qu'au niveau des établissements pour répondre aux besoins. Le fait que les partenaires utilisent tous la même version de WASH FIT facilite l'institutionnalisation de l'outil, au sein du Ministère de la santé, en tant qu'outil d'amélioration de la qualité recommandé.



4.4 Les données WASH FIT influencent la prise de décision locale et nationale et l'allocation des ressources

Bien que l'intention principale de l'outil WASH FIT soit l'utilisation et la communication des données au sein des établissements afin de permettre des améliorations, il s'avère également utile de diffuser des données au-delà de chaque établissement. Dans 28 pays, les données WASH FIT sont diffusées auprès des structures et des décideurs infranationaux et nationaux. La fréquence de ces échanges variait : échange ponctuel ou en fonction des résultats (n = 7), fréquence annuelle (n = 10), fréquence trimestrielle (n = 4) ou fréquence mensuelle (n = 4). Trois pays continuaient de collecter des données de référence ou de configurer des systèmes et n'avaient pas encore commencé la diffusion des données.

En **Eswatini**, la prise de décision WASH FIT a lieu actuellement au niveau national ; cependant, les responsables régionaux ont recommandé de diffuser les données WASH FIT au niveau régional afin de permettre des interventions plus ciblées. Aux **Fidji**, les données seront utilisées dans le cadre de l'examen sectoriel et pour orienter un plan chiffré à destination des donateurs. Au **Népal**, certaines administrations locales ont commencé à utiliser les informations WASH FIT pour la planification annuelle et les allocations budgétaires. Par exemple, dans une petite ville, le gouvernement a mobilisé 25 000 dollars des États-Unis en 24 mois pour mettre en oeuvre les améliorations identifiées grâce à l'outil WASH FIT. Bien que l'allocation des fonds varie d'une municipalité à l'autre, presque toutes ont réalisé des investissements substantiels (couvrant en moyenne 30 % du coût des améliorations). De nombreuses municipalités ont réorienté leurs priorités d'investissement, passant de projets de plus grande envergure à des interventions plus critiques dans les zones à haut risque. Les plans d'amélioration ont permis de guider ces décisions en cernant clairement les lacunes.

Au **Mali**, des séances publiques sont organisées au cours desquelles les résultats des évaluations WASH FIT sont présentés à la communauté afin qu'elle puisse demander des investissements à la municipalité locale. Les établissements collaborent avec les comités de santé communautaire et utilisent les données pour convenir des investissements prioritaires. À titre d'exemple, mentionnons l'installation de carrelage dans les salles de soins afin de faciliter le nettoyage de l'environnement et d'en accroître l'efficacité, ainsi que l'installation de nouvelles latrines qui répondent aux besoins des femmes, des enfants et des personnes à mobilité réduite.



Étude de cas

Plus de 13 000 établissements indonésiens utilisent le portail national de collecte de données

En **Indonésie**, un portail de données en ligne appelé SIKELIM, géré par le Ministère de la santé et mis en place avec le soutien de l'OMS, est utilisé pour examiner les progrès accomplis et orienter la planification. En décembre 2023, 13 000 hôpitaux et *puskesmas* (établissements de soins de santé primaires), sur un total de 13 685 infrastructures, avaient soumis au portail des données sur l'état des services WASH. Ces données reposent sur les questions de base du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (soumises chaque année). Le tableau de bord comprend également des indicateurs WASH FIT, ce qui permet à tous les établissements utilisant l'outil de diffuser également une liste plus complète d'indicateurs par voie électronique (soumise deux fois par an). Sur les 13 000 établissements inclus dans SIKELIM, 601 *puskesmas* ont soumis des données WASH FIT et 233 ont procédé à des améliorations.

Les données recueillies via le portail sont automatiquement communiquées aux administrations municipales et provinciales, et consécutivement utilisées par le Ministère de la santé pour fixer des objectifs nationaux et locaux et pour allouer des ressources aux niveaux national et provincial. Le ministère souhaite en particulier comprendre les budgets requis (prévus et dépensés) pour la gestion des déchets d'activités de soins, le domaine systématiquement le moins performant et où se trouvent les écarts les plus importants. Dans un pays comme l'Indonésie où les établissements sont répartis dans 514 districts sur des milliers d'îles, la collecte de données électronique est particulièrement cruciale car elle permet d'économiser du temps et de précieuses ressources.

Domaine	Total (RS & PKM) n = 11.429	Kota* n = 1.479	Desa* n = 7.155	RS n = 2.753	Puskesmas n = 8.939	Pemerintah* n = 9.894	Swasta* n = 1.458
Air	3175 (27.2%)	424 (28.7%)	2181 (30.5%)	477 (17.3%)	2698 (30.2%)	2927 (29.6%)	218 (13.1%)
Sanitasi	3321 (28.4%)	469 (31.7%)	2165 (30.3%)	588 (21.4%)	2733 (30.6%)	2955 (29.9%)	328 (19.8%)
Limbah	1413 (12.1%)	139 (9.4%)	1007 (14.1%)	218 (7.9%)	1195 (13.4%)	1292 (13.1%)	103 (6.2%)
Hygiene	4439 (38.0%)	637 (43.1%)	2845 (39.8%)	839 (30.5%)	3600 (40.3%)	3922 (39.6%)	462 (27.9%)
Kebersihan	3198 (27.4%)	473 (32.0%)	2195 (30.7%)	444 (16.1%)	2754 (30.8%)	2964 (30.0%)	200 (12.1%)

* Sesuai klasifikasi data fasyankes yang tersedia didatabase SIKELIM (Desember 2023)

Une capture d'écran de SIKELIM montrant le pourcentage d'établissements répondant aux services de base

Air : eau ; sanitasi : assainissement ; limbah : gestion des déchets ; kebersihan : nettoyage de l'environnement.

Pemerintah : public ; swasta : privé ; RS : hôpital, PKM : *puskesmas*.



Moyen-Orient : diffusion de données à l'échelle régionale à l'aide de tableaux de bord en ligne

Au niveau régional, neuf pays et territoires du Moyen-Orient utilisent la visualisation des données pour suivre les progrès réalisés en ce qui concerne les indicateurs WASH FIT. À ce jour, 11 213 établissements ont procédé à des évaluations des services depuis 2021-2022 ; les données sont présentées dans un tableau de bord en ligne développé par l'UNICEF. Les pays et territoires sont les suivants : **Djibouti, Égypte, Irak, Jordanie, Liban, République arabe syrienne, Soudan, Territoire palestinien occupé et Tunisie**. Le **Maroc** et le **Yémen** prévoient de mener des évaluations fin 2024, lesquelles seront également incluses dans le tableau de bord. La couverture des établissements dans ces pays est élevée : 100 % des établissements en **Irak** (n = 4 295) et en **Jordanie** (n = 1 858) et 80 % des établissements en **Tunisie**, dans le **Territoire palestinien occupé** et au **Soudan** sont inclus dans l'outil de suivi. Sur l'ensemble des établissements étudiés, seuls 19,8 % des indicateurs répondaient aux services de base (tels que définis par les indicateurs WASH FIT), tandis que 8,1 % n'étaient dotés d'aucun service.

En **Irak**, des évaluations ont de nouveau été menées en 2023-2024 et ont fait état de progrès notables. Seuls 6 % des établissements répondaient aux services de base au départ, un chiffre atteignant 40 % en 2024. L'outil de visualisation de données permet également aux utilisatrices et utilisateurs de suivre les progrès réalisés en ce qui concerne des indicateurs spécifiques – par exemple, l'élément « eau courante sur site » (*piped water on premises*) a été amélioré de 66 % dans tous les établissements – et contribue à identifier les principales priorités en matière d'interventions WASH, essentiellement liées à l'assainissement, au nettoyage de l'environnement et à l'approvisionnement en eau.





Venezuela : système électronique de collecte et de visualisation de données utilisé comme outil de plaidoyer

Au **Venezuela (République bolivarienne du)**, un tableau de bord de visualisation des données utilisant KoboToolbox et Power BI a été développé, initialement comme outil permettant au Groupe WASH d'obtenir des données de référence et de mesurer les progrès relatifs à la mise en œuvre des services WASH et de la lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé. KoboToolbox a rendu possible une collecte de données efficace, grâce à une interface intuitive et adaptée aux mobiles, des données standardisées, un suivi en temps réel (accès instantané à l'analyse des données d'enquête) et des économies de temps et d'argent (une saisie manuelle des données sur papier n'est pas nécessaire, ce qui permet d'économiser des ressources et de limiter les erreurs). KoboToolbox favorise la diffusion d'informations tout en garantissant la confidentialité des données. Power BI permet de visualiser des données complexes (affichage simultané de tableaux, graphiques et cartes) et le tableau de bord interactif crée des visualisations dynamiques qui permettent aux utilisatrices et utilisateurs d'explorer les données d'enquête et d'interagir avec ces dernières. Il est important de noter que l'outil présente des informations et des tendances en matière de données, ce qui permet d'effectuer des comparaisons entre les établissements, les États et au fil du temps (avant, pendant et après l'intervention). Entre 2020 et 2023, 205 établissements (60 hôpitaux, 145 établissements de soins de santé primaires) dans 15 États ont mené des évaluations WASH FIT et beaucoup ont apporté des améliorations. Sur trois ans, des progrès importants ont été réalisés dans les domaines de l'assainissement et de la gestion des déchets (améliorations de 34 % et 39 %, respectivement), les progrès les moins importants ayant été réalisés dans les domaines de l'accès à l'eau (9 %) et du nettoyage de l'environnement (4 %). On observe un lent recul de l'hygiène des mains (-6 %), ce qui souligne la nécessité de renforcer les services et les pratiques. Le tableau de bord et les données ont fourni un précieux outil de plaidoyer : les données générées ont été utilisées pour cibler et hiérarchiser les activités et les ressources, et dans le cadre de la présentation de rapports aux donateurs.

4.5 Chiffrage, budgétisation et financement

L'un des éléments essentiels de l'élaboration des plans d'amélioration WASH FIT consiste à évaluer les coûts des actions prioritaires et à présenter ces coûts aux décideurs. Bien que l'outil WASH FIT ne fournisse pas d'orientations sur les coûts, il existe plusieurs outils mondiaux qui proposent des chiffres de référence (16). En outre, compte tenu de la spécificité locale et de la nature fluctuante des coûts d'approvisionnement, la plupart des pays doivent affiner les chiffres mondiaux ou régionaux en vue d'obtenir des chiffres locaux. L'outil WASH FIT encourage l'approvisionnement sur le marché local afin de favoriser une plus grande durabilité, de réduire l'empreinte carbone liée au transport et d'assurer la compatibilité avec les infrastructures existantes. Dans plusieurs pays, y compris **les Philippines**, **l'Ukraine** et le **Zimbabwe** (voir l'étude de cas du Zimbabwe), les coûts ont été systématiquement calculés dans le cadre de la planification des améliorations.

Les plans d'amélioration chiffrés sont un levier important pour obtenir des ressources supplémentaires. Par exemple, en **Ukraine**, les établissements ont été en mesure de présenter des plans chiffrés aux municipalités locales, qui ont à leur tour apporté des fonds pour améliorer les conduites et le stockage

de l'eau, et dans un hôpital, installer un nouveau forage. Les plans chiffrés sont également importants pour comprendre les besoins budgétaires destinés à couvrir les dépenses de fonctionnement et de maintenance, ainsi que pour plaider en faveur d'augmentations budgétaires à l'échelle de l'établissement.

Au **Népal**, même si certaines municipalités commencent à inclure des rubriques budgétaires propres à l'outil WASH FIT, aucun fonds n'est spécifiquement alloué à celles-ci. Cependant, l'outil a aidé les établissements à donner la priorité aux besoins essentiels en matière de services WASH, plutôt qu'à l'achat d'articles tels que des sièges de bureau. La santé et l'éducation ne sont généralement pas considérées comme des priorités pour l'autorité locale, mais un plaidoyer fort a montré qu'il est possible de surmonter ce défi.



Calcul des coûts de WASH FIT au Zimbabwe : le pouvoir des données pour le plaidoyer et l'investissement

La COVID-19 a joué un rôle majeur de catalyseur pour la mise en œuvre de WASH FIT au **Zimbabwe**. L'outil a d'abord été utilisé dans 50 installations d'isolement COVID-19 pour évaluer et effectuer des améliorations mineures des infrastructures. Un an plus tard, l'outil d'évaluation a été numérisé et intégré aux systèmes du Ministère de la santé et des soins à l'enfant (MOHCC), et déployé dans 100 autres établissements de santé, avec des activités supplémentaires de formation (formation en cascade dispensée par des formatrices et formateurs principaux nationaux en faveur des niveaux infranationaux), de planification, des améliorations et un suivi. En 2022, l'UNICEF, en étroite collaboration avec le MOHCC, a mis au point un outil d'évaluation des coûts pour quantifier les coûts moyens de l'utilisation de WASH FIT ainsi que les améliorations nécessaires. Une estimation du budget total nécessaire pour chaque domaine WASH FIT (eau, assainissement, etc.) a été calculée pour 100 établissements à l'aide des données suivantes : emplacement de l'établissement (zone urbaine/rurale), type d'établissement (établissement hospitalier/établissement de soins de santé primaires), population desservie, nombre de lits, personnel de l'établissement et score moyen par domaine WASH FIT. Ces informations ont ensuite été exploitées pour calculer les coûts d'intervention accessoires et les coûts opérationnels en fonction du nombre de personnels de l'établissement et du coût estimatif de la formation et des fournitures. Le budget national global estimé et nécessaire pour les infrastructures (coûts d'investissement non récurrents), les coûts opérationnels (coûts annuels) et les fournitures (dépenses accessoires intermittentes) s'est élevé à 116 millions de dollars des États-Unis. Ces estimations ont été utilisées pour plaider en faveur d'une augmentation des dépenses publiques. En conséquence, le MOHCC a considérablement augmenté ses investissements et surveille désormais tous les mois l'état des services WASH dans les établissements de santé. L'un des principaux facteurs de réussite a été l'intégration de la collecte de données dans les structures MOHCC existantes, plutôt que la création d'un système parallèle.



4.6 Intégration à d'autres programmes de santé

L'outil WASH FIT facilite la programmation multisectorielle en rassemblant l'ensemble des personnes qui partagent la responsabilité de fournir des services WASH, y compris les responsables en matière de législation et de politique, de santé de district, d'administration des établissements hospitaliers, d'ingénierie de l'eau et de l'assainissement, les spécialistes en matière de climat et d'environnement, ainsi que les utilisatrices et utilisateurs. La section suivante fournit quelques exemples d'utilisation de WASH FIT dans le cadre de domaines connexes : durabilité environnementale et résilience climatique, GEDSI, lutte anti-infectieuse et épidémies/urgences.

4.6.1 Durabilité environnementale et résilience climatique

Face aux menaces croissantes pour la santé associées aux changements climatiques et à la dégradation de l'environnement, tous les établissements de santé doivent mettre en place des mesures pour renforcer la résilience et la durabilité de leurs services WASH, de gestion des déchets et d'énergie. La publication intitulée *Établissements de santé résilients face au changement climatique et écologiquement viables – Orientations de l'OMS (2)* définit quatre exigences fondamentales pour dispenser des soins sûrs et de qualité. L'une d'entre elles est la gestion durable et sûre des services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de gestion des déchets d'activités de soins. La méthodologie WASH FIT intègre des éléments de ces orientations, y compris des indicateurs qui peuvent faire l'objet d'un suivi systématique et être améliorés pour renforcer l'adaptation et la résilience. Le Tableau 3 présente une comparaison succincte des deux outils. On trouvera ci-dessous un résumé de la manière dont l'outil WASH FIT est intégré aux efforts de résilience climatique et de durabilité au **Bangladesh**, aux **Philippines** et en **République démocratique populaire lao**.

Tableau 3. Comparaison de l'outil WASH FIT et de l'outil de résilience climatique

	WASH FIT	Résilience climatique et durabilité
Objet	Services d'approvisionnement en eau, d'assainissement, d'hygiène, de gestion des déchets, de nettoyage de l'environnement, d'électricité, gestion des établissements	Risques d'origine climatique pour le personnel de santé, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, l'énergie, les infrastructures, les technologies et les produits
Champ d'application	État le plus récent de l'établissement et opérations quotidiennes	Planification future en cas d'urgence et de catastrophe
Méthodologie d'évaluation	Outil d'auto-évaluation avec des indicateurs essentiels et avancés	Génération de scénarios, cartographie des vulnérabilités, élaboration de stratégies de résilience
Résultats	Plans d'action, mise en œuvre et suivi continu des plans	Stratégies de résilience, y compris les protocoles d'intervention en cas de canicule
Étendue temporelle	Court à moyen terme	Adaptation aux risques climatiques à long terme
Public cible	Personnels des établissements de santé, secteur de la santé	Personnels des établissements de santé, gestion de l'environnement, aménagement urbain
Cycle d'amélioration	Fondé sur une approche d'amélioration de la qualité ; planification des priorités, mise en œuvre, suivi	L'évaluation et les actions sont combinées ; aucune orientation sur l'établissement de priorités et les améliorations progressives



Philippines : adaptation et adoption nationale de l'outil WASH FIT, avec une attention portée à la résilience climatique

La République des Philippines a été l'un des premiers pays à publier ses propres directives nationales sur l'utilisation de WASH FIT (17) et à officialiser l'outil par la voie de politiques et de normes nationales. Les directives WASH FIT sont alignées sur les normes et directives techniques pour des établissements de santé sûrs et écologiques (2021) et le plan de développement des établissements de santé des Philippines (2020-2040), la feuille de route du pays vers des soins de santé accessibles. Ces politiques mettent l'accent sur des systèmes de santé modernes, résilients et durables et soulignent la nécessité d'une gestion et d'une utilisation efficaces des ressources. D'après le Plan d'action national pour l'environnement et la santé (2023-2030), l'outil WASH FIT doit contribuer à renforcer la capacité du système de santé à répondre aux changements climatiques ; en outre, le plan appelle à l'amélioration des environnements naturels et bâtis pour permettre aux populations d'améliorer leur santé. Les directives WASH FIT incluent également des éléments de planification de la sécurité sanitaire de l'eau et de l'assainissement.



En 2020, le Ministère de la santé a examiné les indicateurs WASH FIT mondiaux et en a réduit le nombre à un ensemble plus petit, considéré comme essentiel face à la COVID-19. Avec le soutien

de l'UNICEF, le Ministère de la santé a également mis au point une plateforme de notification numérique, dotée d'une série d'outils, pour fournir aux personnels et aux gestionnaires d'établissements de santé un accès hors ligne au formulaire d'auto-évaluation, ainsi qu'un tableau de bord en ligne en temps réel en vue d'une analyse rapide. Cette version simplifiée a été développée pour permettre l'application directe de l'outil et l'élaboration rapide de plans d'amélioration des services WASH par les équipes multisectorielles WASH FIT.

À ce jour, l'outil a été utilisé dans 538 établissements de 18 sous-régions des Philippines. Les établissements collectent des données sur le calcul des coûts et celles-ci sont utilisées pour convaincre les donateurs et les sources de financement locales. Parmi les améliorations résultant de ces fonds, on peut citer l'achat de deux réservoirs d'eau de 30 m³ (pour un coût d'environ 20 000 dollars des États-Unis), installés dans un établissement de la ville de Baguio. Dans la province d'Aklan, les établissements ont été dotés d'un budget compris entre 1 000 et 10 000 dollars des États-Unis dans le cadre d'un projet financé par l'Agence de coopération internationale de la République de Corée. Ces fonds ont permis l'acquisition de réservoirs d'eau, de pompes, de toilettes, de distributeurs d'eau, d'installations de lavage des mains et de panneaux solaires. D'autres donateurs et partenaires (par exemple, l'Union européenne et l'Agence des États-Unis pour le développement international) soutiennent l'installation de panneaux solaires dans les établissements de santé et étudient la possibilité d'élaborer des lignes directrices sur la tuyauterie sanitaire dans le cadre de WASH FIT. Pour relever les défis de la mise en œuvre (c'est-à-dire l'accès à des fonds suffisants pour les améliorations nécessaires), des expertes et experts supplémentaires ont été recrutés à l'échelle nationale, régionale et provinciale pour assurer la formation en cascade. Ces expertes et experts ont également contribué à récompenser les personnes les plus performantes (sur la base d'un système de notation à trois étoiles) afin de motiver les administrations locales à poursuivre les améliorations.



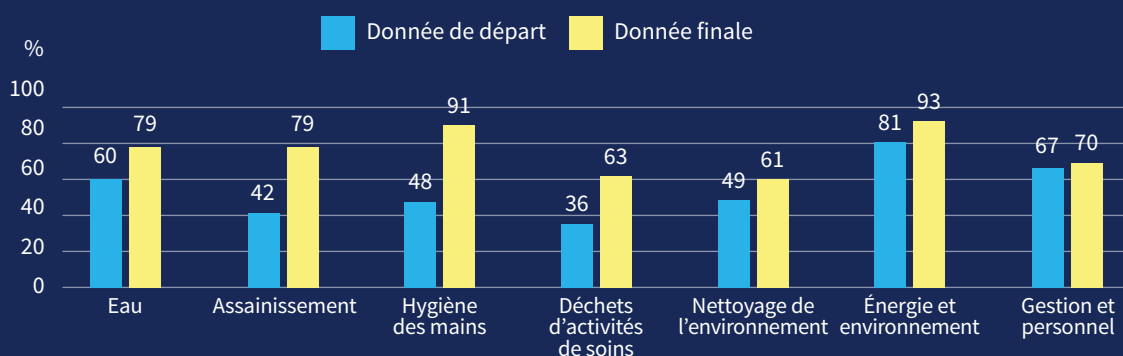
Bangladesh : mise en œuvre de l'outil WASH FIT, avec une attention portée au renforcement des systèmes et au climat

Le Ministère de la santé et de la protection de la famille du **Bangladesh** (MOHFW), avec le soutien de l'UNICEF, a mis en œuvre une initiative d'amélioration de la qualité axée sur l'intensification de la lutte anti-infectieuse pendant la COVID-19, puis a élargi cette initiative pour mettre en œuvre l'outil WASH FIT au moyen d'une approche de renforcement du système de santé. Le ministère a établi WASH FIT dans 32 établissements, en utilisant une version adaptée localement de l'outil, traduite en bengali. Des améliorations ont été apportées dans les sept domaines, avec les gains de score les plus notables en matière d'hygiène des mains (48 % à 91 %) et d'assainissement (42 % à 79 %) (voir le graphique). À la suite d'actions de formation du niveau national au niveau local, des équipes WASH FIT ont été créées au sein des équipes de gestion ou des comités d'amélioration de la qualité de chaque établissement, c'est-à-dire en exploitant les structures existantes. Ces équipes organisent régulièrement des réunions mensuelles pour passer en revue les progrès et identifier les points d'action. À l'échelle du district, des ateliers WASH FIT sont organisés avec les gestionnaires d'établissement en vue d'évaluer les résultats et de faciliter le soutien des départements

d'ingénierie. L'UNICEF soutient également la recherche sur la mise en œuvre afin d'identifier les obstacles et les catalyseurs relatifs à la mise en œuvre de l'outil WASH FIT, à des fins d'intensification. Des supports en matière d'information, d'éducation et de communication ont été élaborés et il est prévu de les imprimer et de les distribuer dans tous les établissements. L'UNICEF Bangladesh plaide pour que le MOHFW inclue les services WASH dans les attributions des comités d'amélioration de la qualité et intensifie la mise en œuvre de l'outil WASH FIT dans tous les établissements du pays. Ces expériences contribueront à redynamiser le comité technique national sur les services WASH dans les établissements de santé et à élaborer la stratégie et le plan d'action nationaux associés.

D'autres mises en œuvre de l'outil WASH FIT sont prévues dans 50 établissements situés dans des zones vulnérables du point de vue climatique ; toutefois, ces travaux ont été suspendus en raison de problèmes de financement. Le Bangladesh a acquis une expérience significative des modalités de mise en œuvre de l'outil après avoir mis en place ce dernier dans les installations d'urgence humanitaire. Auparavant, WASH FIT était mis en œuvre dans environ 200 établissements de santé, y compris des centres de soins de santé primaires, des postes de santé, des hôpitaux de campagne, des dispensaires communautaires, des centres de santé auxiliaires et des complexes de santé des subdivisions upazila. Plus de 550 professionnels de la santé et des services WASH (spécialistes en ingénierie, gestionnaires d'établissement, personnel médical, personnel infirmier et personnel affilié) ont été formés à l'outil WASH FIT au cours de 20 à 30 formations en salle et sur le terrain. Une grande base de données d'indicateurs WASH FIT et un documentaire vidéo ont également été créés.

Comparaison des scores WASH FIT, donnée de départ et donnée finale





République démocratique populaire lao : l'intégration à une initiative nationale pour le climat constitue un levier d'intensification

L'outil WASH FIT a été introduit en **République démocratique populaire lao** en 2017 et le projet pilote initial s'est achevé en 2019. Il a ensuite été intégré à l'initiative nationale pour des établissements de santé sûrs, propres, écologiques et résilients face aux changements climatiques (SCGCR). Le fait d'inscrire WASH FIT dans le cadre d'un programme public plus vaste a fourni le mécanisme nécessaire pour le déployer dans l'ensemble du pays. Au total, 125 hôpitaux de district (plus de 90 % de l'ensemble des hôpitaux de district du pays) ont bénéficié d'une formation et mettent en œuvre l'outil WASH FIT. Des observations empiriques montrent que les meilleurs résultats ont été obtenus au niveau de l'amélioration de la gestion de la qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène des mains. Parmi tous les domaines, la gestion des déchets a toujours été le domaine le plus fragile et le plus difficile à améliorer, en particulier dans les zones rurales où les infrastructures municipales de gestion des déchets font également défaut. Pour remédier à ce problème, une sixième étape a été ajoutée au processus WASH FIT, selon laquelle les établissements hospitaliers évaluent isolément les déchets et élaborent un plan d'amélioration indépendant. Trois établissements hospitaliers modèles, répartis dans le pays, organisent régulièrement des démonstrations sur la gestion des déchets et la lutte anti-infectieuse pour le personnel d'autres établissements de leur région. Ces actions se sont avérées inestimables en tant que moyen de susciter le changement. Les visites ponctuelles de l'OMS dans les établissements ont également été utiles pour la résolution de problèmes sur place.

Pour compléter l'initiative SCGCR, les indicateurs WASH ont été intégrés au système d'information sanitaire du district en 2023 ; la collecte de données et l'établissement de rapports sur une base régulière sont attendus à partir de 2025 et constituent un moyen formel d'évaluer les performances de WASH FIT à l'échelle nationale. La Banque mondiale a également incorporé des indicateurs WASH FIT dans son plan d'amélioration des centres de santé. Par l'intermédiaire du Ministère de la santé, environ 800 centres de santé ont mené des évaluations pour identifier les risques, sur la base desquelles ils doivent améliorer leurs services pour recevoir un financement axé sur la performance (environ 6 000 dollars des États-Unis par an et par établissement).



Moyen-Orient : utilisation d'un tableau de bord en ligne pour sensibiliser à l'égalité des genres, au handicap et à l'inclusion sociale (approche GEDSI)

Dans huit pays et territoires qui contribuent au tableau de bord régional WASH FIT au **Moyen-Orient**, un score GEDSI a été créé, sur la base de cinq indicateurs liés à cette approche.⁵ Pour la première fois, on observait que peu d'attention était accordée aux principes GEDSI dans les établissements : sur 11 123 établissements évalués, plus de 80 % d'entre eux disposaient de services limités ou inexistants en la matière (51 % n'étaient pas du tout dotés de services orientés GEDSI), autrement dit le domaine le moins performant. La production de ces indicateurs s'est avérée très précieuse pour lancer des discussions, à l'échelle nationale, sur les besoins des femmes et des groupes vulnérables, ce qui était rarement pris en compte auparavant.



© OMS/Sebastian Liste. Un agent de santé soigne un patient au Pakistan

⁵ Ces cinq indicateurs étaient les suivants : l'existence de toilettes non mixtes, l'existence de toilettes dotées d'un dispositif de gestion de l'hygiène menstruelle, l'existence de toilettes répondant aux besoins des personnes à mobilité réduite, la disponibilité de douches/espaces en état de fonctionnement pour les femmes et la participation des groupes marginalisés dans le cadre de l'identification des besoins en services WASH.

Étude de cas

Indonésie : utilisation de l'outil WASH FIT pour améliorer l'accessibilité des établissements

Avec le soutien des autorités municipales, neuf *puskesmas* (établissements de soins de santé primaires) dans deux villes de la province de Lampung se sont efforcés de rendre les infrastructures plus inclusives et adaptées aux questions de genre. Ces travaux ont été dirigés par SNV Indonésie et son partenaire local Yayasan Konservasi Way Seputih, qui ont collaboré à l'amélioration des services. Un *puskesmas* a ajouté des rampes à l'entrée et dans les toilettes, élargi les portes des toilettes de 80 à 100 cm pour permettre aux fauteuils roulants d'entrer et de sortir plus facilement, et équipé les toilettes de rideaux supplémentaires pour renforcer le respect de l'intimité des utilisatrices et utilisateurs. Dans un autre établissement, le groupe de travail WASH FIT a, dans un premier temps, donné la priorité à la gestion de l'hygiène menstruelle dans les toilettes pour femmes et filles, en mettant à disposition des produits d'hygiène menstruelle, en particulier pour les adolescentes et les femmes en post-partum. Il a également apporté des modifications au processus d'enregistrement et à la salle d'attente de l'établissement pour donner la priorité aux personnes handicapées, ainsi qu'aux femmes enceintes et aux personnes âgées. La direction de l'établissement a déclaré : « Nous recevons beaucoup de personnes handicapées, de personnes âgées et de femmes enceintes. Elles bénéficient des mêmes droits aux services de santé, et nous donnons la priorité aux groupes de population les plus vulnérables. »

La composition des équipes WASH FIT, lesquelles comprenaient des représentantes et représentants de personnes handicapées, de femmes, de jeunes et d'organisations religieuses des environs de chaque *puskesmas*, a été un élément essentiel au succès des améliorations : chaque établissement peut recueillir des commentaires directs de la part de ses utilisatrices et utilisateurs et se sent responsable de s'acquitter de son obligation envers la communauté environnante. L'approche participative, où tous les indicateurs WASH FIT ont été discutés collectivement sans que les participantes et participants ne soient informés des améliorations à apporter, a suscité plus d'enthousiasme parmi le personnel et la direction à l'idée d'améliorer leurs services. Le soutien de la part des administrations municipales et locales a également été utile.

Sur la base de ces travaux, le Ministère de la santé prévoit de réaliser une analyse de la situation pour intégrer l'approche GEDSI aux services WASH et fournir une base de référence du point de vue des politiques et des programmes, au niveau national et dans certains districts (ville de Padang, province de Sumatra occidentale ; ville de Balikpapan, province du Kalimantan oriental ; district de Bantul, province de Jogjakarta).



© OMS/Indonésie. Une patiente utilise des toilettes adaptées aux personnes handicapées.

4.6.2 Égalité des genres, handicap et inclusion sociale (approche GEDSI)

La planification, la conception et la gestion des services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé doivent tenir compte de l'accessibilité, de la sécurité, de l'intimité, de la pertinence ou de l'acceptabilité sociale, de la dignité et du confort des utilisatrices et utilisateurs d'un établissement, dans leur diversité. Citons les femmes en travail et les femmes en période de menstruation, les nourrissons et les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes ayant des pratiques et des convictions religieuses ou culturelles, et les personnes souffrant de blessures, de maladies ou d'incontinence. L'outil WASH FIT comprend des indicateurs qui abordent ces questions, ainsi que des conseils pour rendre le processus inclusif et équitable. Certains pays et certaines régions utilisent avec succès l'outil WASH FIT pour tenir compte de ces considérations, comme au **Moyen-Orient** et en **Indonésie** (voir les études de cas).

4.6.3 Mise en relation de l'outil WASH FIT et de la lutte anti-infectieuse

Les services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène constituent une exigence minimale pour la mise en place de programmes de lutte anti-infectieuse robustes et efficaces et pour la mise en oeuvre de bonnes pratiques en la matière (18, 19, 20). Par ailleurs, l'intégration des services WASH et de la lutte anti-infectieuse est renforcée par le Plan d'action mondial et le cadre de suivi pour la lutte anti-infectieuse (2024-2030), qui met l'accent sur le caractère primordial de ces services et comprend plusieurs cibles et indicateurs couvrant l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé (21). Pour appuyer la mise en oeuvre de la lutte anti-infectieuse, des outils d'évaluation et des guides de mise en oeuvre sont disponibles (22, 23). L'exploitation de l'outil WASH FIT parallèlement à ces approches permet une évaluation et une planification de mesures plus approfondies et exhaustives sur les services WASH et la lutte anti-infectieuse. Les approches intégrées WASH/lutte anti-infectieuse sont de plus en plus utilisées à l'échelle nationale, y compris en Ukraine (voir l'étude de cas).



Ukraine : l'intégration des services WASH et de la lutte anti-infectieuse montre que de petites améliorations favorisent de plus grandes améliorations, même en temps de guerre

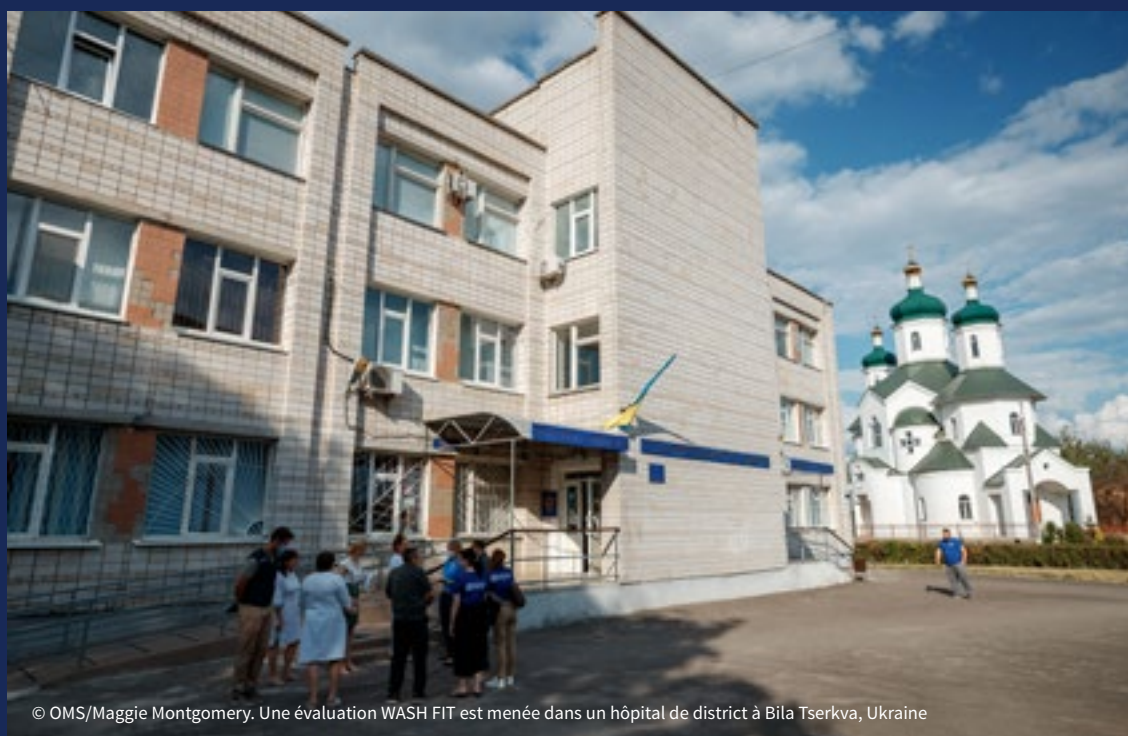
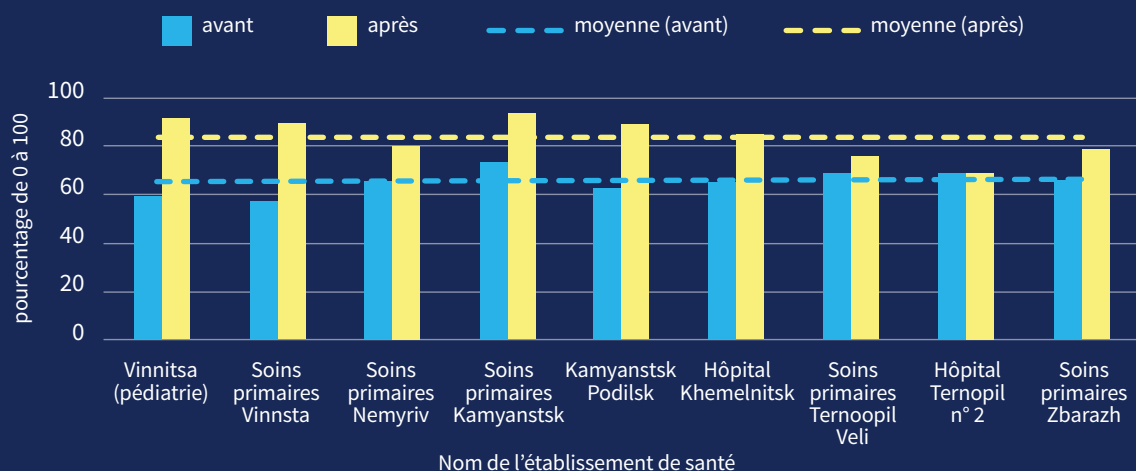
En 2024, en **Ukraine**, on estimait à 9,6 millions le nombre de personnes ayant besoin d'aide pour répondre à leurs besoins fondamentaux en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène (24). Dans le cadre d'efforts plus vastes visant à consolider la résilience et la sécurité des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement en Ukraine, l'OMS, le Ministère de la santé, le Centre ukrainien de santé publique et les centres régionaux de lutte contre les maladies, ainsi que les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, s'efforcent depuis 2022 de faciliter l'amélioration des services dans les établissements de santé par la voie des services WASH, parallèlement au renforcement des politiques et des normes nationales. L'un des aspects de cette démarche est la mise en œuvre de l'outil WASH FIT.

Au total, 18 établissements pilotes modèles dans le Centre et l'Est de l'Ukraine (près de la ligne de front) ont été mobilisés, au moyen d'actions de formation, de mentorat et de financements d'amorçage, pour mettre en œuvre conjointement l'outil WASH FIT et le cadre d'évaluation de la lutte anti-infectieuse de l'OMS (IPCAF) (23). Le soutien comprend une formation pratique sur la gestion des déchets, le nettoyage et l'hygiène des mains – tous les domaines pour lesquels le personnel a indiqué qu'il souhaiterait davantage de soutien. Les partenaires, y compris l'UNICEF, soutiennent 200 établissements supplémentaires dans toute l'Ukraine pour mettre en œuvre l'outil WASH FIT. Le financement d'amorçage a permis d'apporter de petites améliorations, comme la fourniture de bacs de tri des déchets et de matériel d'hygiène des mains. Grâce à des activités de plaidoyer autour des premiers résultats du processus WASH FIT et à la collaboration avec les municipalités locales, les établissements ont pu lever des fonds en vue d'investissements à plus grande échelle, tels que de nouveaux forages, des réservoirs de stockage d'eau et de meilleures installations de plomberie.

Dans l'ensemble, le processus WASH FIT a stimulé les établissements à apporter des changements positifs. En ce qui concerne les neuf établissements pilotes où des données ont pu être recueillies (neuf étaient inaccessibles en raison de la guerre), les risques liés à l'eau ont été gérés de manière plus efficace, les robinets cassés ont été remplacés, les pratiques de gestion des déchets ont été améliorées (abandon de pratiques désuètes comme la désinfection des déchets au chlore) et des sources d'approvisionnement en eau de secours ont été installées. Le graphique ci-dessous montre l'évolution globale des scores WASH FIT des neuf établissements pilotes disposant de données. Après six mois, les améliorations les plus notables ont été observées en matière de déchets d'activités de soins et d'hygiène des mains, avec une augmentation moyenne de 67 % et 69 % des scores six mois après la mise en œuvre, par rapport aux données de référence. L'effort a montré que de petites améliorations peuvent être apportées même avec des ressources limitées et en période de conflit, et que celles-ci peuvent favoriser des améliorations et des investissements plus importants.

Des normes nationales fondées sur la santé, des formations et un mentorat réguliers sur place, ainsi que des programmes de renforcement des capacités professionnelles ont contribué aux améliorations. L'engagement et la consolidation des entités nationales de santé publique sont essentiels pour les efforts d'institutionnalisation et d'intensification. Les travaux ultérieurs ont porté sur l'incorporation de l'outil WASH FIT à la législation nationale, en veillant à ce que les centres régionaux ukrainiens de lutte contre les maladies aient la capacité de dispenser des formations et diriger le mentorat, et d'intégrer les indicateurs WASH FIT aux systèmes de suivi nationaux.

Scores WASH FIT au départ et six mois après l'intervention



4.6.4 Utilisation de l'outil WASH FIT dans les situations d'urgence aiguës et chroniques

Les situations d'urgence peuvent faire référence à des contextes d'apparition lente ou soudaine et à des urgences politiques complexes dans tous les pays. Il peut s'agir de catastrophes, un terme qui fait principalement référence aux catastrophes naturelles, telles que celles résultant de phénomènes météorologiques extrêmes (par exemple, ouragans/typhons, inondations), de sécheresses, de tremblements de terre et de maladies, ainsi que de situations résultant de guerres, de conflits et de migrations massives. Partout dans le monde, de nombreux systèmes de santé restent insuffisamment préparés et sont incapables de fournir des services de base ; aussi sont-ils encore plus sollicités lorsqu'ils font face à une situation d'urgence aiguë ou chronique, qui les rend incapables de répondre aux

flambées épidémiques et de fournir des soins de qualité. L'outil WASH FIT propose un cadre permettant aux établissements de répondre aux exigences des services de base et de renforcer ainsi les capacités de préparation et de riposte à ces situations. L'outil a été appliqué dans plusieurs contextes d'urgence, allant des situations d'urgence aiguës causées par des événements liés au climat, aux situations d'urgence chroniques résultant de conflits et de déplacements. En **Ukraine**, WASH FIT est utilisé pour renforcer la résilience et répondre aux incidences des conflits.

Au **Yémen**, WASH FIT a été adopté pendant la pandémie de COVID-19 afin d'évaluer les services WASH dans les établissements de santé prévus pour être utilisés comme unités d'isolement. Un groupe de travail technique, dans le cadre des groupes Santé et WASH, a dirigé la mise en place de l'outil dans ces établissements de santé, avec le soutien de partenaires qui ont ensuite utilisé WASH FIT pour identifier les plus grands défis, trouver les ressources disponibles pour relever chacun de ces défis et déterminer les rôles et responsabilités. Cependant, il s'est avéré complexe d'assurer une mise en oeuvre cohérente, en raison de capacités limitées pour mener des évaluations et déterminer les priorités dans certains établissements. En outre, les lavabos et les robinets étaient fréquemment endommagés par les utilisatrices et utilisateurs. Sur la base des constatations, l'OMS a soutenu le Ministère de la santé en proposant un module de formation à l'exploitation et à la maintenance pour le personnel des établissements de santé, ainsi qu'une boîte à outils pour aider les établissements à résoudre les problèmes de plomberie plus rapidement et plus facilement.



© OMS/Arabella Hayter. Une équipe WASH FIT discute des résultats de l'évaluation dans un hôpital de district au Mali.

L'outil WASH FIT a été adapté pour le contexte de Gaza, **dans le Territoire palestinien occupé**, à l'aide d'une évaluation simplifiée composée de 27 questions (comme convenu par le Groupe WASH). Il est à noter une adaptation importante : l'inclusion du nombre de personnes hébergées dans un établissement dans le nombre total de patientes et patients, ce qui influence considérablement les

exigences en matière de quantité d'eau et de latrines. Les problèmes les plus fréquents étaient les suivants : la qualité de l'eau dans les hôpitaux, l'assainissement (en raison de la surpopulation), la qualité médiocre du nettoyage et de la désinfection de l'environnement en raison d'un manque de fournitures, l'élimination des déchets et l'interruption générale des services courants. Le vol de robinets et la dégradation des lavabos dédiés au lavage des mains étaient également des actes fréquents.

Les conflits en cours et l'instabilité sociopolitique constituent un défi pour la mise en oeuvre de l'outil WASH FIT au Sahel, en particulier au **Burkina Faso**, au **Mali**, au **Niger** et au **Tchad**. Certains établissements sont hors de portée du personnel du Ministère de la santé, de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres partenaires de mise en oeuvre, ce qui rend difficiles la mise en place d'améliorations, l'apport d'un soutien continu et le suivi des progrès au fil du temps. Au **Tchad**, l'instabilité persistante (et les

changements climatiques) a entraîné un afflux de réfugiées et réfugiés vers de nouvelles zones dans l'Est et le Sud du pays et autour du lac Tchad, ce qui a pour effet de détourner l'attention du renforcement des systèmes et de rediriger les ressources limitées disponibles vers l'intervention d'urgence.

Au **Niger**, l'IRC et World Vision ont soutenu les améliorations WASH FIT dans 15 établissements, mais ont constaté que trois établissements n'étaient pas accessibles en raison du conflit et de l'insécurité en cours. Bien que le personnel de ces établissements ait bénéficié d'un renforcement des capacités et reçu des fournitures, il n'a pas été possible d'effectuer des évaluations et un suivi, et donc de constater l'utilisation effective de l'outil WASH FIT. Les établissements qui utilisent WASH FIT ont appliqué l'outil à des niveaux de qualité variables, car ils sont ralentis par le roulement des fonctionnaires, affectés à d'autres districts ou régions. WASH FIT est en phase d'intensification, sous la direction du Ministère de la santé : le nombre de partenaires de soutien intéressés est croissant et le nombre de membres du groupe de travail technique WASH FIT est passé de 10 à 20.



Liban : utilisation de l'outil WASH FIT pour évaluer et améliorer les centres de traitement du choléra

Au **Liban**, trois versions de l'outil d'évaluation WASH FIT ont été développées pour les établissements de soins de santé primaires, les dispensaires et les hôpitaux, et approuvées par le Ministère de la santé. Huit personnels désignés ont ensuite mené des évaluations dans 463 établissements de santé, dont 31 établissements hospitaliers publics, 289 établissements de soins de santé primaires et 143 dispensaires. Une entreprise a été mandatée pour échantillonner et analyser l'eau des établissements sélectionnés afin de détecter la présence de chlore libre, d'*E. coli* et de coliformes totaux.

Parmi les établissements de soins de santé primaires évalués, 50 établissements situés dans des zones à haut risque de choléra ont été pris en compte. Ceux ayant obtenu les scores WASH FIT les plus bas ont été classés en priorité pour les améliorations WASH, et un devis avec une estimation du coût des améliorations a été préparé dans 16 établissements hautement prioritaires. Sur la base de ces résultats et du budget disponible, 12 établissements de soins de santé primaires ont ensuite été sélectionnés en vue d'améliorations WASH, au profit de plus de 180 000 Libanais et Syriens qui ont accès à ces infrastructures.

Les améliorations comprenaient : i) l'installation de nouvelles unités de traitement des eaux pour fournir de l'eau potable saine et propre dans l'établissement ; ii) la réhabilitation et/ou la construction de toilettes (y compris l'usure sanitaire, le carrelage, la peinture, la tuyauterie et les accessoires) afin de garantir la disponibilité de toilettes non mixtes, de toilettes adaptées aux personnes handicapées et de toilettes dédiées au personnel ; iii) la réhabilitation et/ou la construction de stations de lavage des mains dans les lieux de soins (c'est-à-dire les salles de consultation) lorsque cela est possible ; et iv) l'installation d'unités de refroidissement pour un stockage adéquat des déchets infectieux, les réparations et les installations électriques, et l'installation d'une usine de traitement des eaux usées pour un établissement de soins de santé primaires.



© OMS/Tom Vierusgeneral. Partie de l'hôpital rural de Wainibokasi situé près de Nausori. Fidji.

4.7 Évaluation des résultats et des avantages perçus de l'outil WASH FIT

Quarante-cinq pour cent des pays ayant répondu à l'enquête ont déclaré qu'ils n'avaient pas effectué d'évaluation des résultats et des effets de l'outil WASH FIT, ce qui signifie que la disponibilité de données sur l'efficacité de ce dernier est limitée. Outre les ressources limitées pour la collecte des données, la raison pourrait en être que l'outil n'a été mis en œuvre que pour une courte période. Six pays (**Fidji, Indonésie, Kenya, Ouganda, République démocratique populaire lao, Vanuatu**) ont indiqué qu'ils prévoyaient de procéder à une évaluation. Ces constatations sont conformes à une revue réalisée par l'Institut de l'eau de l'Université de Caroline du Nord, qui a examiné toutes les données probantes publiées et disponibles sur WASH FIT et a constaté que les résultats publiés étaient peu nombreux (voir Encadré 4).

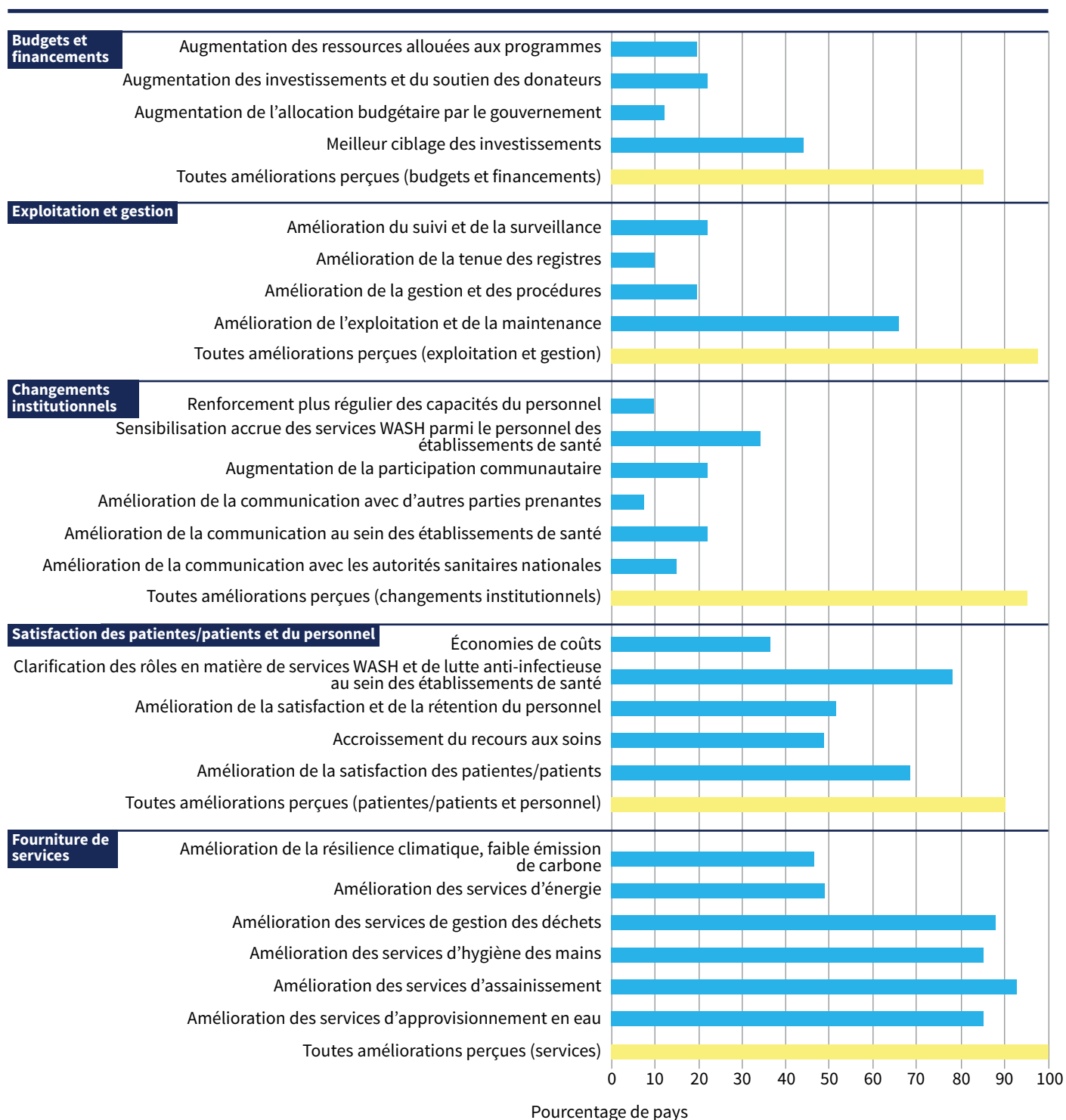
Encadré 4

Une revue réalisée en 2024 par l'Institut de l'eau de l'Université de Caroline du Nord a examiné l'efficacité de WASH FIT et a révélé que l'outil améliorerait de façon plausible les niveaux de service WASH, mais les données probantes étaient faibles et insuffisantes pour évaluer les incidences sur la santé en aval. Cependant, cette revue reposait sur le nombre limité de données probantes publiées et disponibles (25).

Sur les 24 études incluses dans la revue, 10 études ont indiqué que WASH FIT avait contribué à des changements de politique ou avait orienté les décisions gouvernementales relatives à l'intensification de l'outil. Quatre études ont révélé que la mise en œuvre de WASH FIT a contribué à améliorer la collaboration avec les entités publiques. Sept études ont rapporté que l'outil WASH FIT a permis de justifier les budgets alloués aux services WASH. Douze études ont également relevé des améliorations de la sécurité au travail ou en matière de connaissances, d'attitudes ou de pratiques du personnel de santé, des patientes et patients ou des membres de la communauté. La plupart de ces changements ont été signalés de manière qualitative au moyen d'entretiens ou d'observations. Enfin, quatre études ont indiqué que WASH FIT avait contribué à améliorer la participation communautaire, en créant de nouvelles voies et incitations pour les personnels de santé à s'engager auprès des membres de la communauté.

Toujours est-il qu'une très grande majorité des personnes ayant répondu à l'enquête ont ressenti que WASH FIT avait eu des effets positifs. Cent pour cent d'entre elles pensaient que l'outil avait amélioré la prestation de services, 98 % l'efficacité opérationnelle et la gestion, 90 % la satisfaction des patientes et patients et du personnel et 85 % la précision du ciblage des investissements en faveur des services WASH au sein des établissements de santé (voir Figure 5). Les personnels de santé et, en particulier, le personnel auxiliaire de santé au **Malawi**, au **Népal** (voir l'étude de cas) et au **Togo** sont également mieux sensibilisés aux facteurs de risque et à l'importance des services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène pour la qualité des soins. Au **Viet Nam**, grâce à l'outil WASH FIT, les établissements ont abordé et amélioré la résilience climatique.

Figure 5. Améliorations perçues grâce à WASH FIT



Étude de cas

Népal : motivation du personnel de nettoyage et évaluation des résultats de l'outil WASH FIT

Au Népal, grâce à WASH FIT, la motivation des personnels de nettoyage pour leurs tâches s'est accrue. Le fait de faire partie du comité WASH FIT a accordé aux personnels de nettoyage (connus localement sous le nom de *Karyalaya Sahayogi*) un rôle officiel dans le processus de prise de décision WASH au sein de l'établissement. Cette reconnaissance a non seulement validé leur rôle crucial, mais leur a également conféré un sens des responsabilités et de l'appropriation. Leur participation officielle à la prise de décision a également fait qu'ils se sont sentis respectés et considérés pour leurs contributions, ce qui n'était pas le cas auparavant. De plus, l'outil WASH FIT a offert une formation précieuse, qui a amélioré leurs compétences et leur confiance, tandis que l'amélioration des conditions a rendu leur environnement de travail plus agréable et efficace. D'autres commentaires montrent que l'intégration de nouveaux domaines (gestion de l'énergie, inclusion des genres et adaptation aux changements climatiques) dans WASH FIT 2.0 a considérablement enrichi le programme et ses résultats. Parmi les premiers enseignements tirés, mentionnons l'importance d'une source d'énergie fiable pour la continuité des opérations, les avantages des approches tenant compte des questions de genre pour obtenir des résultats équitables en matière de santé, ainsi que la nécessité de disposer d'infrastructures et de pratiques résilientes face aux changements climatiques et ce, en vue de garantir la durabilité. Ces ajouts ont contribué à des interventions WASH plus complètes et plus efficaces, ce qui a permis d'améliorer la santé et la sécurité dans les établissements de santé.



© OMS/Robic Upadhayay. Formation WASH FIT au poste de santé de Dhungrekhola.



© OMS/Robic Upadhayay. Un membre de l'équipe participe à une formation WASH FIT

« La formation m'a fait prendre conscience qu'il y a beaucoup d'améliorations à apporter dans mon établissement de santé. Je suis déterminée à travailler pour changer les choses. »

Témoignage d'une sage-femme auxiliaire, après avoir participé à une formation WASH FIT.

Une évaluation des projets WASH FIT dans trois pays (**Bénin, Mali, Népal**) par le SWSC (Swiss Water and Sanitation Consortium) a révélé que, grâce à son approche participative et à des indicateurs simples et faciles à comprendre, l'outil WASH FIT a permis la mise en place de registres de nettoyage structurés, de mécanismes de suivi, d'évaluations des besoins et des risques, de résultats clairs des plans de travail pour les opérations quotidiennes et futures, ainsi que des plans d'amélioration communiqués en termes simples et susceptibles d'être chiffrés. Tous ces éléments sont inestimables pour les actions de plaidoyer et la collecte de fonds. Il a été constaté que l'outil WASH FIT avait des effets positifs significatifs sur la propreté de l'environnement de travail, la motivation du personnel et la sécurité. Fait intéressant, les taux d'infection ont diminué et la fréquentation des patientes et patients a augmenté dans certains établissements. Cependant, aucune donnée de surveillance fiable n'était disponible pour le confirmer. Les personnes interrogées ont toujours été positives à propos du projet, tout comme les patientes et patients : « Les femmes préfèrent accoucher [ici dans un établissement de santé au Bénin], plutôt qu'à la maison. Un homme a fait un don au centre après l'accouchement de sa femme, parce qu'il était très heureux d'avoir accès au service. »

Facteurs susceptibles d'expliquer l'efficacité de l'outil WASH FIT	Obstacles à la durabilité
1. Approche participative avec une équipe inclusive	1. Sources de financement locales limitées : engagements budgétaires de longue durée
2. Indicateurs faciles à comprendre	2. Faible appropriation par les autorités locales
3. Production d'un plan de travail clair, hiérarchisé et structuré en vue d'améliorations futures	3. Pas d'adoption officielle de l'outil WASH FIT dans les politiques/directives nationales
4. Production d'un plan de travail clair et structuré pour les activités quotidiennes	4. Faible participation du personnel et de la communauté
5. Facilitation du chiffrage et de la budgétisation des plans d'amélioration	5. Rotation du personnel et perte de connaissances institutionnelles
6. Outil de plaidoyer simple et concret	

Source : Swiss Water and Sanitation Consortium (26)

La collaboration entre chaque établissement et les comités de santé communautaire pour convenir de la cible des investissements a surtout permis de garantir que les investissements étaient orientés sur les problèmes prioritaires au sein de chaque établissement, par exemple, la pose de carrelage dans les salles de soins afin de faciliter le nettoyage de l'environnement et d'en accroître l'efficacité. Lorsqu'un établissement a donné la priorité à l'amélioration de son score WASH FIT plutôt qu'à des besoins spécifiques et identifiés, les fonds n'ont pas nécessairement été utilisés de manière efficace. C'est le cas, par exemple, de l'installation d'un filtre à sable biologique dans un établissement au **Népal**, où les recherches ont été insuffisantes et n'ont pas permis de confirmer si ce type de filtre était nécessaire. De plus, presque toutes les toilettes adaptées aux personnes handicapées et installées étaient axées sur le manque de mobilité physique ; toutefois, avec un investissement minimal, elles auraient pu être adaptées aux personnes malvoyantes ou à celles qui présentent une déficience auditive.



Burkina Faso : évaluation de WASH FIT

Le **Burkina Faso**, avec l'appui financier de l'UNICEF, a commencé à mettre en œuvre l'outil WASH FIT dans 43 établissements en 2020-2022, et a mené une évaluation pour déterminer ses résultats deux ans plus tard. Les établissements de santé ont réalisé des évaluations des services WASH à l'aide d'une collecte de données numériques sur KoboToolbox et ont apporté ultérieurement des améliorations à l'infrastructure. L'évaluation était axée sur les effets de l'outil WASH FIT et sur les enseignements tirés de l'expérience, qui permettraient à l'UNICEF et à d'autres acteurs WASH de mieux reproduire le modèle dans différentes régions du pays. Au cours de l'évaluation, les établissements ont signalé une amélioration globale moyenne de leur score WASH FIT de 34 % (35 % pour l'approvisionnement en eau, 29 % pour l'assainissement, 33 % pour l'hygiène des mains et 32 % pour la gestion de l'établissement). Le succès de l'outil a été attribué à de multiples facteurs. L'outil s'inscrit parfaitement dans les objectifs stratégiques du Programme national d'approvisionnement en eau potable (2016-2030) et du Programme national d'assainissement des eaux usées et des excréta (2016-2030), qui représentent le cadre programmatique de toutes les interventions en matière d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement en milieu urbain et rural au Burkina Faso. La mobilisation du personnel des établissements, des membres de la communauté et des autorités locales du district aux fins de l'élaboration du plan d'amélioration s'est également avérée utile. Les responsables d'établissement se sont engagés davantage à maintenir les services (lorsque les ressources le permettaient) et les parties prenantes locales (municipalités, groupes communautaires et comités WASH FIT) ont soutenu plus activement les établissements pour apporter des améliorations. Les supports IEC (information, éducation, communication) utilisés dans le cadre du processus ont motivé les personnels de santé et les communautés à améliorer l'hygiène dans les établissements de santé, ce qui a eu un effet positif sur les pratiques WASH dans les ménages. Parmi les facteurs qui ont entravé les performances, on peut citer la détérioration de la situation en matière de sécurité et le mauvais choix de la période d'intervention (lors de pluies violentes et torrentielles), avec pour conséquences l'inaccessibilité de certaines localités, les retards dans l'exécution des activités et le manque de ressources financières (entraînant la défaillance des infrastructures, l'inachèvement de certaines activités prévues dans les plans d'amélioration et l'incapacité de payer le nettoyage, l'exploitation et la maintenance). Le délabrement de certains bâtiments, associé à l'absence de clôtures autour de certaines installations, a augmenté le risque de vandalisme et d'insécurité des personnes et des biens, ce qui signifie que les améliorations étaient moins durables dans ces cas. Les stratégies visant à accroître le taux de réussite à l'avenir comprennent de meilleurs mécanismes de financement endogène des plans d'amélioration, une plus grande participation communautaire, le renforcement des capacités des parties prenantes, la mise en place des municipalités au cœur du processus WASH FIT et l'amplification de leur rôle de direction dans la gestion des établissements. Enfin, la prise en compte du genre et de l'équité à toutes les étapes permettra de pérenniser les résultats. Dans l'ensemble, l'outil WASH FIT a été bien accueilli et considéré comme une réussite.

4.8 Principaux défis de la mise en œuvre

De loin, l'obstacle à la mise en œuvre le plus cité était le financement limité de l'outil WASH FIT (n = 17, 35 %), y compris une dépendance excessive (ou une dépendance totale) à l'égard du financement des donateurs et un manque de fonds locaux. Viennent ensuite le manque d'adhésion et de direction du gouvernement (n = 11), les capacités techniques limitées (analphabétisme, capacité limitée du personnel, outil trop complexe, absence de soutien continu) (n = 9), la réticence du personnel des établissements, y compris de la haute direction, à s'engager (n = 7) et la rotation du personnel (n = 1). Le manque de collaboration entre les différentes parties prenantes et les rôles et responsabilités mal définis ont été cités comme des défis dans cinq pays.

Les défis liés au financement sont nombreux, comme l'ont reconnu 24 pays (50 %). Des fonds sont nécessaires à la fois pour lancer le processus WASH FIT et pour apporter et maintenir des améliorations. Il est généralement difficile de trouver des financements pour acheter des fournitures et des matériaux liés aux services WASH et de gestion des déchets (par exemple, des autoclaves, des poubelles, des destructeurs d'aiguilles, des produits de nettoyage) ou même pour apporter de petites améliorations aux infrastructures (par exemple, des améliorations du système d'approvisionnement en eau ou du stockage de l'eau, la construction d'un bâtiment de stockage des déchets ou des modifications pour rendre les toilettes plus accessibles au personnel, aux patientes et patients et aux personnes à mobilité réduite). Une grande partie du financement public est consacrée au personnel, ce qui laisse peu de marge pour les réparations et les améliorations. Une bureaucratie complexe peut également rendre difficile le déblocage des fonds au moment où ils sont nécessaires, même lorsqu'ils sont disponibles. Les gouvernements à l'échelle fédérale et provinciale doivent disposer d'un budget dédié dans le cadre de leur planification annuelle et permettre aux administrations locales d'accéder aux ressources. En l'absence de coordination nationale des activités WASH FIT entre les partenaires, les déficits de financement ne sont pas comblés de manière cohérente, ce qui constitue un défi supplémentaire.

Parmi les autres obstacles, mentionnons les difficultés d'accès aux établissements en raison de situations difficiles en matière de sécurité ou de flambées épidémiques (n = 4), ou encore pour des raisons géographiques lorsque les établissements sont dispersés sur de grandes distances ou plusieurs îles, ce qui les rend difficiles d'accès (n = 2). Là où les pays traversent des périodes d'insécurité, de conflit et de guerre, l'outil WASH FIT a subi les priorités gouvernementales concurrentes. L'absence de normes et de politiques nationales (n = 3) et d'un cadre juridique ou d'un mandat pour l'outil (n = 2) a également posé des problèmes. Dans deux pays, d'autres approches à l'échelle des établissements fonctionnent en parallèle, ce qui a entraîné une adhésion limitée à l'outil WASH FIT.

En **République démocratique du Congo**, des approches parallèles (c'est-à-dire différents outils d'amélioration à l'échelle des établissements) et un manque d'intérêt et d'information de la part des services publics ont empêché de poursuivre la mise en œuvre de WASH FIT. Au **Tchad**, l'un des premiers pays à avoir mis à l'essai l'outil WASH FIT, la mise en œuvre a cessé après la fin du financement du projet, à un moment où le système de santé du pays subissait de nouvelles pressions en raison des changements climatiques et de l'instabilité politique. Un manque de financement a également été cité par **les Maldives** et le **Togo**.

4.9 Limites des données

Les données utilisées dans cette analyse font état de plusieurs limites importantes. Premièrement, tous les pays qui ont utilisé WASH FIT (d'après les informations) n'ont pas participé à l'enquête, ce qui signifie que le nombre de pays communiquant des informations représente une sous-estimation de l'ampleur de la mise en oeuvre. Deuxièmement, bien qu'il ait été demandé à chaque pays de soumettre une réponse consolidée, certains pays ont transmis plusieurs entrées. Cet état de fait a conduit à certains écarts dans les données et suggère que la communication et la collaboration au niveau national ne sont pas optimales (et donc qu'il existe un manque d'institutionnalisation). Lorsque plusieurs réponses ont été soumises, bon nombre d'entre elles étaient contradictoires, avec des réponses différentes selon le type de répondante/répondant (c'est-à-dire, réponse à l'échelle gouvernementale ou non gouvernementale). Il est donc ardu de déterminer l'exactitude de certaines informations, malgré les tentatives de communiquer avec les répondantes et répondants pour vérification.

L'outil WASH FIT est conçu sous la forme d'un cadre flexible qu'il est possible d'adapter et de mettre en oeuvre en fonction du contexte national ou local, ce qui rend difficiles les comparaisons et les analyses entre pays. L'objectif primordial de WASH FIT est d'offrir un outil visant à aider les établissements à apporter des améliorations. Il n'est pas conçu pour générer des données ou des analyses mondiales. En outre, les publications relatives à WASH FIT sont relativement rares, et les rapports sur les programmes et les résultats sont incomplets et incohérents. L'analyse statistique des données n'a donc pas été possible. Les données de l'enquête ont été complétées par des informations et des études de cas provenant d'autres pays ; toutefois, ces pays supplémentaires n'ont été inclus dans aucune analyse quantitative, ce qui a ajouté un biais potentiel à ces calculs.

5 Recommandations

L'adoption de WASH FIT continue de croître dans toutes les régions. Un nombre croissant de pays l'adaptent et l'adoptent comme mécanisme approuvé au niveau national pour améliorer la qualité des soins grâce aux services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène. Cela étant dit, nombre de lacunes et défis subsistent, comme le souligne le présent document à différents endroits. Voici quelques recommandations en réponse aux enjeux identifiés.

Institutionnalisation

D'une manière générale, il est clairement nécessaire d'améliorer l'institutionnalisation pour garantir que toutes les parties prenantes utilisent une approche commune, fondée sur un ensemble d'indicateurs validés au niveau national. L'analyse des risques et la hiérarchisation des améliorations soutiennent les processus de planification du secteur de la santé et des gouvernements locaux. Ces processus doivent, à leur tour, être associés à un financement constant et à long terme de l'outil WASH FIT et des améliorations des services WASH. À l'échelle nationale, et en tant qu'exigence élémentaire, il convient que l'outil soit aligné sur les normes nationales et les programmes existants, et validé par le Ministère de la santé, avec des rôles et des responsabilités clairement définis pour toutes les parties prenantes (gouvernements locaux et nationaux, partenaires, personnels de santé). Ces actions peuvent être prises en charge par un groupe de travail technique national WASH FIT ou dans le cadre d'un groupe plus large responsable des services WASH ou de l'amélioration de la qualité. Une personne de référence WASH FIT au niveau national et local peut également contribuer à consolider les progrès. L'outil WASH FIT ne peut être intégré durablement sans que les gouvernements et les autorités sanitaires ne soutiennent la formation continue du personnel et ne financent l'exploitation et la maintenance des infrastructures par la voie du processus budgétaire municipal.

Formation professionnelle

La capacité et la durabilité de WASH FIT seront considérablement améliorées grâce à un programme de formation professionnelle. Il convient que les professionnels de la santé publique au niveau local soient formés en tant que formatrices et formateurs certifiés WASH FIT et que le programme soit institutionnalisé au moyen d'une incorporation à un processus de formation continue. Il devrait faire partie du mandat des autorités sanitaires locales et donc être lié à la législation et à la réglementation. Il convient que la formation soit accompagnée de visites de supervision ou de mentorat dans les établissements de santé pour faciliter l'évaluation des services WASH, l'identification des besoins, l'élaboration de plans d'amélioration et le suivi des progrès. Le taux de rotation du personnel dans le domaine des soins de santé est souvent élevé. Il est donc important de disposer d'un programme professionnel établi, avec un élément d'intégration pour le nouveau personnel et un perfectionnement

professionnel régulier pour l'ensemble du personnel. Ce programme est déjà en place dans plusieurs pays, mais il est nécessaire de le généraliser.

Monitoring

Il est important de surveiller et d'examiner régulièrement la mise en oeuvre de l'outil WASH FIT, afin de poursuivre les efforts et d'ajuster la trajectoire. Il s'agit notamment de diffuser auprès des décideurs infranationaux et nationaux et de manière régulière des données WASH FIT issues des établissements. Les outils de collecte et de visualisation des données en ligne sont susceptibles de simplifier et d'automatiser ce processus. La visualisation des données est également un moyen puissant de hiérarchiser l'allocation des ressources. Il existe des outils en ligne qu'il est possible d'exploiter avec relativement peu de ressources et des compétences techniques limitées. Il est nécessaire de rendre compte de manière plus transparente de tous les indicateurs saisis dans les évaluations WASH FIT, en particulier pour le suivi et la surveillance à long terme après la mise en oeuvre des plans d'amélioration initiaux. Le fait de rendre les résultats des évaluations plus accessibles aux membres de la communauté, afin qu'ils comprennent les performances de l'établissement, peut également accroître la demande de meilleurs services, ainsi que la responsabilisation.

L'amélioration du suivi des principaux indicateurs d'impact, tels que les taux d'infection, permettra également d'enrichir la base de données probantes et d'augmenter la probabilité de nouveaux investissements. Il existe des possibilités à court terme d'améliorer les données probantes en rendant compte de manière plus exhaustive des évaluations WASH FIT et en exploitant les données relatives aux répercussions sur la santé au sein des systèmes d'information sanitaire. À long terme, les études expérimentales sont recommandées. Ces données probantes sont importantes pour garantir que les fonds investis dans la mise en oeuvre de l'outil WASH FIT sont utilisés efficacement, et que les possibilités d'adaptation et d'amélioration de WASH FIT se concrétisent pleinement à mesure que l'outil continue de croître du point de vue de son utilisation et de son influence.

Il est nécessaire d'utiliser davantage les outils numériques pour la collecte des données et la mise en oeuvre continue ; il faut en outre diffuser les expériences d'utilisation de ces outils. Ces outils permettent de collecter, de suivre et de diffuser les données en temps réel, mais une évaluation approfondie des besoins des utilisatrices et utilisateurs, de la propriété des données et de la viabilité financière des outils numériques est essentielle. Les boucles de rétroaction numériques sont essentielles à l'amélioration continue, car elles permettent d'alimenter de nouvelles activités en informations relatives aux situations passées.

L'engagement communautaire

Des observations empiriques dans divers contextes démontrent qu'il est crucial de faire participer les équipes WASH FIT des établissements et la communauté locale pour que le processus WASH FIT soit couronné de succès. Une direction forte et dynamique de la part des gestionnaires et des responsables des comités de santé communautaire a montré des avantages évidents. Lorsque les hauts responsables ne s'engagent pas à adopter une approche collaborative et que le leadership communautaire est faible, les possibilités de plaider en faveur du financement sont beaucoup plus réduites. Les communautés peuvent vérifier où les besoins sont les plus importants et quelles améliorations seraient les plus bénéfiques, et garantissent ainsi que les précieuses ressources sont utilisées au mieux.

Financement

Le financement doit être planifié et inclure la participation intersectorielle et locale des municipalités. Le financement est essentiel au déploiement de l'outil, à l'amélioration des infrastructures et à l'exploitation et la maintenance continues. Les formations et les plans propres aux établissements nécessitent un budget réaliste, avec une priorité donnée aux investissements de grande valeur. Il s'agit également d'assurer un suivi régulier du budget ordinaire et des dépenses afin de mieux comprendre et de soutenir les besoins budgétaires, ainsi que des modèles de financement efficaces.

Intégration

Chaque étape du processus WASH FIT doit mobiliser des personnes avec une expertise et une représentation en matière de climat, genre, handicap et équité. Il est particulièrement important que les projets de plans d'amélioration WASH FIT soient examinés et commentés par différents groupes concernés – climat, genre, handicap, ethnies. Cette action garantira que l'outil WASH FIT aboutisse à des processus et des services qui soutiennent la résilience aux changements climatiques et la durabilité, l'équité, les droits humains et des services universels de qualité pour toutes et tous.

Il est important d'intégrer le programme WASH FIT à d'autres outils orientés santé et climat, de façon à parvenir à des approches plus globales et efficaces, et à réduire la charge administrative. Lorsque d'autres outils sont utilisés à l'échelle de l'établissement (c'est-à-dire pour la lutte anti-infectieuse, les soins de santé primaires, le climat et la durabilité, la préparation aux situations d'urgence et la résilience), il convient que l'outil WASH FIT soit intégré aux activités et mécanismes existants en matière d'amélioration de la qualité. Cette intégration comprend des formations conjointes, des indicateurs réduits et alignés pour un suivi régulier, ainsi qu'une budgétisation intersectorielle.

Interventions d'urgence

En contexte d'urgence, les processus WASH FIT doivent être abrégés à l'aide d'une liste plus courte d'indicateurs essentiels, et les chevauchements avec les investissements dans la lutte anti-infectieuse et les infrastructures doivent être rendus plus explicites. WASH FIT est utilisé et est adapté pour une utilisation dans plusieurs contextes d'urgence humanitaire (par exemple, Cox's Bazar (**Bangladesh**), Gaza, **Irak**, **Ukraine**, **Yémen**), mais il s'adapte moins bien aux contextes de flambée épidémique, où des décisions doivent être prises rapidement, où les installations peuvent être temporaires et où la priorité est donnée à l'endiguement et à la maîtrise de la flambée. Il peut s'avérer grandement judicieux de collaborer avec des spécialistes de la logistique d'urgence, de la lutte anti-infectieuse, des produits de diagnostic et des vaccins (car les contextes d'urgence génèrent fréquemment des augmentations de déchets d'activités de soins) pour adapter l'approche.



6 Conclusion

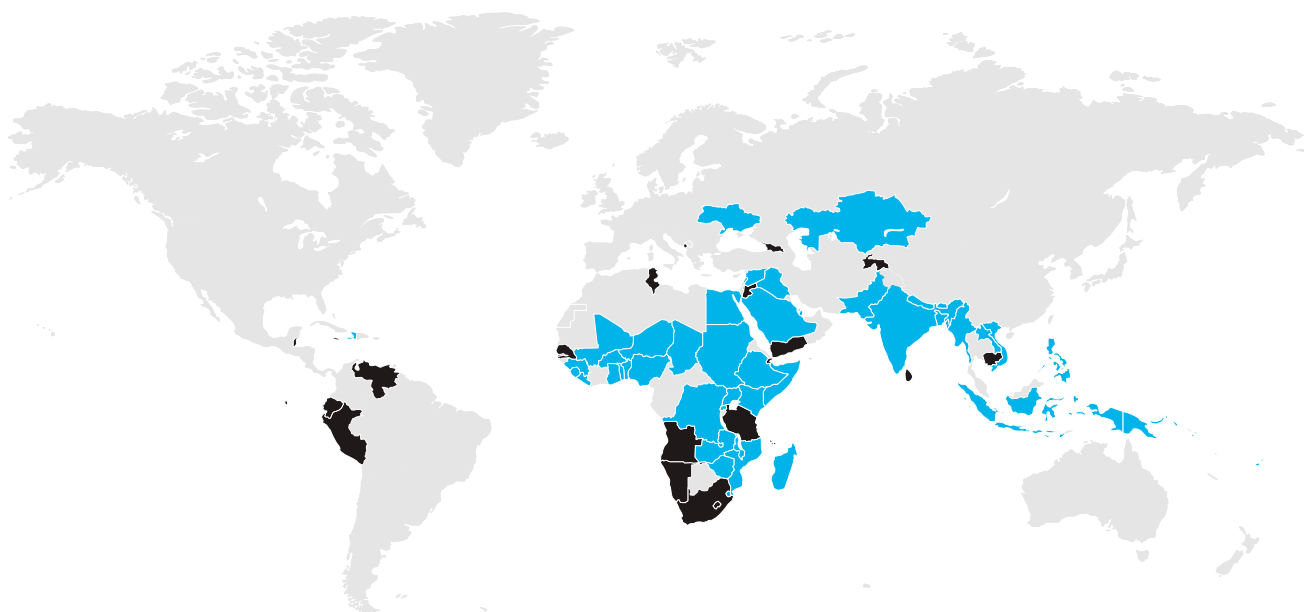
Il est urgent et primordial d'améliorer les services d'approvisionnement en eau, d'assainissement, d'hygiène et de gestion des déchets dans les établissements de santé. Comme l'a montré cette évaluation, l'approche WASH FIT fournit une méthodologie pertinente et facile à comprendre pour appliquer des améliorations progressives, fondées sur les risques. Il faut faire preuve de davantage de rigueur pour mieux cerner les processus qui soutiennent et entretiennent l'intensification de l'outil, ainsi que les avantages tangibles et perçus (y compris économiques) de ces efforts. Compte tenu des 71 pays utilisateurs de l'outil WASH FIT et d'une communauté mondiale grandissante familiarisée avec l'approche, le moment est venu de redoubler d'efforts en renforçant la documentation, la surveillance et l'intégration, parallèlement aux efforts connexes en matière de santé et de climat. Plus important encore, les utilisatrices et utilisateurs, les patientes et patients, leurs aidantes et aidants et le personnel des établissements de santé méritent et ont droit à des services WASH et de gestion des déchets sûrs et durables. Améliorer la manière et l'endroit où l'outil WASH FIT est mis en oeuvre et intégré à d'autres approches peut contribuer à combler cette lacune importante et à répondre à ce droit fondamental.

Références bibliographiques

1. Classification of fragile and conflict-affected situations. Washington, D.C.: World Bank Group; 2024 (<https://www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/brief/classification-of-fragile-and-conflict-affected-situations>).
2. Établissements de santé résilients face au changement climatique et écologiquement viables : orientations de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/338924>).
3. WASH in health care facilities 2023 data update: special focus on primary health care. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund; 2024 (<https://washdata.org/reports/jmp-2024-wash-hcf>).
4. Energizing health: accelerating electricity access in health-care facilities. Geneva: World Health Organization, World Bank, International Renewable Energy Agency & Sustainable Energy for All. 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/365657>).
5. Universal water, sanitation, hygiene, waste and electricity services in all health care facilities to achieve quality care: global framework for action 2024-2030. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund. 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/377776>).
6. Résolution A/78/L.14. Des services durables, sûrs et universels d'approvisionnement en eau, d'assainissement, d'hygiène, de traitement des déchets et d'électricité dans les établissements de santé. New York, Assemblée générale des Nations Unies ; 2023 (<https://documents.un.org/doc/undoc/ltd/n23/372/45/pdf/n2337245.pdf>).
7. Rickert, Bettina, Schmoll, Oliver, Rinehold, Angella & Barrenberg, Eva. Water safety plan: a field guide to improving drinking-water safety in small communities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<https://iris.who.int/handle/10665/329537>).
8. Planification de la gestion de la sécurité sanitaire de l'assainissement : manuel pour une utilisation et une élimination sûre des eaux usées, des excreta et des eaux ménagères. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/251457>).
9. Guidelines for drinking-water quality: fourth edition incorporating the first and second addenda, 4th ed., 1st add. and 2nd add. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/352532>).
10. Global status report on water safety plans: a review of proactive risk assessment and risk management practices to ensure the safety of drinking-water. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/255649>).
11. Outil d'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé (WASH FIT) : guide pratique pour l'amélioration de la qualité des soins grâce à de meilleurs services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé, 2e éd. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/376281>).
12. L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé : mesures pratiques pour instaurer l'accès universel à des soins de qualité. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329521>).
13. Résolution WHA72.7. Eau, assainissement et hygiène dans les établissements de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R7-fr.pdf).
14. WASH FIT : manual for trainers. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/353805>).
15. Alat za unapređenje vodosnabdijevanja i sanitacije u zdravstvenim ustanovama (WASH FIT): Praktični vodič za unapređenje kvaliteta njege kroz vodosnabdijevanje, sanitaciju i higijenu u zdravstvenim ustanovama. Drugo izdanje [Guide WASH FIT, traduit en monténégrin]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.washinhcf.org/resource/wash-fit-guide-montenegrin/>).

16. Outil d'analyse du coût du cycle de vie de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé. Dans : WaterAid/WASH Matters [site web]. Londres : WaterAid ; 2023 (<https://washmatters.wateraid.org/publications/improving-water-sanitation-and-hygiene-sustainability-with-life-cycle-costing>, consulté le 12 septembre 2024).
17. Guidelines of water and sanitation for health facility improvement tool (WASH FIT): a practical guide for the use of hospitals and other health facilities. Manila: Republic of the Philippines Department of Health; 2023 (https://www.washinhcf.org/wp-content/uploads/2023/07/Guidelines-of-WASH-FIT_Philippine-Version.pdf).
18. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/330080>).
19. Outil d'évaluation des exigences minimales pour les programmes de lutte anti-infectieuse au niveau national. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/fr/publications/m/item/assessment-tool-of-the-minimum-requirements-for-infection-prevention-and-control-programmes-at-the-national-level>).
20. Lignes directrices sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections au niveau national et au niveau des établissements de soins de courte durée. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/272850>).
21. Global action plan and monitoring framework on infection prevention and control (IPC), 2024-2030. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control/draft-global-action-plan-and-monitoring-framework-on-ipc>).
22. Hand hygiene self-assessment framework. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://www.who.int/publications/m/item/hand-hygiene-self-assessment-framework-2010>).
23. Infection prevention and control assessment framework at the facility level. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/330072>).
24. World Bank, Government of Ukraine, European Union, United Nations. Ukraine: Third Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA3): February 2022-December 2023. Washington, D.C.: World Bank Group; 2024 (<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099021324115085807/p1801741bea12c012189ca16d95d8c2556a>).
25. Lineberger H, Cronk R, Kpodzro S, Salzberg A, Anderson D. Does WASH FIT improve water, sanitation, and hygiene and related health impacts in healthcare facilities? A systematic review. *medRxiv*. 2024 (<https://doi.org/10.1101/2024.04.05.24305396>).
26. Purchas H, Sandison P, Adhikari A, Caussanel S. An evaluation of the Swiss Water and Sanitation Consortium (SWSC) signature approach of WASH FIT in healthcare facilities. London: Oxfam; 2023 (<https://waterconsortium.ch/wp-content/uploads/2023/10/WASH-FIT-Evaluation-Final-Report-EN-Aug-2023.pdf>).

Annexe 1 : Pays et territoires ayant dispensé une formation ou mis en œuvre l'outil WASH FIT



Selon les données, les

71 pays et territoires

suivants utilisent ou ont utilisé WASH FIT. Les pays en caractères gras ont répondu à l'enquête et ont été inclus dans l'analyse quantitative présentée dans ce rapport. Selon les pays et territoires, il existe des variations du degré de mise en œuvre : certains n'ont organisé que des formations, tandis que d'autres ont accompli une mise en œuvre à petite échelle ou des projets pilotes, ou encore une mise en œuvre à grande échelle.

Afrique du Sud, Angola, **Arabie saoudite**, **Bahreïn**, **Bangladesh**, Belize, **Bénin**, **Bhoutan**, **Burkina Faso**, Cambodge, Comores, Djibouti, **Égypte**, Équateur, **Eswatini**, **Éthiopie**, **Fidji**, Gambie, Géorgie, **Ghana**, **Guinée**, **Haïti**, **Inde**, **Indonésie**, **Irak**, Jamaïque, Jordanie, **Kazakhstan**, **Kenya**, Lesotho, **Liban**, **Libéria**, **Madagascar**, **Malawi**, **Maldives**, **Mali**, Monténégro, **Mozambique**, **Myanmar**, Namibie, **Népal**, **Niger**, **Nigéria**, **Ouganda**, **Pakistan**, **Papouasie-Nouvelle-Guinée**, Pérou, **Philippines**, **Qatar**, **République arabe syrienne**, **République démocratique du Congo**, **République démocratique populaire lao**, République-Unie de Tanzanie, **Rwanda**, Sénégal, **Sierra Leone**, **Somalie**, **Soudan**, Sri Lanka, Tadjikistan, **Tchad**, **Territoire palestinien occupé**, **Togo**, Tunisie, **Ukraine**, **Vanuatu**, Venezuela (République bolivarienne du), **Viet Nam**, Yémen, **Zambie**, **Zimbabwe**.

Annexe 2 : Questionnaire d'enquête

Un exemplaire de l'enquête est disponible ci-après. L'enquête originale a été soumise à l'aide d'un formulaire en ligne et, par conséquent, l'apparence et l'accessibilité étaient différentes de la version présentée ici.

A. Informations de base

1. Pays
2. Nom
3. Courriel
4. Organisation
5. Pour quel type d'organisation ou d'agence travaillez-vous ?
 - a. Nationale
 - b. Gouvernement étatique/infranational
 - c. Autorité municipale
 - d. Bureau de pays de l'OMS
 - e. Bureau de pays de l'UNICEF
 - f. Organisation non gouvernementale/société civile
 - g. Autre
6. Fonction au sein de l'organisation
7. À quel stade du processus WASH FIT en êtes-vous ?
 - a. Aucune action n'a été menée (aucune formation n'a été dispensée) mais il est prévu d'utiliser l'outil WASH FIT
 - b. Formation dispensée, mais la mise en oeuvre n'a pas encore commencé
 - c. La mise en oeuvre de WASH FIT a débuté
8. Si vous n'avez pas encore commencé à utiliser WASH FIT, veuillez fournir une brève description de la façon dont vous avez l'intention d'utiliser l'outil. Tenir compte de la formation, de la portée de la mise en oeuvre (nombre d'établissements), du calendrier des activités proposées, des modalités d'adaptation de WASH FIT à votre contexte, etc.

B. Formation

9. Combien de fois la formation WASH FIT a-t-elle eu lieu ?
 - a. Jamais
 - b. 1 à 2 fois
 - c. 3 fois ou plus

10. Le manuel et les modules de formation de l'OMS et de l'UNICEF ont-ils été utilisés pour les formations ?
11. Qu'avez-vous apprécié au sujet de ces supports ?
12. Quelles lacunes avez-vous relevées et quels sujets aimeriez-vous voir dans les futurs supports de formation ?
13. Qui est responsable de la formation à chaque niveau (national/infranational/établissement) et comment la formation est-elle dispensée entre ces niveaux (cascade) ?
14. Parmi les groupes suivants, lesquels ont reçu une formation ?
 - a. Cadres d'établissements de santé
 - b. Personnel chargé de la planification et des programmes
 - c. Personnel de santé/personnel clinicien (p. ex. personnel médical, personnel infirmier)
 - d. Personnel non clinique (par exemple, personnel de nettoyage, de gestion des déchets)
 - e. Personnel d'organisations non gouvernementales et communautaires
 - f. Autre
15. L'outil WASH FIT a-t-il été inclus dans le programme national de formation des autorités sanitaires et des personnels de santé ?
16. Avez-vous débuté la mise en oeuvre de WASH FIT ?
17. Si vous avez dispensé une formation, mais que vous n'avez pas encore commencé la mise en oeuvre, veuillez décrire les prochaines étapes.

C. Portée de la mise en oeuvre de l'outil wash fit

18. En quelle année la mise en oeuvre a-t-elle commencé ?
19. La mise en oeuvre de WASH FIT est-elle en cours ? *Remarque : pour que la mise en oeuvre soit considérée « en cours », les établissements doivent régulièrement effectuer des évaluations et apporter des améliorations, ou encore des plans concrets existent à cette fin.*
20. Sinon, en quelle année la mise en oeuvre de WASH FIT a-t-elle cessé ?
21. Pour quelles raisons ?
22. Quels types d'établissement ont mis en place WASH FIT ?
 - a. Établissement de soins primaires
 - b. Établissement hospitalier
 - c. Installation temporaire/mobile/de camp
 - d. Autre
23. Parmi les structures suivantes, combien ont mis en place WASH FIT ?
 - a. Établissement de soins primaires :
 - b. Établissement hospitalier :
 - c. Installation temporaire/mobile/de camp
 - d. Autre
24. Au total, combien sont des établissements ruraux ?
25. Au total, combien sont des établissements privés ?
26. Globalement, comment WASH FIT est-il déployé ? Sélectionnez toutes les réponses applicables.

- a. Déploiement à l'échelle nationale, piloté par les pouvoirs publics
 - b. Déploiement dans certaines régions, piloté par les pouvoirs publics
 - c. Projet pilote à petite échelle, piloté par les pouvoirs publics
 - d. Déploiement piloté par des partenaires
 - e. Autre
27. Veuillez énumérer toutes les organisations ou institutions participant au processus WASH FIT et décrire les modalités de coordination.
28. Les indicateurs d'évaluation WASH FIT ont-ils été adaptés au contexte local/au pays ?
29. Si oui, cette évaluation WASH FIT est-elle validée par le Ministère de la santé ?
30. Le déploiement de WASH FIT couvre-t-il les sept domaines ? (eau, assainissement, hygiène des mains, déchets d'activités de soins, nettoyage, électricité et gestion)
31. Si ce n'est pas le cas, veuillez indiquer les domaines couverts par le déploiement de WASH FIT :
32. Le déploiement de WASH FIT est-il axé sur un thème particulier ? Sélectionnez toutes les réponses applicables.
- a. Résilience climatique et durabilité
 - b. Égalité des genres, handicap et inclusion sociale (approche GEDSI)
 - c. Urgences
 - d. Qualité des soins/Amélioration de la qualité
 - e. Intégration à d'autres programmes de santé (par exemple, lutte anti-infectieuse/résistance aux antimicrobiens/sécurité des patients)
 - f. Autre

D. Dispositions et politiques institutionnelles

33. L'outil WASH FIT est-il officiellement approuvé par le Ministère de la santé dans le cadre des politiques/législations ? Veuillez spécifier les politiques et communiquer le lien ou téléchargez une copie.
34. Veuillez énumérer les politiques et législations applicables et inclure les liens, le cas échéant.
35. Existe-t-il, au sein du gouvernement, un centre de liaison national dédié à WASH FIT et aux services WASH dans les établissements de santé ?
36. L'outil WASH FIT fait-il partie d'une feuille de route ou d'une stratégie chiffrée en faveur des services WASH dans les établissements de santé ?

E. Données

37. Comment les équipes WASH FIT collectent-elles les données d'évaluation WASH FIT dans l'établissement ? Sélectionnez toutes les réponses applicables.
- a. Formulaire papier
 - b. Feuille de calcul Excel WASH FIT
 - c. Formulaire en ligne – KoboToolbox
 - d. Formulaire en ligne – mWater
 - e. Autre

38. Veuillez fournir un lien vers les outils de collecte de données en ligne, le cas échéant.
39. Les données WASH FIT issues de l'établissement sont-elles diffusées auprès des décideurs infranationaux et nationaux ?
40. Quelle est la fréquence de diffusion des résultats ?
- a. Annuelle
 - b. Semestrielle
 - c. Mensuelle
 - d. Autre
41. Dans le cadre de la prise de décision, comment les données WASH FIT sont-elles utilisées et par qui ? (p. ex., utilisées dans un examen de secteur, pour l'allocation des ressources)

F. Résultats de WASH FIT

42. Une évaluation de la mise en oeuvre de l'outil WASH FIT a-t-elle été menée ?
43. Veuillez fournir les liens vers les documents justificatifs applicables. *Tenir compte des études et rapports d'impact, des données (y compris avant et après la mise en oeuvre et les améliorations WASH FIT), des enquêtes de satisfaction auprès des utilisatrices et utilisateurs et du personnel.*
44. Sinon, veuillez fournir des informations sur la façon dont vous prévoyez ultérieurement de mesurer et de documenter les résultats de la mise en oeuvre de l'outil WASH FIT.
45. Parmi les résultats suivants, lesquels sont considérés comme des effets de la mise en oeuvre de l'outil WASH FIT ? Sélectionnez toutes les réponses applicables.

Services WASH, de gestion des déchets et d'électricité

- a. Amélioration des services d'approvisionnement en eau
- b. Amélioration des services d'assainissement
- c. Amélioration des services d'hygiène des mains
- d. Amélioration des services de gestion des déchets d'activités de soins au niveau de l'établissement
- e. Amélioration des services d'énergie
- f. Amélioration de la résilience aux changements climatiques, de la durabilité, passage à des technologies à faible émission de carbone

Satisfaction des patientes/patients et du personnel

- a. Amélioration de la satisfaction des patientes/patients
- b. Accroissement du recours aux soins
- c. Amélioration de la satisfaction et de la rétention du personnel
- d. Clarification des rôles et responsabilités pour les services WASH/la lutte anti-infectieuse
- e. Économies de coûts
- f. Autre

Changements institutionnels

- a. Amélioration de la communication et de la collaboration entre les différents programmes de santé à l'échelle nationale/infranationale
- b. Amélioration de la communication et de la collaboration entre la haute direction, les personnels de santé et le personnel de soutien à l'échelle de l'établissement

- c. Amélioration de la communication et de la collaboration avec d'autres parties prenantes (par exemple, organisme de santé local, organisme de développement)
- d. Amélioration des possibilités de dialogue entre les utilisatrices et utilisateurs/la communauté et la direction de l'établissement sur l'amélioration des services, y compris les conditions WASH
- e. Sensibilisation, connaissance et compréhension accrues de l'importance des services WASH parmi le personnel
- f. Des activités plus régulières de renforcement des capacités et de formation pour le personnel de santé
- g. Autre

Exploitation et gestion

- a. Amélioration de l'exploitation et de la maintenance des infrastructures WASH, de gestion des déchets et d'électricité
- b. Amélioration des procédures de gestion et d'exploitation dans les établissements de santé
- c. Amélioration de la tenue des registres des consommables WASH et de la gestion des fournitures
- d. Amélioration du suivi (exploitation et vérification) et de la surveillance
- e. Autre

Budgets et financements

- a. Meilleur ciblage des investissements par les établissements de santé/les autorités sanitaires nationales et infranationales pour répondre aux besoins clés ou définir des mesures à effet rapide
- b. Augmentation de l'allocation de fonds provenant du budget national/étatique/local
- c. Augmentation du soutien financier/des investissements des donateurs en matière d'améliorations à l'échelle du système
- d. Augmentation de l'allocation des ressources en faveur des programmes de soutien (par exemple, formation)
- e. Autre

46. Veuillez énumérer tout autre résultat non mentionné précédemment.

47. L'établissement a-t-il subi des aggravations à la suite de la mise en oeuvre de l'outil WASH FIT ? Si oui, veuillez donner des détails.

G. Budgétisation et financement

48. Comment l'outil WASH FIT est-il financé ? Sélectionnez toutes les réponses applicables.

- a. Fonds publics (Ministère de la santé ou autre)
- b. Donateur/partenaire
- c. Autre

49. Quel pourcentage des fonds provient de chacune des sources ci-dessus ?

50. Quels sont les défis rencontrés pour accéder aux fonds dédiés à la mise en oeuvre de WASH FIT ?

51. Quelles sont les données collectées sur le calcul des coûts de la mise en oeuvre de WASH FIT ?
Tenir compte de toutes les données relatives à la formation, au mentorat, aux consommables, à la mise à niveau des systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, à l'exploitation et à la maintenance.

52. Les données sur les coûts de l'outil WASH FIT et/ou le suivi des coûts et des besoins de financement ont-ils contribué à accroître l'attribution des ressources en faveur des services WASH de manière globale ?
53. Si oui, veuillez expliquer quelles données ont été utilisées, comment et d'où viennent les nouvelles ressources.

H. Défis et facteurs de facilitation

54. Quels ont été les principaux obstacles à la mise en oeuvre de l'outil WASH FIT ?
55. Quelles stratégies ont été utilisées pour éliminer ces obstacles ? *Exemple : recherche d'un soutien externe, discussion avec la haute direction au sujet des problèmes*
56. De quel soutien supplémentaire les établissements ont-ils besoin pour mettre en oeuvre avec succès l'outil WASH FIT ?

I. Autre

57. Veuillez inclure toute information supplémentaire, relative à WASH FIT, qui n'a pas été abordée précédemment.



Annexe 3 : Bibliographie complémentaire – Publications WASH FIT

Les publications suivantes sont présentées dans l'ordre chronologique.

1. Weber N, Martinsen AL, Sani A, Assigbley EKE, Azzouz C, Hayter A *et al.* Strengthening healthcare facilities through water, sanitation, and hygiene (WASH) improvements: a pilot evaluation of “WASH FIT” in Togo. *Health Secur.* 2018; 6 (1) (<https://doi.org/10.1089/hs.2018.0042>).
2. Weber N, Patrick M, Hayter A, Martinsen AL, Gelting R. A conceptual evaluation framework for the water and sanitation for health facility improvement tool (WASH FIT). *J. Water Sanit. Hyg. Dev.* 2019; 9 (2): 380–391 (<https://doi.org/10.2166/washdev.2019.090>).
3. Maina M, Tosas-Auguet O, McKnight J, Zosi M, Kimemia G, Mwaniki P. Extending the use of the World Health Organisations’ water sanitation and hygiene assessment tool for surveys in hospitals – from WASH-FIT to WASH-FAST. *PLoS ONE.* 2019; 14(12):e0226548 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226548>).
4. Maina M, Tosas-Auguet O, McKnight J, Zosi M, Kimemia G, Mwaniki P. Evaluating the foundations that help avert antimicrobial resistance: performance of essential water sanitation and hygiene functions in hospitals and requirements for action in Kenya. *PLoS ONE.* 2019; 14(10): e0222922 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222922>).
5. Ashinyo ME, Amegah KE, Dubik SD, Ntow-Kummi G, Adjei MK, Amponsah J *et al.* Evaluation of water, sanitation and hygiene status of COVID-19 healthcare facilities in Ghana using the WASH FIT approach. *J. Water Sanit. Hyg. Dev.* 2021; 11 (3): 398–404 (<https://doi.org/10.2166/washdev.2021.254>).
6. Hirai M, Nyamandi V, Siachema C, Shirihuru N, Dhoba L, Baggen A *et al.* Using the water and sanitation for health facility improvement tool (WASH FIT) in Zimbabwe: a cross-sectional study of water, sanitation and hygiene services in 50 COVID-19 isolation facilities. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021; 18(11):5641 (<https://doi.org/10.3390/ijerph18115641>).
7. Sehar B, Yaqoob M, Hanif A, Akhter AM, Gilani SA. Development of health care facilities in rural areas of District Bagh, Azad Jammu, and Kashmir: a study of the application of the WASH-FIT tool. *Journal of Sheikh Zayed Medical College (JSZMC).* 2022; 13(3); (<https://journalszmc.com/ojs/index.php/jszmc/article/view/235>).
8. Kabir A, Shahnewaz MM, Arif HM, Assefa WB, Haque BATMR, Hayter A *et al.* WASH FIT implementation in Rohingya camps in Cox’s Bazar Bangladesh – results after 1 year. *J. Water Sanit. Hyg. Dev.* 2023; 13(11): 866–874 (<https://doi.org/10.2166/washdev.2023.268>).
9. Lineberger H, Cronk R, Kpodzro S, Salzberg A, Anderson DM. Does WASH FIT improve water, sanitation, and hygiene and related health impacts in healthcare facilities? A systematic review. *medRxiv.* 2024 (<https://doi.org/10.1101/2024.04.05.24305396>).
10. Kpodzro S, Cronk R, Lineberger H, Lansing L, Anderson DM. Implementation and adaptation of WASH FIT in healthcare facilities: a systematic scoping review. *medRxiv.* 2024 (<https://doi.org/10.1101/2024.08.15.24312073>).

