



Analyse de la Redevabilité pour la Durabilité des Services WASH dans le Système de Santé

Au Mali, Bamako



Photo credit: Sophie Bruneau, 05.2016, Bamako.

REPORT

June 2016

Acronymes

ASACO	Associations de Santé Communautaire.
CAM	Convention d'Assistance Mutuelle.
CHU	Centre Hospitalier Universitaire.
CSCOM	Centre de Santé Communautaire.
CSREF	Centre de Santé de Référence.
DHPS	Division de l'Hygiène Publique et Salubrité.
DNACPN	Direction Nationale de l'Assainissement et du Contrôle des Pollutions et des Nuisances.
DNH	Direction Nationale de l'Hydraulique.
DNS	Direction Nationale de la Santé.
EPH	Etablissements Publics Hospitaliers.
FELASCOM	Fédération Locale des Associations de Santé Communautaires.
FERASCOM	Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaires.
IDH	Indice de Développement Humain.
MSHP	Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
ONG	Organisation Non Gouvernementale.
PDSC	Plans de Développement Sanitaire de Cercle.
PEV	Programme Elargi de Vaccination.
PIB	Produit Intérieur Brut.
PMA	Paquet Minimum d'Activités.
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement.
PO	Plan Opérationnel.
PRODESS	PROgramme de DEveloppement Sanitaire et Social.
ReCo	Relais Communautaires.
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence.
SR	Santé de la Reproduction.
UN	United Nations – Nations Unies.
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund.
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine.
WASH	Water, Sanitation and Hygiene.

Remerciements

Nous tenons à remercier particulièrement Mr Gaoussou Keita de la Direction Nationale de la Santé (DNS)/Division de l'Hygiène Publique et Salubrité (DHPS) et son équipe pour leur participation à la préparatoire et à l'atelier d'analyse de la redevabilité pour la durabilité des services WASH dans le système de santé.

Nous remercions aussi au niveau national la Direction Nationale de l'Hydraulique (DNH), la Direction Nationale de l'Assainissement et du Contrôle des Pollutions et des Nuisances (DNACPN), la Division des Etablissements Sanitaires et Réglementation (DESR), la Cellule de Planification et de Statistiques (CPS) du Secteur Santé, l'Association des Municipalités du Mali (AMM) et la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire du Mali (FENASCOM) pour leur participation active dans les débats.

De même, nous tenons à remercier les acteurs gouvernementaux des différents niveaux tels que la Direction Régionale de la Santé (DRS) de Koulikoro et les professionnels des CS Réf de Kangaba, Dioila et CSCOM de Figura-Tomo ; la DRS de Sikasso, les CS Réf de Kadiolo, Yorosso et le CSCOM de Kiffosso ; ainsi que la Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire (Ferascom).

La participation active des partenaires non gouvernementaux est aussi à souligner, notamment l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), BECEYA et Water AID.

Un remerciement est adressé à l'UNICEF au Mali pour le support dans le cadre de l'organisation de cet atelier.

Ce rapport a été élaboré par Sophie Bruneau, Consultante UNICEF, sous la supervision de Fabrice Fotso, Spécialiste WASH au Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale (WCARO), et les contributions de la section WASH de l'UNICEF au Mali et de Mr Gaoussou Keita de la DHPS.

I. Contexte du pays

A. Système de Santé

1. Contexte général et données démographiques/économiques

La politique sanitaire au Mali repose sur le principe des Soins de Santé Primaires et de l'Initiative de Bamako avec une organisation du système de santé sous forme pyramidale. Au cours de la dernière décennie, la couverture géographique du pays en infrastructures sanitaires de base s'est améliorée par la participation des structures privées et communautaires à travers la gestion des Centres de Santé Communautaires (CSCOM) par les Associations de Santé Communautaire (ASACO), mais elle reste encore insuffisante. La mise en place de la couverture universelle reste une préoccupation majeure pour les autorités maliennes, qui doit aussi faire face à plusieurs contraintes dont la pénurie de ressources humaines, le manque d'équipements et de moyens financiers¹.

Tableau 1: Données démographiques au Mali

Données clés	Valeurs
Superficie	1.241.238 km ²
Population totale	17,600,000 ³
Population âgée de moins de 15 ans	47% ⁴
Taux de fertilité	6.8 ⁵
Taux annuel de croissance démographique	2.8 (1990 – 2012) ⁶
Taux d'alphabétisation	33.4% (2008-2012) ⁷
Esperance de vie	58/58 ⁸
Classement sur l'IDH	179 ^e rang sur 188 pays ⁹

Tableau 2: Données économiques au Mali

Données clés	Valeurs
Revenu National brut	650\$ par habitant en 2014 ¹⁰
Taux de croissance	4.5% ¹¹
Dépenses totales consacrées à la santé par habitant	108\$ par habitant en 2014 ¹²
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB	6.9% du PIB en 2014 ¹³
Population vit sous le seuil de la pauvreté.	51% en 2010 ¹⁴

¹ http://www.who.int/profiles_information/index.php/Mali:Index?lang=fr

² Plan Stratégique National pour le Renforcement du Système de Santé (PSN/RSS) 2009-2015.

³ OMS. 2015. Mali. <http://www.who.int/countries/mli/en/>.

⁴ WHO. Mali Statistical WHO Profile. 2013. <http://www.who.int/gho/countries/mli.pdf?ua=1>.

⁵ WHO. Mali Statistical WHO Profile. 2013. <http://www.who.int/gho/countries/mli.pdf?ua=1>.

⁶ UNICEF. Statistiques 2013. http://www.unicef.org/french/infobycountry/mali_statistics.html.

⁷ UNICEF. Statistiques 2013. http://www.unicef.org/french/infobycountry/mali_statistics.html.

⁸ WHO. Mali Statistical WHO Profile 2015. http://www.unicef.org/french/infobycountry/mali_statistics.html.

⁹ UNDP. Rapport sur le Développement Humain 2015. Le travail au service du Développement.

¹⁰ Banque Mondiale. <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GNP.PCAP.CD>

¹¹ Banque mondiale <http://www.banquemondiale.org/fr/country/mali/overview.2016>

¹² OMS. 2014. Mali. <http://www.who.int/countries/mli/en/>.

¹³ OMS. 2014. Mali. <http://www.who.int/countries/mli/en/>.

¹⁴ <http://www.banquemondiale.org/fr/country/mali/overview.2016>

2. Organisation du système de santé

Le système de santé est structuré en 3 niveaux¹⁵ :

- **Le niveau central** (Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, Services centraux) chargé d'élaborer les éléments de la politique nationale en matière de santé et d'en assurer l'exécution. Il assure la coordination et le contrôle technique des services décentralisés.
- **Le niveau régional** (service technique de région) est chargé d'appuyer et de contrôler les services techniques des cercles.
- **Le niveau subrégional** (service technique de cercles) élaborent les Plans de Développement Sanitaire de Cercle (PDSC), planifient et mettent en œuvre les actions, gèrent les ressources humaines et contrôlent les résultats des actions sur le terrain.

Le système de soins de santé est organisé en trois niveaux de prise en charge¹⁶ :

- **Le niveau opérationnel** qui comprend :
 - Les Centres de Santé Communautaire (CSCoM) qui fournissent un Paquet Minimum d'Activités (PMA) comprenant des activités curatives, préventives et promotionnelles; et constituent la porte d'entrée entre les populations et le système de santé.
 - Les Centres de Santé de Référence (CSRef.) qui assurent la prise en charge des cas référés du premier échelon.
- **Le niveau intermédiaire** : constitué de huit Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) à Kayes, Kati, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et l'hôpital Mère Enfant. Ils assurent le 2ème niveau de référence.
- **Le niveau central**: compte cinq Etablissements Publics Hospitaliers (CHU du Point G, CHU du Gabriel TOURE, IOTA, CHU-OS, Hôpital du Mali) qui constitue la 3ème référence.

3. Profil sanitaire

Les conditions sanitaires du Mali combinent des niveaux relativement élevés de mortalité infanto-juvénile, de malnutrition, de mortalité maternelle et de fécondité dans un contexte où la prévalence du VIH/SIDA (1.4%)¹⁷ est faible par rapport aux standards régionaux. Malgré une amélioration ces dernières années de la situation sanitaire de la population malienne, les tendances récentes de la mortalité n'ont pas permis d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en matière de santé.

Tableau 3: Estimation des indicateurs de mortalité au Mali

Taux de mortalité clés	Référence	Récente	Sources	Cible des OMD -2015
Enfants de moins de cinq ans (par 1000 naissances vivantes)	253 (1990)	128 (2012)	UNICEF	79
Infantile (par 1000 naissances vivantes)	46 (2006)	42 (2011)	OMS	47
Maternelle (par 100 000 naissances vivantes)	710 (2005)	550 (2013)	OMS	144

Le paludisme reste un problème de santé publique majeur au Mali; il est la première cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Un programme national de prévention du paludisme est en place depuis 1994 et le Ministère de la Santé a élaboré un plan stratégique pour la période 2013-2017¹⁸. Chez les enfants de moins de 5 ans, la malnutrition reste aussi préoccupante avec

¹⁵ MSHP. Système de Santé au Mali. Janvier 2014.

¹⁶ MSHP. Paquet minimum pour l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement dans les établissements de santé au Mali. Septembre 2015.

¹⁷ UNAIDS. <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mali>

¹⁸ WHO. L'eau, l'assainissement et l'hygiène et le trachome au Mali : analyse de la situation, priorités et prochaines étapes. Mai 2015.

une prévalence de la malnutrition aiguë globale de 10.4% et de la malnutrition chronique de 27,0%¹⁹. En 2012, le Mali a dû faire face à des épidémies de choléra, notamment dans la région de Gao (districts sanitaires de Gao et d'Ansongo) où 219 cas et 17 décès ont été enregistrés, soit un taux de létalité de 8,67%. En Mai 2013, le district sanitaire d'Ansongo a encore enregistré 22 cas de choléra dont 2 décès. Pour accompagner les autorités face à ces épidémies, les clusters Santé et WASH ont été mis en place.

B. Système de santé et secteur WASH

1. Organisation du secteur WASH

Le secteur WASH au Mali est fragmenté au sein de plusieurs Ministères et Directions:

- Le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (Direction Nationale de la Santé),
- Le Ministère de l'Environnement de l'Assainissement,
- Le Ministère du Développement Durable (Direction Nationale de l'assainissement, du contrôle de pollution et nuisance),
- Le Ministère de l'Énergie et de l'Eau (Direction nationale de l'hydraulique),
- Le Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation.

La surveillance de la qualité de l'eau relève de la responsabilité du Ministre de l'Énergie et de l'Eau et du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique. Elle est assurée par le Laboratoire national de la qualité de l'eau et le Laboratoire national de la santé.

Conformément à la Déclaration eThekwini de 2008²⁰, visant à accorder une place prioritaire à l'assainissement et à l'hygiène dans le programme de développement africain, le Mali s'est fixé pour cible l'accès universel à l'eau et à l'assainissement d'ici 2025, notamment dans les établissements de santé et a développé un Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR 2012-2017), qui considère l'eau et l'assainissement comme des secteurs prioritaires.

En termes de normes, politiques et stratégies nationales, plusieurs documents ont été adoptés tels que le Plan National d'Accès à l'Eau Potable – PNAEP (2004), le Code de l'eau (2006), la Politique nationale de l'eau (2006), la stratégie nationale de gestion des déchets liquides (2007), le Plan stratégique de prévention et de contrôle des infections associées aux soins (2011), le Plan national de gestion des déchets biomédicaux (2011-2015) et le Plan stratégique de promotion de pratiques hygiéniques à grands impacts dans le cadre de la réduction des maladies diarrhéiques (2011-2015). Il est cependant à noter que l'ensemble de ces textes adoptés mentionnent peu ou pas le WASH dans le cadre des établissements de santé. Néanmoins, en 2011, le MSHP a adopté le plan stratégique de prévention et de contrôle des infections associées aux soins dans les établissements de santé. Des manuels de formation sur les aspects techniques de WASH en milieu de soins ont aussi été développés.

2. Données WASH dans les structures de santé

- Données WASH dans les structures de santé au niveau global

Un rapport de l'OMS / UNICEF en 2015 a mis en évidence que sur 54 pays à revenu faible ou intermédiaire, représentant 66 101 installations, 38% des établissements de soins de santé ne disposent pas d'une source d'eau améliorée (l'accès à l'eau potable étant encore plus faible en Afrique, avec 42% des établissements de santé sans accès), 19% ne disposent pas d'assainissement amélioré et 35% n'ont pas d'eau et du savon pour le lavage des mains²¹. Ces taux de couverture diminuent de moitié notamment lorsque les facteurs de continuité et de sécurité de l'approvisionnement sont pris en compte.

¹⁹ UNICEF, OMS, Institut National de la Statistique, Enquête Nationale Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Rétrospective Mali. 2011.

²⁰ AfricanSan (2008) La Déclaration eThekwini <http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/eThekwiniAfricaSan.pdf>

²¹ UNICEF, WHO. Water, sanitation and hygiene in health care facilities – Status in low-and middle-income countries and way forward. WHO, 2015.

À l'échelle mondiale, la septicémie est responsable de 15% de la mortalité maternelle et néonatale; le tétanos pour 2% de la mortalité néonatale.

Au niveau régional, la revue des rapports d'enquêtes SONU de 7 pays d'Afrique occidentale et centrale, menées depuis 2010, représentant 4,087 maternités avec 1,265,980 accouchements, a montré que seulement 65% disposent d'un accès à l'eau dans les salles d'accouchement et 18% dans les salles de suivi de couches. Il est important de noter qu'aucun pays dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre n'a atteint l'ODD 5 (Améliorer la Santé Maternelle).

- **Données WASH dans les structures de santé au Mali**

Selon deux évaluations des établissements de santé maliens menées par l'OMS en collaboration avec le MSHP²², il ressort que 61 % des établissements de santé disposaient d'eau de médiocre qualité (turbidité et absence de chloration), 24 % d'un approvisionnement insatisfaisant ne permettant pas de couvrir les besoins journaliers de base des patients et 68 % d'installations insuffisantes pour le lavage des mains. Le manque de latrines pour les patients a aussi été relevé pour 19% des établissements de la région de Ségou et 82% dans la région de Tombouctou où les patients étaient contraints de déféquer à l'air libre aux abords des structures sanitaires. Une faible couverture des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène a été mise en évidence, associée à des disparités importantes de couverture des services WASH entre les régions.

En 2015, une *analyse sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène et le trachome au Mali : analyse de la situation, priorités et prochaines étapes* a été menée par l'OMS²³. Il en ressort que de nombreux établissements ne disposent pas d'une infrastructure satisfaisante en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène et ne respectent pas des pratiques adéquates de lutte contre les infections.

II. Renforcement du WASH dans les structures de santé

A. Stratégie globale

En 2015, suite aux résultats de l'évaluation menée par l'OMS et l'UNICEF sur la situation des services WASH dans les structures de santé dans les pays à faible et moyen revenu qui mettait en évidence une proportion considérable de structures de santé sans aucun service WASH, l'OMS, l'UNICEF et les partenaires ont pris des engagements au niveau global ayant pour but d'atteindre l'accès universel du WASH dans les structures de santé. Cinq objectifs pour le changement ont été développés.

²² OMS (2013) Évaluation rapide de l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans les structures de soins au Mali, OMS-Mali (2014) Rapport d'évaluation WASH dans les Centres de santé des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso et du district de Bamako.

²³ WHO. L'eau, l'assainissement et l'hygiène et le trachome au Mali : analyse de la situation, priorités et prochaines étapes. Mai 2015.

Table 4: Objectifs pour le changement -Change objectives, WASH in health care facilities, Global Action Plan. 2015

Obj 1	Le WASH dans les structures de santé devient un élément prioritaire dans l'atteinte de tous les objectifs globaux et nationaux en santé, en particulier ceux liés à la Couverture Sanitaire Universelle. Les principaux décideurs et leaders d'opinions soutiennent le WASH dans les structures de santé.
Obj. 2	Tous les pays ont des politiques et standards nationaux sur le WASH dans les structures de santé et des budgets alloués pour améliorer et maintenir les services WASH.
Obj 3	Les efforts de suivi globaux et nationaux incluent l'harmonisation d'indicateurs essentiels et élargis pour évaluer les services WASH dans les structures de santé.
Obj. 4	Les évidences existantes sont revues et renforcées pour catalyser les messages de plaidoyer et améliorer la mise en œuvre des services WASH dans les structures de santé.
Obj. 5	Le personnel de santé et les gestionnaires des structures sanitaires, ainsi que les patients mènent un plaidoyer et soutiennent les services de WASH améliorés. Des plans des installations basés sur les risques sont mis en place et servent de support pour les améliorations continues des services WASH dans les structures de santé, des formations et pratiques des personnels de santé.

Table 5: Plan d'Action Global - Global Action Plan Task Teams and Activities, WASH in health care facilities, Global Action Plan. 2015

PLAIDOYER, LEADERSHIP ET ACTION		SUIVI	EVIDENCE ET RECHERCHE OPERATIONNELLE	POLITIQUE, STANDARDS ET AMELIORATION DES STRUCTURES
Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3	Objectif 4	Objectif 5
But: Mener un plaidoyer pour une action globale et nationale pour améliorer les services WASH dans les structures de santé et supporter les responsables dédiés à cet effort.		But : Développer, tester et réviser les indicateurs essentiels et élargis pour suivre le WASH dans les structures de santé.	But: Développer et élargir les évidences pour supporter l'augmentation des investissements, l'amélioration de la qualité et les efforts de plaidoyer.	But: Développer un ensemble d'outils testés sur le terrain, du matériel de formation et de référence pour une variété d'infrastructures et de contextes.
Activités: Documenter les cas d'étude nationaux comprenant les processus et les mécanismes de changement pour améliorer le WASH dans les structures de santé.		Activités: Intégrer les indicateurs essentiels et élargis dans tous les mécanismes pertinents de suivi et de redevabilité en WASH dans les structures de santé.	Activités: Développer un agenda de recherches opérationnelles prioritaires et chercher des opportunités pour combler les gaps.	Activités: Supporter les formations régulières et les évaluations de compétences pour tout le personnel des structures de santé, incluant les hygiénistes et travailleurs en santé.

Ces objectifs pourront être atteints seulement si les secteurs WASH et santé travaillent en collaboration

étroite de manière efficace.

B. Situation et challenges au Mali

Selon un rapport de l’OMS sur l’analyse de la situation en WASH au Mali, les insuffisances des services WASH dans les structures dans santé semblent liées à une insuffisance de gouvernance associée à une faible coordination entre les acteurs impliqués dans le domaine, une insuffisance de cadre politique, de financement adéquat, une défaillance dans la mise en œuvre des activités et une disponibilité limitée des données sur les services WASH dans les structures de santé.²⁴

III. Analyse des goulots d’étranglement menée au Mali

A. Contexte et Justification

Au niveau global, les dernières directives de l’OMS sur les soins postnatals pour la mère et le nouveau-né, recommandent la sortie de l’hôpital du couple mère-enfant au moins 24 heures après la naissance, moment critique en lien avec le risque d’infections et autres complications. La qualité des soins postnatals devient une exigence ce qui implique un accès permanent à des quantités suffisantes en eau potable, à des installations sanitaires, à un système d’élimination efficace des déchets médicaux ainsi qu’à l’accès et l’utilisation de produits de désinfection adéquats pour assurer et maintenir des conditions d’hygiène optimales dans les structures de santé. Cependant, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les services WASH dans de nombreux établissements de santé sont quasiment absents. Les risques liés à l’incapacité de fournir des soins de qualité ont été bien documentés et menacent la vie des patients. À l’échelle mondiale, environ 1400 enfants meurent chaque jour de diarrhée évitable²⁵; 9 cas de diarrhées sur 10 sont liés à une insuffisance en eau, assainissement et hygiène²⁶. Le fardeau des infections est particulièrement élevé chez les nouveaux nés. L’état septique et les autres infections graves peuvent être fatals, avec par exemple un risque associé à la septicémie de 34 fois plus élevé dans les milieux à faibles ressources²⁷.

Pour parvenir à une gestion pérenne des services WASH dans les structures de santé, les instances politiques et les systèmes de santé doivent assumer la responsabilité de leurs actions et du service. Au niveau national, différents acteurs sont impliqués (Ministères, agences, société, organisations) et au niveau décentralisé, il s’agit des municipalités. Une bonne gestion implique une coopération constructive entre les différents secteurs ce qui résultera en une utilisation efficace des ressources, une réactivité, efficace et pérennité dans la fourniture des services WASH dans les structures de santé. L’attention particulière à la redevabilité vient en complément de l’intégration de l’aspect de pérennisation de la part des partenaires. S’attaquer aux problèmes de pérennisation des services WASH dans les structures de santé nécessite une approche holistique, centrée sur la gouvernance et les stratégies pour augmenter la redevabilité dans le but d’améliorer l’accès à des services de qualité.

Construire des mécanismes solides de redevabilité peut contribuer à clarifier les obligations des acteurs impliqués dans la fourniture de services WASH dans les structures de santé et permettre ainsi une utilisation efficace des fonds publics et une amélioration de la qualité des soins de santé pour tous. Ce processus passe par la reconnaissance par toutes les parties prenantes de l’importance des principes de transparence, de gestion participative, d’évaluation et de prise en compte des retours des patients et des communautés sur la qualité du service WASH dans les structures de soins de santé. Ces éléments

²⁴ WHO. L’eau, l’assainissement et l’hygiène et le trachome au Mali : analyse de la situation, priorités et prochaines étapes. Mai 2015.

²⁵ Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I et al (2014) Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis, *The Lancet*, 1 October.

²⁶ World Health Organization (2008) *Safe Water, Better Health: Costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health*.

²⁷ Oza et al., 2015.

sont cruciaux pour assurer la légitimité et l'efficacité des acteurs en présence et sont nécessaires à la mise en place d'un service d'eau potable et d'assainissement performant et durable dans les structures de soins de santé.

B. Approche / méthodologie

L'analyse de la redevabilité pour la durabilité des Services WASH dans le système de Santé a été menée à travers un atelier guidé par la Direction Nationale de la Santé - Division de l'Hygiène Publique et de la Salubrité avec la participation d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux intervenant dans les domaines de la santé et/ou du WASH et représentants des trois niveaux sur lesquels se centre l'analyse, à savoir l'Etat, les structures de santé et la communauté.

i. Phase Initiale

Pour permettre d'optimiser l'efficacité de cet atelier, une phase préparatoire a été planifiée la semaine précédant l'atelier. Elle a permis de développer une méthodologie et des outils de redevabilité qui ont été adaptés au WASH dans les structures de santé au Mali. Au cours de cet exercice de préparation, deux documents clés ont été utilisés :

- *La redevabilité dans le secteur de l'eau et de l'assainissement – le concept expliqué²⁸*, qui est une introduction à la redevabilité dans le WASH adressée aux professionnels du secteur eau, assainissement et hygiène. Ce guide propose un éclairage général sur les facteurs liés à la redevabilité qui affectent la durabilité des services d'eau et d'assainissement. Ces concepts clés, utiles au diagnostic, sont complétés par une revue des solutions et options disponibles pour l'action. Ce guide comprend quatre parties :
 - **La gouvernance du WASH et la durabilité des services** qui explique l'importance de la gouvernance et de la redevabilité pour la mise en place de services durables.
 - **La redevabilité dans le contexte du WASH** qui décrit les différentes dimensions de la redevabilité dans le secteur WASH et le type d'actions qui contribuent à renforcer la demande et la reddition de comptes dans les services publics.
 - **Les relations de redevabilité dans les services WASH** qui propose une analyse des principales faiblesses des liens de redevabilité entre acteurs des services WASH avec pour objectif d'aider les professionnels du secteur WASH à comprendre le contexte de la redevabilité dans leur travail.
 - **La redevabilité en pratique**, qui explore le rôle des organismes externes de soutien dans la promotion des principes de la redevabilité au sein des services WASH; l'accent est mis sur les solutions pratiques à mettre en œuvre pour intégrer les principes de la redevabilité dans les interventions WASH.
- *Le guide de référence pour la programmation²⁹* qui fournit une information structurée et concise pour guider leurs efforts d'appui à la redevabilité et contient des directives sur les mécanismes existant pour promouvoir la redevabilité. Ce guide est structuré autour de trois niveaux d'intervention pour renforcer la redevabilité, qui sont détaillés sous la forme de huit objectifs distincts. Sous chaque objectif, des Fiches Pratiques illustrent de façon précise et concrète les différents aspects du travail de mise en œuvre. Les trois niveaux d'intervention et les objectifs qui y sont liés sont :
 - **LA RESPONSABILITE** : Les conditions préalables sont de définir les rôles et favoriser la coopération. La responsabilité, condition essentielle à l'exercice de la redevabilité, signifie que les personnes en position d'autorité (administration, élus, opérateurs) doivent répondre

²⁸ UNICEF, Water Governance Facility, SIWI, UNDP. La redevabilité dans le secteur de l'eau et de l'assainissement – le concept expliqué. 2015.

²⁹ UNICEF, Water Gouvernance Facility, SIWI, UNDP. La redevabilité dans le secteur de l'eau et de l'assainissement – Guide de référence pour la programmation. 2015.

d'un cahier des charges précis, qui détaille leurs obligations et le niveau de performance auquel ils doivent se conformer, ce qui permet l'évaluation de leurs actions sur une base transparente et objective. Pour que les usagers puissent demander des comptes aux décideurs publics et privés, ils doivent aussi connaître l'étendue de leurs droits et de leurs obligations. De plus, des mécanismes doivent être mis en place pour coordonner l'action des différentes parties responsables. Pour que s'exerce la Responsabilité, on peut distinguer trois axes de travail distincts :

- Objectif 1 : Renforcer la cohérence des politiques,
 - Objectif 2 : Définir clairement les rôles et les responsabilités,
 - Objectif 3 : Mettre en place les mécanismes de coordination
- **L'OBLIGATION DE S'EXPLIQUER** : Une nouvelle qualité de relations - informer, consulter et associer les parties prenantes à toutes les étapes de la prestation de service. A un deuxième niveau d'intervention, il est nécessaire de mettre à disposition de tous et en temps utile toutes les informations nécessaires au contrôle du service: état des services, performance des opérateurs, allocation des ressources financières, etc. Il ne s'agit pas simplement de garantir l'accès à l'information mais aussi de créer des cadres de concertation qui favorisent l'interaction entre usagers, opérateurs et autorités publiques afin de permettre d'expliquer, de questionner ou de justifier les actions prises. Trois objectifs s'articulent pour traduire en actes l'obligation de s'expliquer :
- Objectif 4 : Améliorer la communication et l'utilisation des retours d'information des consommateurs,
 - Objectif 5 : Améliorer l'accès des citoyens à l'information,
 - Objectif 6 : Créer les espaces de participation et d'influence des parties prenantes.
- **LA FORCE EXECUTOIRE** : l'exercice de la surveillance – contrôler la performance, soutenir la mise en œuvre et la conformité. Le troisième niveau d'intervention consiste à mettre en place ou renforcer les leviers de contrôle et de sanction, c'est à dire les mécanismes permettant de contrôler dans quelle mesure l'administration, les opérateurs et les institutions se conforment aux normes en vigueur, les sanctions à imposer en cas d'infraction et la prise d'actions correctives et de compensation le cas échéant. On peut distinguer deux objectifs directs pour permettre l'exercice de la force exécutoire:
- Objectif 7 : Soutenir la mise en place ou le fonctionnement de la fonction de régulation,
 - Objectif 8 : Renforcer les mécanismes de contrôle internes et externes.

Au Mali, plusieurs réunions externes ont pris place avec les acteurs en WASH et santé (Annexe A), de même qu'en interne avec les membres du personnel UNICEF des départements WASH et santé pour présenter l'équipe en charge de faciliter l'ensemble du processus d'analyse et d'expliquer la méthodologie suivie.

Une visite terrain au CS de Référence de la Commune V et du CSCOM de la Commune III ont permis d'obtenir des informations préliminaires sur certaines réalités à travers des discussions, notamment sur les relations et interactions entre les 3 principales entités concernées dans l'analyse (l'Etat, les structures de santé et la communauté) dans le contexte spécifique du Mali.

Une seconde rencontre a été organisée avec la DHPS pour identifier 10 orientations de discussion (cf. Tableau 5) correspondant à 10 fiches pratiques, reflétant les 3 piliers de la redevabilité: la Responsabilité, l'Obligation de s'expliquer et la Force Exécutoire.

Tableau 6: Orientations de discussion retenues avec les partenaires gouvernementaux au Mali

Piliers de la redevabilité	Niveau d'intervention	Objectifs	Fiches pratiques / orientations sélectionnées
RESPONSABILITE	Définir les rôles et favoriser la coopération	Objectif 1 Renforcer la cohérence des politiques	1 A) Définition ou révision des politiques
		Objectif 2 Définir clairement les rôles et les responsabilités	2A) Dispositifs destinés à clarifier les obligations respectives des structures de santé et des usagers (patients, personnel de santé, communauté).
		Objectif 3 Mettre en place les mécanismes de coordination	3 A) Soutenir la coordination et les évaluations intersectorielles WASH et santé.
OBLIGATION DE S'EXPLIQUER	Informer, consulter et associer les parties prenantes	Objectif 4 Améliorer la communication et l'utilisation des retours d'information des patients/communautés	4 B) Fiches d'évaluation par les patients/clients.
		Objectif 5 Améliorer l'accès des communautés à l'information	5 A) Mécanismes informels de diffusion d'informations. 5 B) Publication d'information par les autorités publiques et les structures de santé.
		Objectif 6 Créer les espaces de participation et d'influence des parties prenantes	6 B) Processus Budgétaire Participatif. 6 D) Espaces de dialogue et d'interaction sur les services de WASH dans les structures de santé.
FORCE EXECUTOIRE	Contrôler la performance, soutenir la mise en œuvre et la conformité	Objectif 7 Soutenir la mise en place ou le fonctionnement de la fonction de régulation	7 A) L'autorité du système de santé, une fonction centrale de définition des politiques publiques et de contrôle.
		Objectif 8 Renforcer les mécanismes de contrôle internes et externe	8 B) Dispositifs institutionnels de suivi et de contrôle.

Pour chaque fiche pratique/orientation sélectionnée, trois à quatre axes de réflexion ont été définis pour encourager les discussions lors des travaux de groupe pendant l'atelier (cf. Annexe B).

ii. Atelier

But de l'atelier:

Obtenir une vision commune, issue d'une réflexion entre les partenaires clés du gouvernement intervenant dans les domaines de la WASH et de la Santé pour identifier les goulots d'étranglements de la redevabilité des services de WASH dans le système sanitaire, afin de définir les actions prioritaires pour assurer une amélioration de la redevabilité pour la pérennité des services WASH dans le système de santé.

Objectifs de l'atelier

Les objectifs de l'atelier étaient de solliciter des échanges et débats entre les partenaires de WASH et de santé du niveau national et décentralisé sur leur vision, perceptions et perspectives des éléments de la redevabilité de la WASH dans les structures de soins au sein du système de santé, pour permettre de :

- Définir les rôles et favoriser la coopération afin de renforcer et clarifier les dimensions de responsabilité, d'obligation de s'expliquer, force exécutoire, toutes des conditions essentielles à l'exercice de la redevabilité.

- Identifier les goulots d'étranglement et leurs causes.
- Formuler les actions possibles pour lever les obstacles et leurs conditions de réussites
- S'accorder sur les priorités sur le court, moyen et long terme.

Résultats attendus

- Un plan des actions prioritaires pour renforcer l'appropriation du WASH dans les structures de santé au sein du système de santé.
- Une participation active de toutes les parties prenantes (niveau central, structure de santé et communautés) pour enrichir les débats.
- Une prise en compte de l'importance et de la cohésion des principes de transparence, de gestion participative, d'évaluation et de considération des retours des professionnels de la santé et patients/communautés sur la qualité du service WASH dans les structures de santé.

L'atelier d'analyse de la redevabilité pour la durabilité des services WASH dans le système de santé a été organisé sous forme des séances de travaux de groupe suivies de restitutions en plénière pour stimuler des échanges et enrichir le débat autour des axes de réflexion. Dans chaque groupe, les trois niveaux cibles (Etat, structures de santé et communauté) étaient représentés afin de mener des discussions basées sur les trois perspectives. Au cours de la première journée, les participants se sont centrés sur l'identification des goulots d'étranglement limitant le développement et la pérennisation des services WASH dans les structures de santé, et leurs causes directes et sous-jacentes, en se basant sur des exemples précis et des arguments fondés. Le deuxième jour, les participants ont développé les activités pour remédier ou atténuer les effets des goulots d'étranglements et identifié leurs conditions de réussite, qui ont ensuite été classées selon leur faisabilité en utilisant le code couleur suivant :

- Condition de réussite atteignable sur le court terme (1ere année).
- Condition de réussite atteignable sur le moyen terme (2nd année).
- Condition de réussite atteignable sur le long terme (3e année).

Pour faciliter la synthèse des échanges en groupe, des matrices de support ont été développées et mises à la disposition de chaque groupe.

Le déroulement des étapes successives suivies au cours de l'atelier est représenté par le schéma ci-dessous.

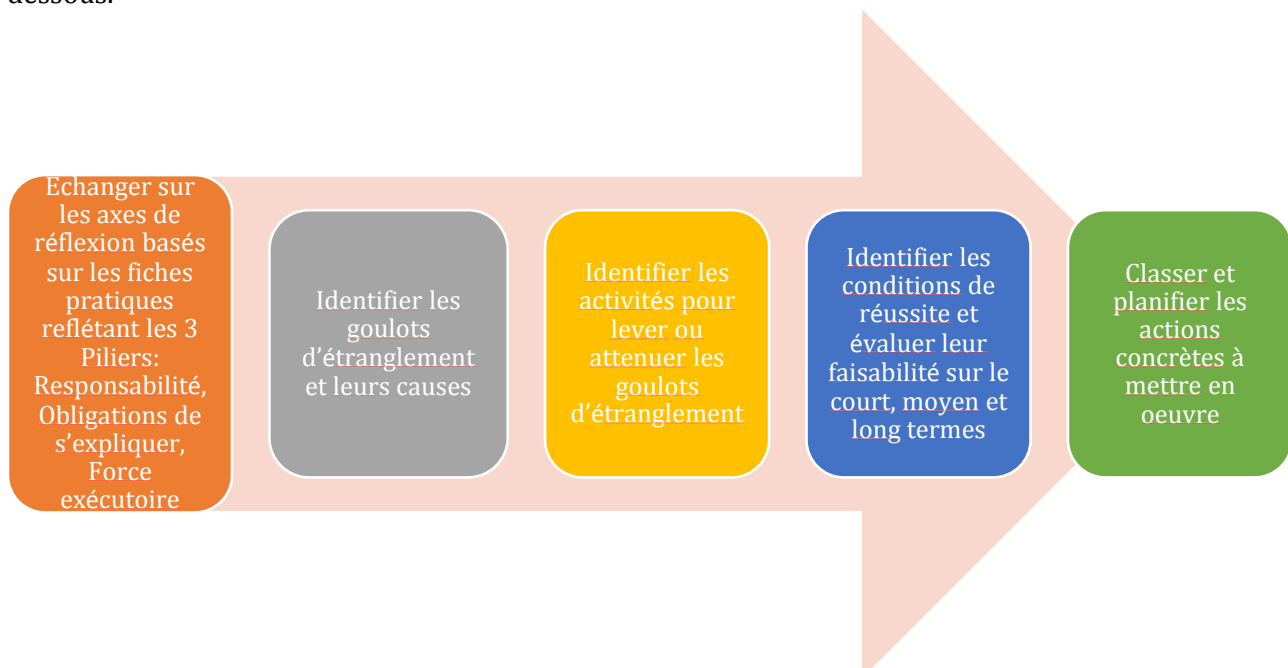


Figure 1: Déroulement des étapes pour mener l'analyse de la redevabilité

C. Résultats

L'atelier de l'Analyse de la Redevabilité pour la Durabilité des Services WASH dans le Système de Santé s'est tenu sur 2 jours, les 26 et 27 Mai 2016 (cf. Annexe C: Agenda de l'atelier) et a rassemblé une trentaine de participants (cf. Annexe D: Listes des participants). L'atelier a débuté par une introduction sur la situation en WASH dans les structures de santé au niveau global et au Mali.

Au niveau global et régional, l'accent a été mis sur l'importance du WASH dans les structures de santé en termes de santé et sécurité, prévention et traitement des maladies, moral et performance du personnel de santé, soins axés sur la communauté, cout et performance des structures de santé. A l'échelle mondiale, l'accès WASH dans les structures de santé reste limité mais l'ambition au niveau mondial est soutenue par les Objectifs de Développement Durable (ODD). Les 4 axes composant le framework de l'UNICEF pour le WASH dans les structures de santé ont ensuite été exposés, à savoir :

1. Leadership, appropriation et redevabilité au sein du système de santé.
2. Evidence sur des modèles d'intervention et de convergence en termes d'amélioration de la qualité des soins pour la mère et le nouveau-né.
3. Mise à échelle de qualité et adaptée selon les capacités du gouvernement.
4. Renforcement des politiques et plateformes d'informations : SNIS, forum d'échanges et de partage sur les bonnes pratiques.

La DHPS a ensuite présenté les résultats d'une évaluation des risques liés aux conditions d'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans les structures de soins de santé au Mali, qui a ciblé 431 structures de santé. Les principaux résultats ont été détaillés par région. A l'échelle nationale, ils peuvent être résumés comme suivant :

Tableau 7: Résumé des résultats de l'évaluation des services WASH dans les structures de santé au Mali.

APPROVISIONNEMENT EN EAU	
Installations de soins avec :	%
- une quantité en eau insuffisante pour les besoins quotidiens.	24
- des interruptions quotidiennes ou périodiques de la distribution d'eau.	34
- un stockage en eau insuffisant (<24h réserve).	50
- une eau insuffisamment chlorée.	61
GESTION DES DECHETS	
Installations de soins avec :	%
- conteneurs a déchets médicaux insuffisants, inappropriés ou débordants.	53
- pas de tri ou tri partiel des déchets à la source (infectieux, non infectieux, piquants).	75
- avec désinfection inadéquate des lits, sols, murs, équipements ou surfaces.	69
- manque ou insuffisance d'équipement de protection (gants, combinaison, masques...).	61
CONTROLE INFECTIEUX	
Installations de soins avec :	%
- une insuffisance de la désinfection des mains.	47
- absence des produits chlores, détergents, savons ou équipement de nettoyage.	35

Suite aux deux présentations mentionnées, les travaux de groupe ont débuté. Les résultats des discussions menées tout au long des deux jours d'atelier sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

1. DEFINITION OU REVISION DES POLITIQUES

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite		
Insuffisance de communication (diffusion, dissémination etc.) et manque d'appropriation des documents de politiques existants (ex: politique nationale d'assainissement, aspects WASH dans la politique nationale en santé de l'environnement, plan standard de revitalisation des centres de santé, PRODESS III....).	Insuffisance dans la volonté politique.	Renforcer et appliquer les textes législatifs et règlementaires en matière de WASH dans les établissements de santé.	Plaidoyer auprès des décideurs au niveau des Ministères impliqués.	2	
			Engagement politique des Ministères impliqués pour accompagner le WASH en milieu de soins sous le leadership du MSHP.	3	
			Mise en place de sanctions liées au non-respect de l'application des normes et procédures WASH en milieu de soins.	2	
		Elaborer et valider le plan stratégique national WASH dans les établissements de santé.	Mobilisation des ressources (financières, humaines et matérielles).	1	
			Disséminer les textes législatifs et règlementaires en matière de WASH dans les établissements de santé.	Mobilisation des ressources (financières, humaines et matérielles).	1
					1
Insuffisance dans le suivi et l'évaluation des politiques intégrant le WASH en milieu de soins.	Insuffisance de priorisation du volet WASH en milieu de soins dans les Plans Opérationnels (PO) annuels et les Plan de Développement Economique, Social et Culturel (PDSEC) des collectivités territoriales et insuffisance dans le plaidoyer.	Mener un plaidoyer auprès des décideurs (départements ministériels, collectivités) pour une meilleure prise en charge du volet WASH en milieu de soins.	Mobilisation des ressources (financières, humaines et matérielles).	2	
			Organisation de campagnes (journée mondiale de lavage des mains en milieu de soins).	2	
		Instruire aux responsables des établissements de santé à prioriser les interventions WASH en milieu de soins dans les différents plans opérationnels annuels.	Adoption d'un acte administratif (ex: lettre circulaire).	1	
			Suivi de la mise en œuvre des instructions.	1	
		Suivre et évaluer les actions menées dans le domaine du WASH en milieu de soins.	Mobilisation des ressources financières, humaines et matérielles (logistiques et outils de suivi et évaluation).	1	
Insuffisance dans l'application des normes directives et procédures WASH en milieu de soins.	Manque de sanction et insuffisance de leadership au niveau des premiers	Institutionnaliser la sanction.	Adoption d'un acte administratif.	1	
		Suivre et évaluer l'application des normes, directives et procédures WASH en milieu de soins.	Mobilisation des ressources financières, humaines et matérielles (logistiques et outils de suivi et évaluation).	1	

	responsables des établissements de santé.	Prendre des sanctions par rapport au non-respect de la réglementation en vigueur par rapport au WASH en milieu de soins ou valoriser les cas de réussites.	Disponibilité des procédures pour remettre une lettre d'avertissement et de mutation ; une lettre de félicitation et la promotion ; résilier un contrat.	1
Les données existantes sur le WASH en milieu de soins ne sont pas suffisamment partagées.	Insuffisance dans la communication pour la diffusion des données en matière de WASH en milieu de soins.	Organiser des rencontres de partage des données en matière de WASH en milieu de soins.	Mobilisation des ressources financières, humaines et matérielles (logistiques et outils de suivi et évaluation).	1
Non fonctionnalité du Comité de pilotage pour la gestion des déchets biomédicaux.	Insuffisance des ressources financières pour le fonctionnement du Comité de pilotage pour la gestion des déchets biomédicaux.	Tenir les réunions du Comité de pilotage pour la gestion des déchets biomédicaux.	Mobilisation des ressources financières et humaines.	1
		Réaliser le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des réunions du Comité de pilotage pour la gestion des déchets biomédicaux.	Mobilisation des ressources financières.	1

2. SOUTENIR LA COORDINATION ET LES EVALUATIONS INTER-SECTORIELLE WASH ET SANTE

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Insuffisance dans la diffusion des résultats des évaluations WASH dans les structures de santé et non utilisation du créneau pour la communication sur le volet WASH.	Faible prise en compte des interventions WASH dans les priorités du Gouvernement.	Mener un plaidoyer auprès des décideurs en faveur de la création d'une ligne budgétaire spécifiquement dédiée au WASH dans les établissements de santé.	Mobilisation et sensibilisation des acteurs intervenant dans le WASH en milieu de soins.	1
Faible niveau d'implication du secteur privé dans tous les mécanismes de coordination et de planification dans les instances de mise en œuvre du PRODESS et faible niveau de suivi, évaluation et capitalisation.	Insuffisance de financement, de compétences et de ressources humaines pour le suivi.	Renforcer les compétences du personnel pour le suivi des activités WASH en milieu de soins.	Mobilisation des financements et des ressources humaines.	1
	Insuffisance de financement, de	Réaliser le suivi et évaluation des interventions WASH dans les établissements de santé.	Mobilisation des financements et des ressources humaines.	1

Insuffisance de suivi, évaluation et capitalisation du WASH dans les structures de santé.	compétences et de ressources humaines pour le suivi.		Disponibilité des outils des outils de suivi évaluation.	1
Absence de ligne budgétaire dédiée spécifiquement au volet WASH en milieu de soin.	Faible prise en compte des interventions WASH en milieu de soin dans les priorités du Gouvernement.	Mener un plaidoyer auprès des décideurs en faveur de la création d'une ligne budgétaire spécifiquement dédiée au WASH dans les établissements de santé.	Mobilisation et sensibilisation des acteurs intervenant dans le WASH en milieu de soins	1
		Créer une ligne budgétaire dédiée spécifiquement au volet WASH en milieu de soin.	Elaboration d'une communication écrite.	1
			Acte de création de la ligne budgétaire	2

3. DISPOSITIFS DESTINES A CLARIFIER LES OBLIGATIONS RESPECTIVES DES COMMUNAUTES ET STRUCTURES DE SANTE.

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Les acteurs (ASACO et Collectivités) interprètent mal les textes tels que le contrat de délégation de gestion entre la mairie, l'ASACO et les services de santé (Convention d'Assistance Mutuelle - CAM des ASACO et des collectivités) et les charges du CSCOM sont souvent entièrement supportées par le DTC.	Conflits d'intérêt et manque de cadre de concertation entre les acteurs.	Disséminer régulièrement les textes (CAM) au niveau des acteurs.	Prévision d'activités de dissémination des textes (CAM) dans le Plan Opérationnel des ASACO et insertion de ces activités dans les PDSEC avec l'appui des FELASCOM.	1
		Redynamiser les comités paritaires (Collectivités et ASACO).	Désignation d'un responsable au niveau de chaque mairie pour le suivi du fonctionnement du comité paritaire.	1
		Assurer un suivi périodique du comité paritaire par la Fédération Locale des Associations de Santé Communautaires (FELASCOM) et CSRef.	Financement des PO du développement social, du CSRef et de la FELASCOM. Organisation de missions conjointes.	2 1
Méconnaissance des rôles et responsabilités des différents acteurs sur la gestion et la qualité du service (analyse des besoins, suivi budgétaire, suivi et évaluation des performances).	Faible capacités des collectivités et des ASACO; Faiblesse du suivi.	Organiser des supervisions formatives pour les collectivités et les ASACO sur leurs rôles et responsabilités.	Financement des PO du développement social, du CSRef et de la FELASCOM. Organisation de missions conjointes.	2 1
		Prévoir dans les PO des ASACO le renforcement des capacités de ses membres.	Mobilisation des ressources par les ASACO pour la mise en œuvre de leurs PO.	2
Insuffisance de formations et d'informations des patients, de la communauté et du personnel de santé sur leurs droits et sur les	Insuffisance d'infrastructures WASH dans certaines structures de santé ;	Mettre aux normes WASH tous les centres de santé du Mali.	Insertion de cette activité/stratégie dans le PRODESS.	1
			Mobilisation des financements.	3
			Coordination et synergie d'actions.	2

modalités du service WASH dans les structures de santé.	insuffisance d'intégration du WASH en milieu de soin dans les supervisions existantes.	Intégrer dans les missions de supervision du Développement Social et du CSRef, le WASH dans le milieu de soin.	Intégration du WASH en milieu de soin dans les Termes de Référence des missions et les acteurs formés.	1
			Insertion de critères liés au WASH dans le milieu de soins pour l'évaluation des Médecins chefs, des DTC et des ASACO.	2
Insuffisance de canaux de communication pour informer les patients, la communauté et le personnel de santé sur leurs droits et les modalités du service WASH dans les structures de santé.	Absence d'exploration des canaux de communication traditionnels.	Impliquer les groupements féminins dans l'information et la communication sur le service WASH dans les structures de santé.	Sensibilisation des groupements de femmes sur la communication sur le WASH dans les structures de santé par l'ASACO et le DTC.	1
Faible accompagnement de l'ASACO par les collectivités.	Faibles engagement des collectivités vis-à-vis des CSCOM.	Insérer le WASH en milieu de soins dans les PDSEC au niveau des ASACO et des médecins chefs.	Renforcement des capacités des ASACO et des collectivités en WASH en milieu de soin.	2
		Utiliser les espaces de concertations entre les ASACO et la communauté pour informer du niveau d'engagement des collectivités vis à vis des CSCOM.	Tenue régulière des espaces de concertation avec un ordre de jour intégrant le bilan technique et financier des centres de santé.	2
Les communautés ne se sont pas bien approprié les questions sur le WASH dans les établissements de santé.	Insuffisance dans l'information transmise à la communauté par l'ASACO	Utiliser les espaces de concertations entre les ASACO et la communauté pour informer des questions de WASH dans les établissements de santé.	Tenue régulière des espaces de concertation avec un ordre du jour intégrant le WASH dans les établissements de santé.	1
		Impliquer les groupements féminins dans l'information et la communication sur le WASH dans les établissements de santé.	Sensibilisation des groupements de femmes sur le WASH dans les structures de santé par l'ASACO et le DTC.	1

4. FICHES D'ÉVALUATION PAR LES PATIENTS/CLIENTS

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Le mécanisme existant de mesure de satisfaction des usagers (patients/clients) ne prend pas suffisamment en compte les services WASH dans les structures de santé.	Faible prise en compte du WASH dans la politique de santé; méconnaissance de la nécessité d'évaluer la satisfaction par les responsables du service; méconnaissance par les patients de leurs droits en termes de service WASH dans les structures de santé.	Mener un plaidoyer afin que le WASH dans les établissements de santé soit une des priorités de la politique sectorielle de santé.	Production d'évidences en WASH dans les établissements de santé.	2
		Former et outiller les responsables du service de santé pour la mise en place d'un mécanisme de mesure de satisfaction des patients/clients.	Intégration de cette activité dans les plans de formation.	2
		Utiliser les canaux existants (espaces de concertation, groupements de femmes, médias, affiches) pour informer les patients/clients sur leurs droits en termes de service WASH dans les structures de santé.	Opérationnalisation des différents canaux.	2
Inexistence de système de résolution des plaintes/suggestions des patients en lien avec les services WASH dans les structures de santé.	Cet aspect n'est pas une priorité pour les acteurs (ASACO, DTC) et ce n'est pas une obligation (ils ne sont ni évalués, ni rémunérés pour ces aspects)	Intégrer le traitement des plaintes dans les activités des ASACO et des DTC.	Intégration du traitement des plaintes dans les activités des ASACO et des DTC par les FELASCOM et les CSRef.	2
Certaines communautés ne s'impliquent pas suffisamment au fonctionnement du système de santé, donc pas à celui des services WASH dans les structures de santé.	Malgré la mise en place des ASACO, la communauté n'est pas suffisamment impliquée dans la vie du centre de santé.	Réviser l'approche communautaire en ciblant davantage l'implication communautaire.	Implication des acteurs à tous les niveaux.	2
		Lever les défis coutumiers et politiques dans la gestion du CSCOM.	Dissémination de la CAM.	2
			Formation et mise à dispositions d'outils pour permettre l'intermédiation sociale dans le domaine du WASH en milieu de soins par les ASACO et les leaders communautaires.	2

5. MECANISMES INFORMELS DE DIFFUSION D'INFORMATION.S

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Certains supports de communication utilisés par certaines ONG ne sont pas conformes à ceux validés par le niveau national ; certains médias diffusent des informations inappropriées.	Certaines ONG n'utilisent pas les supports officiels en vigueur et certains acteurs (ONG et médias) méconnaissent le danger de vulgariser des informations.	Assurer le suivi de l'utilisation des supports officiels à tous les niveaux par le Centre National d'Information d'Education et de Communication pour la Santé (CНИЕCS).	Rencontre avec les ONG intervenant dans le WASH en milieu de soins.	1
			Disponibilité de la liste des ONG et médias intervenant dans la communication du WASH en milieu de soins.	1
		Outiller les animateurs (ONG et médias) dans la diffusion des messages sur le WASH en milieu de soins.	Disponibilité de la liste des structures intervenant dans la communication sur le WASH en milieu de soins.	1
			Création d'un cadre de concertation entre le comité de coordination et les structures concernées.	1
Accès limité de la population à certaines informations sur les services WASH dans les structures de santé en fonction des canaux de communication (radios privées, animateurs etc).	Faible couverture géographique de certains canaux, faibles revenus des populations et absence d'exploration des autres canaux de communication.	Renforcer la communication en utilisant des canaux traditionnels (communicateurs traditionnels, groupement des femmes, leaders communautaires, etc.).	Traduction et diffusion des messages en langue locale.	1
			Motivation des acteurs.	1
Le non-respect de la politique de mise en œuvre ne permet pas l'existence de débats démocratiques crédibles sur la WASH dans les structures de santé.	Insuffisance de leadership à tous les niveaux.	Mettre en place des comités de coordination à tous les niveaux (national, régional et local).	Sélection des ressources humaines qualifiées.	1
			Mobilisation des ressources financières	2

6. PUBLICATION D'INFORMATIONS PAR LES AUTORITES PUBLIQUES ET LES STRUCTURES DE SANTE

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Insuffisance de coordination dans la gestion des informations importantes concernant les services WASH dans les structures de santé.	Faiblesse de leadership/gouvernance à tous les niveaux du système de santé.	Mettre en place un comité de coordination (validation et suivi).	Sélection des ressources humaines qualifiées.	1
			Institutionnalisation du comité de coordination.	2
			Mobilisation des ressources financières.	2
Insuffisance d'exploitation des canaux pour l'information sur le WASH dans les structures de santé spécifiquement.	Faible priorisation des thématiques WASH dans les formations sanitaires; Nouveauté de la thématique WASH en milieu de soins.	Prioriser les thématiques WASH en milieu de soins dans les medias.	Disponibilité d'un plan de communication sur le WASH en milieu de soin.	1
			Bonne exploitation des canaux de diffusion.	1
La production parallèle de certains outils de communication ne permet pas d'influencer l'efficacité, la crédibilité et la confiance dans le processus de décision pour l'amélioration du WASH dans les structures de santé.	Faiblesse de leadership pour la coordination.	Mettre en place un comité de coordination multisectorielle (validation et suivi).	Sélection des ressources humaines qualifiées.	1
			Institutionnalisation du comité de coordination multisectorielle.	2
			Mobilisation des ressources financières.	2
L'insuffisance de textes réglementaires limite la participation des communautés dans les mécanismes de redevabilité pour la pérennité des services WASH dans les structures de santé.	Retard dans la signature des projets de textes soumis à l'approbation.	Diligenter la signature des projets de textes soumis à l'approbation.	Plaidoyer auprès des décideurs (département de ministériels, primature etc.).	1
			Suivi du processus des signatures par le conseiller juridique MSHP.	1

7. PROCESSUS BUDGETAIRES PARTICIPATIFS

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Faible implication du conseil communal dans le processus budgétaire participatif; Absence/insuffisance de suivi budgétaire et de contrôle par l'ensemble des parties prenantes.	Non application des mécanismes existants pour le suivi et contrôle budgétaire du à l'insuffisance ou méconnaissance des textes existants par les ASACOs et la population en générale.	Organiser des cadres de concertation à tous les niveaux (du niveau régional au niveau communautaire) pour la vulgarisation des textes réglementaires existants dans le cadre de la décentralisation et le transfert de compétences dans la gestion du système sanitaires.	Adhésion et appropriation de la démarche par les autorités politico-administratives et les collectivités territoriales.	1
			Mobilisation des ressources financières.	1
		Mettre en place un mécanisme de communication pouvant permettre aux patients/communautés de demander des comptes de façon systématique avec obligation de feedback de la part des instances interpellées.	Disponibilité des textes en nombre suffisant (en langue locale).	2
			Désignation par les communautés des points focaux à qui les populations peuvent adresser leurs plaintes (relais communautaires et délégués de villages ou toutes autres personnes ressources).	1
			Formation des points focaux et sensibilisation des communautés à utiliser le mécanisme.	2
Faible considération des aspects préventifs notamment les priorités WASH dans les structures de santé dans la budgétisation.	Faible exigence des communautés pour la mise en place des services WASH dans les centres de santé.	Informier et sensibiliser les communautés sur les bienfaits des services WASH dans les structures de santé pour leur bien-être.	Existence d'une approche, stratégie et d'outils de support pour les équipes de sensibilisation.	1
			Mobilisation des ressources financières.	1
		Sensibiliser les ASACO et le conseil communal sur l'importance de prendre en compte le volet WASH dans les centres de santé dans leur budget annuel (PO et PDSEC).	Existence d'une approche, stratégie et d'outils de support pour les équipes de sensibilisation.	1
			Mobilisation des ressources financières.	1
Faible implication des communautés et insuffisance d'informations des communautés sur leurs droits pour exiger qu'on leur rende compte.	Les acteurs qui doivent informer les populations sur leurs droits ne jouent pas leur rôle par méconnaissance.	Mener un plaidoyer à l'endroit des autorités politico-administratives pour communiquer davantage avec les populations sur leur droit et devoirs.	Engagement politique des autorités politico-administratives.	3
			Mobilisation des ressources financières et humaines.	1
		Renforcer les capacités des autorités politico-administratives, des ASACO, FELASCOM, FERASCOM et des populations sur les droits et devoirs.	Adhésion et appropriation des bénéficiaires.	1
			Mobilisation des ressources financières et humaines.	1
		Capitaliser les bonnes pratiques.	Existence de base de données des pratiques réussies ailleurs.	3

Le processus budgétaire est considéré comme l'apanage d'un groupe restreint de personnes au sein des institutions.	Méconnaissance des collectivités territoriales, des ASACO sur l'importance d'impliquer les populations dans le processus de budgétisation.	Renforcer les capacités des collectivités territoriales, des ASACO et des populations sur les droits et devoirs.	Disponibilité des textes sur la décentralisation et les transferts de compétences.	1
		Mettre en place une synergie d'actions entre les acteurs de la santé et Collectivités Territoriales dans le processus de la budgétisation.	Dissémination de la CAM.	1
			Respect de la CAM et fonctionnalité des comités paritaires.	3

8. ESPACES DE DIALOGUE ET D'INTERACTION SUR LES SERVICES WASH DANS LES STRUCTURES DE SANTE

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Les espaces de dialogue et d'interactions sur les services WASH dans les structures de santé ne sont pas considérés comme une priorité du à un manque d'intérêt par les acteurs du système sanitaire.	Les communautés (populations) ne sont pas exigeantes sur les aspects WASH dans les structures de santé par méconnaissance.	Renforcer les capacités des communautés et de tous les acteurs du système sanitaire sur le WASH dans les structures de santé.	Engagement des parties prenantes.	3
			Mobilisation des ressources financières et humaines.	1
		Dynamiser les mécanismes de concertation (réunion de conseil de gestion) existants impliquant tous les acteurs y compris les communautés.	Engagement des parties prenantes.	3
			Ligne budgétaire attribuée à la tenue des rencontres.	3
		Assurer la coordination des actions par toutes les parties prenantes.	Engagement des parties prenantes.	3
			Ligne budgétaire attribuée à la tenue des rencontres.	3
Problème d'engagement et faible implication de certains membres des comités qui discutent des questions WASH dans la communauté et dans les institutions (écoles et maternités), faible capacités d'élaboration des plans d'actions.	Difficulté de maintenir la motivation et l'engagement sur le long terme dans le cadre du volontariat.	Mettre en place/Redynamiser et élargir les attributs des comités de gestion des déchets biomédicaux existants au niveau des aires de santé dans le WASH en général sur la base d'engagement volontaire des membres.	Adhésion et appropriation des parties prenantes.	2
			Mobilisation des ressources financières.	1
		Former les membres des comités, mettre en place des supervisions formatives et un mécanisme de reconnaissance de leur engagement (attestation de reconnaissance).	Matériels de formation adaptés et ressources humaines compétentes.	1
			Mobilisation des ressources financières.	1

Pas de formation en matière de communication pour les représentants des communautés par les structures en charge de la gestion des structures sanitaires car ce n'est pas considéré comme une priorité et/ou méconnaissance de l'importance de l'implication communautaire.	Méconnaissance de l'importance de la communication sur la gestion des services WASH en milieu de soin.	Sensibiliser les acteurs et les communautés sur l'importance de communiquer sur la gestion des services WASH dans les structures de santé.	Disponibilité des outils IEC.	1
			Mobilisation des ressources financières et humaines qualifiées.	1
		Mettre en place un processus de formations sur l'importance de la communication sur la gestion des services WASH dans les structures de santé.	Matériels de formation adaptés et ressources humaines compétentes	1
			Mobilisation des ressources financières.	1

9. L'AUTORITE DE REGULATION DU SYSTEME DE SANTE, UNE FONCTION CENTRALE DE DEFINITION DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DE CONTRÔLE

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Insuffisance dans la coordination entre les différentes structures intervenant dans le WASH en milieu de soins [DNS (réglementation), CEPRIS (plan et normes de construction), LNS (qualité de l'eau), l'INRSP, l'ANEH, Inspection de la Santé, l'ANSSA] ; insuffisance dans la coordination des missions de régulation, absence d'ouvrage d'approvisionnement en eau dans certains plans de construction des CSCom ;	Multiplicité des intervenants, chevauchement des missions, non-respect de la carte sanitaire, manque de moyen humain, logistique, financier, manque de protection des agents.	Redynamiser les cadres de concertation sous le leadership de la DNS et ses démembrements.	Leadership et rôle de régulation assuré par la DNS.	1
			Définition d'un plan d'action avec des objectifs clairs à atteindre associé d'un budget et d'un chronogramme.	3
			Existence d'un cadre de concertation formalisé par un acte administratif.	1
		Mener un audit organisationnel et une relecture des missions des différentes structures.	Implication des plus hautes autorités administratives (CDI, Ministre chargé de la réforme de l'Etat, Ministre chargé de la Santé) et sanitaires.	3
			Mobilisation des ressources financières pour les études.	3
			Appropriation des conclusions de l'audit par les structures concernées.	3
			Vulgarisation des normes, critères et plans de construction des centres de santé.	1

insuffisance dans l'application des textes.		Mener un plaidoyer auprès des collectivités (communes) sur le respect des normes et critères de création des centres de santé.	Responsabilités assumées par les collectivités en matière de création de formations sanitaires.	3
			Mobilisation des ressources financières pour le plaidoyer.	1
Les résultats des missions de contrôle de la performance des structures de santé incluant les aspects WASH ne sont pas publiés.	Réticence à publier certaines informations.	Mettre en place un dispositif de diffusion des rapports.	Adoption d'un acte administratif par le Directeur National de la Santé.	2
		Utiliser les canaux de diffusion des rapports.	Mobilisations de ressources.	2
Insuffisance dans l'application des mécanismes de suivi, supervision et évaluation.	Faible implication de l'Etat.	Intégrer systématiquement le WASH aux activités de suivi/supervision de la Santé de la Reproduction (SR), de la nutrition et du Programme Elargi de Vaccination (PEV).	Adoption d'un acte administratif par le Directeur National de la Santé.	2
			Implication des agents chargés de l'hygiène dans les missions de supervision spécifiques SR, nutrition et PEV.	2
		Alléger les procédures de mobilisation des fonds transférés aux collectivités.		
		Suivre la mise en œuvre de la CAM.	Respect des engagements de la Mairie et de l'ASACO.	1
			Insertion des actions de la CAM dans le PDSEC des Mairies.	3
Délibération du conseil communal et approbation par le Préfet.	2			
Non-respect des critères de création de CCom et faible dissémination du paquet minimum WASH dans les structures de santé.	Insuffisance dans l'application des textes.	Suivre et contrôler l'application des textes législatifs et réglementaires.	Large diffusion des textes et normes.	1
		Faire la relecture de certains textes (Décret 05-299, décret 02-314).	Note technique de la cellule d'appui à la décentralisation du MSHP.	3

10. DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS DE SUIVI ET DE CONTRÔLE

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Insuffisance dans l'application des politiques, normes et procédures incluant les aspects WASH dans les structures de santé.	Manque de suivi/supervision et d'intégration aux autres activités de SR, vaccination et nutrition.	Intégrer systématiquement le WASH dans les structures de santé aux activités de suivi/supervision de la SR, de la nutrition et du PEV.	Adoption d'un acte administratif par le Directeur National de la Santé.	1
			Implication des agents chargés de l'hygiène dans les missions de supervision spécifiques SR, nutrition et PEV.	2
			Disponibilité des politiques, normes et procédures à tous les niveaux	1
Les principales contraintes à la fourniture des services de santé incluant les aspects WASH, les décisions administratives et judiciaires ne sont pas publiées.	Réticence à publier certaines informations.	Mettre en place un dispositif de diffusion des rapports.	Adoption d'un acte administratif par le Directeur National de la Santé.	1
		Utiliser les canaux de diffusion des rapports.	Mobilisation des ressources financières, humaines et matérielles.	2
Non-respect des normes, insuffisance dans l'application des textes liés aux droits au service WASH dans les structures de santé.	Absence de suivi, de contrôle et de sanction.	Suivre et contrôler l'application des normes.	Large diffusion des textes et normes.	1
		Appliquer les sanctions.		
Faible fonctionnalité des comités de gestion des centres de santé, qui permettent d'instaurer la confiance des communautés et la crédibilité des systèmes de gestion des structures de santé.	Non application des textes législatifs et réglementaires.	Suivre et contrôler l'application des normes.	Large diffusion des textes et normes.	1
		Faire la relecture de certains textes (Décret 05-299, décret 02-314).	Note technique de la cellule d'appui à la décentralisation du MSHP	3

IV. Limites de l'approche

- Conflit de calendriers avec les ateliers du Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du Prodess (Crocep). Les périodes de tenue des ateliers des Croceps au niveau régional et de l'Atelier sur la redevabilité pour la durabilité des services WASH dans le système de santé se sont chevauchées, contraignant certains acteurs clés au niveau régional à se faire représenter. Leur présence aurait pu contribuer à enrichir ou développer d'autres axes de discussions et débats.
- L'atelier a été mené au niveau national avec la participation de personnes de différents niveaux d'interventions (central, structures de santé et communautés). Les résultats de cet exercice n'ont pas la prétention d'être représentatifs de l'ensemble du pays; ils soulignent les challenges et solutions possibles, validés en consensus par les participants ayant des perspectives différentes.
- La méthodologie utilisée est de type qualitatif, basée sur l'expérience, l'expertise et les connaissances d'une trentaine de participants provenant des 3 niveaux cibles du système de santé. Le choix de s'être basé sur une méthodologie qualitative unique, peut avoir été source de biais.
- La contrainte de temps peut avoir limité les échanges. Avec un temps additionnel, les discussions auraient pu être plus détaillées avec une analyse plus approfondie. Cependant, il aurait peut-être été plus difficile d'assurer la présence de participants pertinents comme ceux du Ministère et des structures de santé tout au long d'un atelier planifié sur une plus longue durée.

Deux aspects importants pour la réussite de cette approche peuvent être soulignés: l'implication des équipes du Ministère de la Santé et de l'UNICEF dans cet exercice comme une partie intégrante des programmes WASH dans les structures de santé et une phase initiale de préparation bien planifiée.

V. Conclusions et prochaines étapes

Ce premier exercice avec les principaux partenaires gouvernementaux et non-gouvernementaux du niveau national et décentralisé, intervenants dans les domaines du WASH et de la santé, a permis de créer une base de réflexion, de laquelle sont ressortis un certain nombre d'obstacles à la redevabilité identifiés en consensus. A partir de ce constat, un plan d'activités a été développé. Cette première étape offre une feuille de route pour l'amélioration de la redevabilité pour la pérennité des services WASH dans le système de santé dont les orientations pourront être intégrées et suivies dans les programmations d'interventions visant à l'amélioration des conditions WASH dans les formations sanitaires.

Quelques points clés ont été soulignés au cours des discussions:

- L'insuffisance dans l'application des textes existants dans le cadre de la décentralisation qui semble être liée à leur faible vulgarisation, appropriation et la faible priorité donnée aux activités de prévention incluant le WASH dans les structures de santé. Par conséquent, l'offre des services WASH dans les structures de santé reste limitée. Le plaidoyer auprès des décideurs pour l'intégration du volet WASH dans les structure de santé au niveau des documents existants, leur large diffusion et le renforcement des mécanismes de suivi et d'évaluation ainsi que ceux visant à garantir l'application des normes, directives et procédures, pourrait permettre une mise à niveau des services WASH de qualité dans les structures de santé, fonctionnels sur le long terme, dans le respect des textes et normes définis par le Mali.
- L'accès et la disponibilité des données sur les services WASH dans les structures de santé qui sont ressortis comme insuffisants, en lien avec une communication limitée sur le WASH dans les structures de santé et la sous-utilisation des canaux existants. Le partage de ces données pourrait non seulement permettre à la population de mieux comprendre l'impact du WASH sur la santé des patients et des communautés mais aussi de capitaliser l'expérience dans ce domaine. Le renforcement de la coordination sur le WASH dans les structures de santé à tous les niveaux et son intégration à d'autres secteurs, permettraient de croiser les données et d'obtenir des analyses approfondies. Ces résultats d'analyses menées pourraient contribuer à supporter les messages de plaidoyer en faveur des services WASH dans les structures de santé, notamment

- pour faciliter l'appropriation de ce domaine par le gouvernement et l'attribution d'une ligne budgétaire spécifique.
- Les mécanismes d'interactions entre les communautés, les structures de santé, les ASACO et les collectivités territoriales semblent limités dans certaines zones en lien avec une connaissance insuffisante sur les droits, les rôles et responsabilités de chacun des intervenants dans le WASH et la santé. L'amélioration de l'accès à une information plus éclairée, appropriée et pertinente, comprenant à la fois les droits, les rôles et les responsabilités de chacun à tous les niveaux via des canaux existants et efficaces permettrait d'une part à la communauté d'être plus impliquée, d'optimiser sa participation et son appropriation de l'aspect WASH dans les structures de santé. De plus, un meilleur accès aux informations et le respect des engagements (tels que stipulé dans la CAM) au niveau des ASACO, DTC et conseils communaux permettrait d'améliorer la réactivité dans le traitement de la résolution des plaintes et une meilleure intégration de l'aspect WASH dans les structures de santé, notamment à travers leur budget annuel (PO et PDSEC). Le renforcement des capacités de l'ensemble des acteurs pourrait jouer un rôle prépondérant.

Prochaines étapes :

Cet exercice a été mené dans le but de développer une feuille de route élaborée en consensus et validée par l'ensemble des participants. Elle constitue une liste d'actions prioritaires planifiées dans le temps, à mettre en place ou à renforcer et pourrait aussi servir de support pour mener des plaidoyers. Pour la rendre plus opérationnel, certaines étapes devront suivre telles que la budgétisation des activités, la définition d'un calendrier de mise en œuvre, d'un plan de suivi et d'évaluation.

Ce document pourrait servir aussi de cadre de référence pour les acteurs qui souhaiteraient mener un exercice similaire au niveau décentralisé afin de mieux comprendre les défis liés à la redevabilité et les intégrer dans leurs interventions.

Afin d'assurer un suivi et une collaboration étroite entre les partenaires impliqués sur les sujets abordés au cours de l'atelier, il serait recommandé de procéder à un exercice similaire après 2-3 ans pour évaluer les progrès visant à remédier et atténuer les goulots d'étranglement identifiés et ajuster les priorités, les potentiels nouveaux obstacles et développer des solutions adaptées.

ANNEX A: Liste des réunions externes tenues au cours de la phase initiale de préparation

Date	Personnes rencontrées	Poste / Institution
17.05	Mr Dossou Keita, Mme Toule Doumpia	1ere rencontre avec le Chef de Division, Direction de l'Hygiène Publique et Salubrité (DHPS) et la Chef de Section Hygiène de l'Eau-Spécialiste contrôle qualité des aliments.
20.05	Mme Fatoumata Maiga Sokoma	Conseillère en Santé et Environnement, OMS
	Mr Dossou Keita, Mr Moussa Ag Hama	2 ^e rencontre avec le Chef de Division de la DHPS et le point Focal WASH en milieu de soin.
24.05	Dr Aissatou Tinka Bah, Mr Abdoul Karim Macalou Mme Berthe Fatoumata Bouare	BECEYA - Directrice du projet BECEYA - Conseiller Environnement, BECEYA - Conseillere EFH.
	Mr Dossou Keita	3e meeting de suivi avec le Chef de Division de la DHPS.
	Mr Aly Sow Mr Alpha N. Traore Mr Mahamane Toure	Water AID - Programme Manager, Water AID - Responsable du renforcement des capacités, Water AID - Charge de programmes.
	Mr Boubacar Sanogo	Chef de Division Développement des Stratégies et Suivi des Programmes, DNH (Direction Nationale de l'Hydraulique), DAEP, charge du WASH.
	Mr Mahamane Maiga	
	Mr Mahamadou Kaya et son équipe.	Direction Nationale de l'Assainissement et du Contrôle des Pollutions et des Nuisances (DNACPN)

ANNEXE B: Axes de réflexion définis par fiche pratique/orientation sélectionnée

FICHE PRATIQUE 1 A : DEFINITION OU REVISION DES POLITIQUES

1. Existence d'un document d'une politique ou stratégie WASH dans le système de santé.
2. Clarté des lignes directrices et orientations permettant d'assurer l'opérationnalité et la synergie entre les acteurs.
3. Disponibilité d'informations sur la situation de mise en œuvre des politiques WASH dans les formations sanitaires pouvant contribuer à l'amélioration continue des politiques.
4. Présence de plateformes multisectorielles d'échanges entre les parties prenantes impliquées dans la gestion et la fourniture des services WASH dans les structures sanitaires.

FICHE PRATIQUE 3 A : SOUTENIR LA COORDINATION ET LES EVALUATIONS INTER-SECTORIELLE WASH & SANTE

1. Inclusion du volet WASH dans les structures de santé au sein des processus d'évaluation annuelle en santé.
2. Accessibilité au public des résultats d'évaluation annuelle WASH dans les structures de santé.
3. Implication de la société civile, du secteur privé et des bailleurs de fonds dans les mécanismes de coordination et planification pour l'amélioration du WASH dans les structures de santé.
4. Existence d'un lien étroit entre le processus de planification pour le WASH dans les structures de santé et le cycle budgétaire du système de santé.

FICHE PRATIQUE 2 A : DISPOSITIFS DESTINES A CLARIFIER LES OBLIGATIONS RESPECTIVES DE STRUCTURE DE SANTE ET DES USAGERS (Patients, Personnel de santé, communautés).

1. Existence d'accords formels entre les usagers (patients, personnel de santé, communauté) du service et les structures de santé assurant la gestion et la qualité du service (analyse des besoins, suivi budgétaire, suivi et évaluation des performances).
2. Niveau d'information des usagers (patients, personnel de santé, communauté) sur leurs droits et sur les modalités du service WASH dans les structures de santé.
3. La diffusion d'informations par les structures de santé garantit un meilleur consentement à payer de la part des patients /communautés.

FICHE PRATIQUE 4 B : FICHES D'EVALUATION PAR LES PATIENTS/CLIENTS

1. Existence de mécanisme d'évaluation qui mesure l'accès et la satisfaction des usagers (patients/clients) des services WASH dans les structures de santé.
2. Prise en considération des besoins et plaintes WASH dans les structures de santé issues des fiches d'évaluation patients/clients par les décideurs et structures de santé.
3. La diffusion des résultats d'évaluations patients/clients (besoins et plaintes) sur le WASH dans les structures de santé encourageant la création de liens entre acteurs impliqués.
4. Le processus d'évaluation patient/client incluant la WASH dans les structures de santé contribue à renforcer l'implication et la confiance des patients/clients au système de santé.

FICHE PRATIQUE 5 A : MECANISMES INFORMELS DE DIFFUSION D'INFORMATIONS

1. Existence d'un mécanisme informel permettant l'accès du public aux informations importantes concernant les services WASH dans les structures de santé.
2. La diffusion informelle des missions de l'Etat et des structures de santé sur le WASH encouragent les démarches positives ou les plaintes par la communauté.
3. La diffusion informelle d'informations permet aux organisations locales d'influencer les processus de décision pour l'amélioration du WASH dans les structures de santé.
4. Existence d'un mécanisme de validation des informations informelles pour favoriser des débats démocratiques crédibles sur la WASH dans les structures de santé.

FICHE PRATIQUE 5 B : PUBLICATION D'INFORMATIONS PAR LES AUTORITES PUBLIQUES ET LES STRUCTURES DE SANTE

5. Existence d'un mécanisme formel permettant l'accès du public aux informations importantes concernant les services WASH dans les structures de santé.
6. La diffusion formelle des politiques publiques et des missions de service public permet à la communauté de connaître les moyens d'action à sa disposition pour agir (démarches positive ou plaintes).
7. La diffusion formelle d'information permet aux organisations locales d'influencer l'efficacité, la crédibilité et la confiance dans le processus de décision pour l'amélioration du WASH dans les structures de santé.
8. L'accès à l'information formelle aux communautés encourage leur participation dans les mécanismes de redevabilité pour la pérennité des services WASH dans les structures de santé.

FICHE PRATIQUE 6 B : PROCESSUS BUDGETAIRES PARTICIPATIFS

1. Existence d'un processus budgétaire participatif au sein du système de santé incluant le volet WASH dans les structures de santé.
2. Prise en considération dans les budgets publics des priorités WASH dans les structures de santé identifiées avec les communautés dans le cadre du processus budgétaire participatif.
3. La régularité des processus budgétaires participatifs permet aux communautés d'exiger davantage de transparence dans la gestion des fonds et de qualité dans la fourniture de services.
4. Le renforcement des formations et la sensibilisation aux questions budgétaires permet une plus grande implication des communautés dans le processus budgétaire, visant l'amélioration du WASH dans les structures de santé.

FICHE PRATIQUE 6 D : ESPACES DE DIALOGUE ET D'INTERACTION SUR LES SERVICES WASH DANS LES STRUCTURES DE SANTE

1. Existence d'espaces de dialogue et d'interactions sur les services WASH dans les structures de santé impliquant des représentants communautaires.
2. Les représentants communautaires impliqués dans les espaces de dialogue influencent la formulation de solutions issues d'un diagnostic local.
3. Les espaces de dialogue permettent la participation d'une mixité des couches sociales favorisant une plus grande équité.
4. Le renforcement des formations en matière de communication pour les représentants des communautés permet une plus grande implication dans les espaces de dialogue.

FICHE PRATIQUE 7 A : L'AUTORITE DE REGULATION DU SYSTEME DE SANTE, UNE FONCTION CENTRALE DE DEFINITION DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DE CONTRÔLE

1. Existence d'une autorité de régulation du système de santé avec des attributions incluant le WASH dans les structures de santé.
2. L'autorité de régulation publie les résultats des missions de contrôle de la performance des structures de santé incluant les aspects WASH, ce qui permet de renforcer la participation de l'ensemble des parties prenantes.
3. L'autorité de régulation dispose de mécanisme vis à vis de l'Etat et des structures de santé leur permettant de garantir qu'ils remplissent effectivement leurs obligations respectives.
4. L'autorité de régulation renforce le cadre institutionnel permettant une meilleure application du droit au service WASH dans les structures de santé dans une perspective du droit universel à l'eau et l'assainissement.

FICHE PRATIQUE 8 B: DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS DE SUIVI ET DE CONTRÔLE

1. Existence de mécanismes institutionnels de suivi et de contrôle du système de santé incluant les aspects WASH dans les structures de santé.
2. Les mécanismes institutionnels de suivi et de contrôle du système de santé publient les principaux freins à la fourniture des services de santé incluant les aspects WASH, les décisions administratives et judiciaires.
3. Les mécanismes institutionnels de suivi et de contrôle du système de santé renforcent le respect et l'application du droit au service WASH dans les structures de santé dans une perspective du droit universel à l'eau et l'assainissement.
4. Les dispositifs institutionnels de suivi et de contrôle du système de santé renforcent la confiance des communautés et la crédibilité.

ANNEXE C : Agenda de l'Atelier sur l'Analyse de la Redevabilité pour la Durabilité des Services WASH dans le Système de Santé

Jour 1: 26 Mai 2016

Horaire	Sessions	Facilitateurs / Participants
9.00 – 9.10	Mot de bienvenue & Objectif de l'atelier	MOH
9.10 – 9.20	Introduction des participants	Participants
9.20 – 9.45	Situation du WASH dans les structures de santé en Global & au Mali	Fabrice Fotso, UNICEF MOH
9.45 – 10.00	Organisation des travaux de groupe	Sophie Bruneau, Consultante UNICEF
10.00 – 10.45	Première étape : Identification des goulots d'étranglement de la redevabilité et leurs causes	Participants
10.45 – 11.00	Pause-Café	
11.00 – 12.45	Première étape : Identification des goulots d'étranglement de la redevabilité et leurs causes (suite)	Participants
13.00 – 14.00	Pause déjeuner	
14.00 – 15.30	Présentation des travaux des 3 groupes en plénière et discussions (15 minutes présentation & 15 minutes discussions/ groupe)	Participants
15.30 – 15:45	Pause-Café	
15.45 – 17.00	Présentation des travaux des 2 groupes en plénière et discussions (15 minutes présentation & 15 minutes discussions/ groupe)	Participants

Jour 2: 27 Mai 2016

Horaire	Sessions	Facilitateurs / Participants
9.00 – 9.15	Récapitulatif de la première journée de travail	Sophie Bruneau, Consultant UNICEF
9.15 – 9.30	Organisation des travaux de groupes	
9.30 – 10.30	- Identification des activités pour lever les goulots et les conditions de réussite. - Evaluation des conditions de réussite sur les courts, moyens et longs termes (Partie I)	Participants
10.30 – 10.45	Pause-Cafe	
10.45 – 13.00	- Identification des activités pour lever les goulots et les conditions de réussite. - Evaluation des conditions de réussite sur les courts, moyens et longs termes (Partie II)	Participants
13.00 – 14.00	Pause-dejeuner	
14.00 – 16.15	Restitution des travaux de 5 groupes en plénière et discussions (20 minutes / groupes)	Participants
16.15 – 16.30	Pause-Café	
16.30 – 17.00	Conclusion, prochaine étape, clôture de l'atelier	MOH

ANNEXE D : Liste des Participants à l'Atelier sur l'Analyse de la Redevabilité pour la Durabilité des Services WASH dans le Système de Santé

N	Nom	Structure	Fonction
1	Gaoussou Keita	DNS/DHPS	Chef DHPS
2	Moussa Ag Hamma	DNS/DHPS	Ingénieur Sanitaire
3	Amadou Adama Kone	DNS/DHPS	Chargé Lutte Vecteur
4	Traore Toula Toure	DNS/DHPS	Chargé de communication
5	Aissata Bah	DNS/DHPS	Assistante de Direction
6	Mamadou Camara	DNS/DHPS	Assistant Médical
7	Ismaila Tiemoko Traore	DNS/DHPS	Chargé de l'évaluation des risques environnementaux sur la santé
8	Barry Djencha koule	DNS/ DHPS	Secrétaire
9	Mahamane Maiga	DNH	Chargé WASH
10	Cisse Aissata Traore	DNACPN	Chef de section Communication
11	Dr Maiga Oumou Diarra	DNS/DESR	Chef de Section Réglementation
12	Dr Boubakar Doucoure	CPS / Secteur Sante Developpment social promotion de la famille	Chargé de S/E
13	Boubacar Dicko	AMM/ Programme	Chargé de Programme
14	Aboubacar Sangare	AMM	Chargé de programme santé
15	Ibrahima Dia Keita	FENASCOM	Assistant Administratif
16	Fassery Dombia	FERASCOM Koulikoro	Président
17	Coulibaly Aissata Gaita	FERASCOM Sikasso	Présidente
18	Sylla Brahimia	DRS / Koulikoro	Chef de DHPS
19	Dr Fousseni Haidara	DRS / Koulikoro	Médecin
20	Arafa Toure	DRS / Koulikoro	Sage-femme
21	Dr Toure Birama	CS Ref. Kangaba / Region Koulikoro	Médecin
22	Abdoulaye Savadogo	CS Ref Dioila, Region Koulikoro	TSHA – Technicien Supérieur Hygiène Assainissement
23	Bourama Kone	CSCOM Figura-Tomo, Cercle de Kangaba, Region Koulikoro	DTC
24	Modibo Diallo	CSCOM Kola / Region Koulikoro	DTC
25	Ahmadou N. Diallo	DRS Sikasso	Chargé WASH
26	Nana Kadia Coulibaly	DRS/ Sikasso	Sage-Femme
27	Baba Dembele	DTC/Kadiolo, Sikasso	DTC
28	Mamoudou Camara	CSRef Kadiolo, Region Sikasso	Technicien Sanitaire
29	Abdoulaye Coulibaly	CS Ref. Yorosso, Region Sikasso	Technicien Sanitaire
30	Youssouf Dicko	DTC / CS Com Kiffosso, Region Sikasso	Technicien Supérieur en Sante (TSS), Yorosso
31	Dr Aissatou Tinka Bah	Beceya	Directrice
32	Abdoul Karim Macalou	Beceya	Conseiller Environnement
33	Alpha Traore	Water Aid	Directeur Renforcement Capacités
34	Maiga Fatoumata Sokona	OMS	PHE
35	Fabrice Fotso	UNICEF	WASH Specialist
36	Bruneau Sophie	UNICEF	WASH in health Consultant
37	Mark Henderson	UNICEF	WASH
38	Yagouba Diallo	UNICEF	WASH Specialist
39	Kante Mamadou	UNICEF	PO WASH
40	Kakou Arsene Batcho	UNICEF	WASH Specialist
41	Sampa Diarra	UNICEF	Health Specialist

