

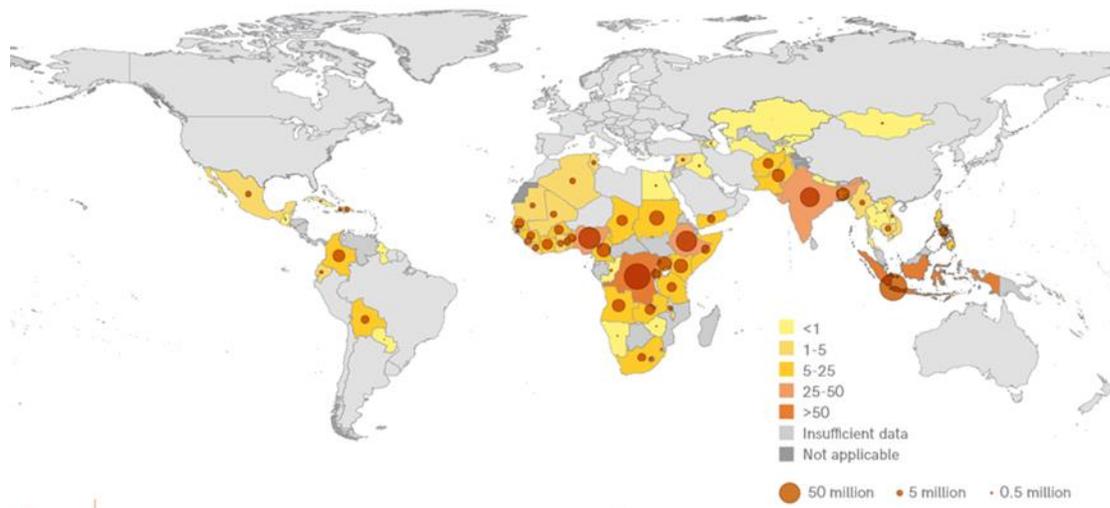
Que signifie mains propres pour tous ?

Cela signifie que les habitants de toutes les régions de tous les pays ont accès à des installations de base pour se laver les mains avec du savon et de l'eau.

Le Programme commun de surveillance (JMP) géré par l'UNICEF et l'OMS définit un « équipement de base pour le lavage des mains » comme étant la « disponibilité d'un équipement de lavage des mains avec de l'eau et du savon ». Cela comprend les installations de lavage des mains « fixes » telles que les éviers avec robinets ou les seaux avec robinets ou tippy-taps, ou les installations « mobiles » telles que les pichets ou les bassins conçus pour le lavage des mains. Le savon comprend les pains de savon, le savon liquide, le détergent en poudre et l'eau savonneuse, mais n'inclut pas les cendres, la terre, le sable ou d'autres agents de lavage des mains.

- 60% de la population mondiale a accès à un équipement de base pour se laver les mains.¹
- De nombreux pays à revenu élevé ont une couverture quasi universelle des installations de lavage de mains de base, mais dans les pays les moins avancés du monde, seulement 28% des habitants ont accès à des installations de lavage de mains de base. Dans certains pays, comme le Libéria, 1% seulement de la population a accès à ces installations.¹
- Dans 42 des 78 pays pour lesquels le JMP dispose de données, moins de la moitié de la population dispose d'un service de base de lavage des mains à domicile.¹
- À l'heure actuelle, dans 17 pays, plus de 10 millions d'habitants ne disposent pas d'installations de lavage des mains (voir la figure 1).

Figure 1: Dans 17 pays, plus de 10 millions de personnes n'avaient pas de dispositif de lavage des mains chez eux en 2017.
Source: WHO/UNICEF JMP.¹



- Seulement 47% des installations de base pour le lavage des mains sont « fixes ». C'est un problème, car les gens ont beaucoup moins de chance de garder du savon et de l'eau dans

des installations de lavage des mains « mobiles » et que, par conséquent, je me lave les mains moins souvent.¹

- La disponibilité de savon et d'eau dans les installations de lavage des mains varie considérablement. En Éthiopie, par exemple, 0,1% seulement des ménages disposaient d'eau et de savon dans une installation de lavage des mains alors qu'en Iraq, 91% de ces articles étaient disponibles.²
- Dans certains comtés, des districts ou des régions entiers peuvent avoir un accès moindre aux installations de lavage des mains. Par exemple, seulement 12% des ménages de la région de Kuntaur en Gambie ont accès à des installations de base pour se laver les mains, tandis que dans la région de l'Ouest, 68% des personnes disposent de telles installations.²

Cela signifie que les populations urbaines et rurales ont une capacité égale de se laver les mains au savon.

Outre les disparités mondiales, il existe également des lacunes dans la couverture des infrastructures de lavage des mains dans les pays.

- À l'heure actuelle, seulement 34% des habitants des zones rurales ont accès à une installation de base pour se laver les mains (JMP).¹
- Dans certains pays comme la Tunisie, les habitants des zones rurales ont 54% moins de chances que les habitants des zones urbaines d'avoir accès à une installation de base pour se laver les mains.¹
- Les habitants des zones rurales sont également beaucoup moins susceptibles d'avoir accès à de l'eau et du savon. Par exemple, les habitants des zones rurales de la Sierra Leone ont 24% moins de chances d'avoir accès au savon et 11% plus de risques de manquer d'eau.³
- Nous n'avons pas progressé dans la réduction de l'écart entre les populations urbaines et rurales depuis le début de la collecte de données sur le lavage des mains en 2012.¹
- Même dans les zones urbaines, il existe souvent des différences substantielles dans la couverture des installations de lavage des mains. La figure 2 montre qu'au Bangladesh, par exemple, il existe un énorme fossé en matière d'accès entre les populations urbaines pauvres et les populations urbaines riches.¹

Cela signifie que la richesse ne doit pas être un obstacle au lavage régulier des mains au savon

Les personnes les plus aisées sont généralement plus susceptibles d'utiliser du savon lors du lavage des mains. Ceci est probablement dû au fait qu'elles peuvent se permettre de remplacer le savon plus facilement.

- Au Népal, 95% des habitants du quintile de richesse les plus riches de base pour le lavage des mains, alors que seulement 38% des personnes appartenant au quintile le plus pauvre.²
- De nombreuses études ont montré que ces taux plus élevés d'installations de lavage des mains et de savon parmi les couches les plus riches d'une population les rendent beaucoup plus aptes à se laver les mains avec du savon régulièrement par rapport aux populations plus pauvres.⁴⁻¹⁶ Remédier aux inégalités pourrait changer cela.

Cela signifie que les personnes âgées et les personnes handicapées devraient avoir un accès égal à des installations de lavage des mains acceptables et appropriées et qu'elles devraient être associées de la même manière à la programmation et à la promotion du lavage des mains.

Pour les personnes âgées et les personnes handicapées, il est particulièrement important que de l'eau et du savon soient conservés dans l'installation de lavage des mains, car il peut être beaucoup plus difficile pour eux d'accéder à ces produits de manière indépendante.

- Environ 15% de la population est handicapée.¹⁷ Pour les personnes handicapées, accéder aux installations WASH est souvent le défi le plus important de leur vie quotidienne.¹⁸
- Le lavage des mains au savon est particulièrement important pour les personnes handicapées car, lorsque les installations sanitaires ne sont pas bien adaptées, elles doivent souvent toucher des surfaces sanitaires que les autres ne font pas - ce qui les expose davantage.^{19,20}
- Entre 2015 et 2050, la proportion de la population mondiale de plus de 60 ans doublera presque, passant de 12% à 22%.²¹

Les installations de lavage des mains devraient être conçues avec la participation des personnes âgées et des personnes handicapées. Le processus d'audit d'accessibilité et de sécurité WASH est un moyen participatif de concevoir des installations d'assainissement et de lavage des mains.²² Le recueil de technologies WASH accessibles fournit des indications sur l'inclusivité des conceptions courantes de lavage des mains.²³

Cela signifie que les groupes vulnérables, notamment les populations déplacées et les populations autochtones, ont une capacité égale de se laver les mains au savon.

À la suite d'une crise et du déplacement, les personnes sont beaucoup plus vulnérables aux maladies diarrhéiques.

- Dans les zones de conflit, les enfants de moins de 5 ans risquent 20 fois plus de mourir de diarrhée que de la violence elle-même.²⁴ Dans de nombreux camps de déplacés, les installations fonctionnelles de lavage des mains sont insuffisantes. Dans ces circonstances, les personnes déplacées sont souvent incapables d'acheter leur propre savon ou de construire leurs propres installations en raison d'un manque de moyens financiers et d'un accès insuffisant aux marchés.^{25,26}
- Lorsque les personnes sont déplacées, elles doivent souvent partager les installations de lavage des mains.²⁶ Le partage peut amener les gens à s'inquiéter du vol ou du gaspillage de savon, ce qui oblige souvent les gens à garder leur savon à l'intérieur de la maison.²⁷
- Le savon distribué aux populations touchées par la crise est souvent de mauvaise qualité ou n'est pas conçu pour le lavage des mains. Cela signifie que les populations ont tendance à le privilégier pour d'autres tâches telles que la lessive et le bain.^{26,28} Promouvoir un savon indésirable, qui dessèche les mains, peut décourager les gens de se laver les mains.
- Les populations touchées par une crise sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale et des études ont montré que lorsque les personnes sont déprimées, elles sont moins en mesure de se laver les mains avec du savon pendant les périodes critiques.^{29,30}

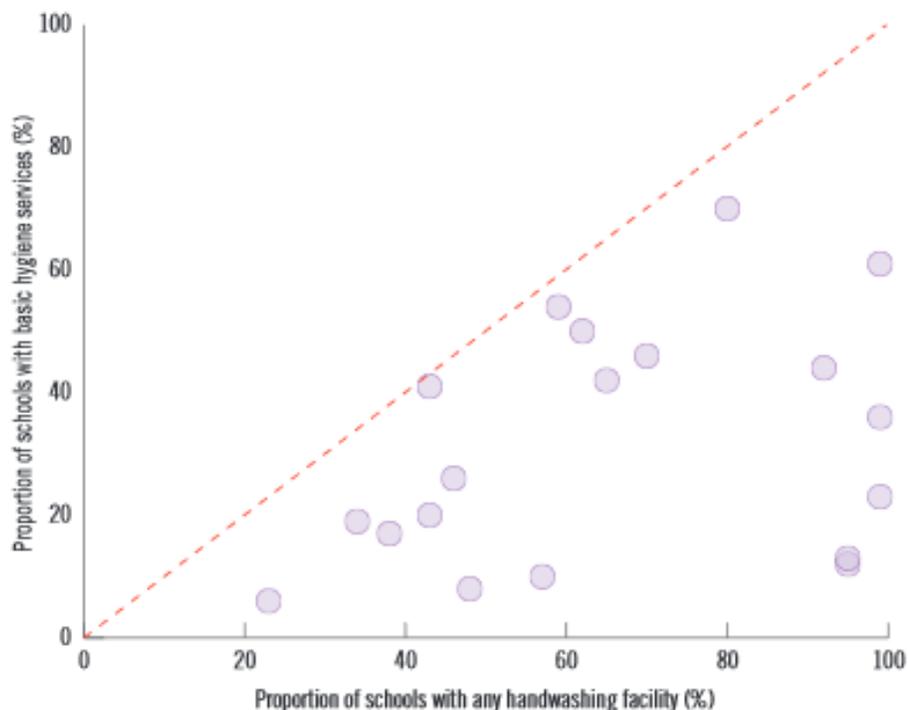
- Les populations autochtones n'ont souvent pas un accès égal aux installations de lavage des mains ou au savon.^{31,32} Ces inégalités s'expliquent notamment par le fait que les populations autochtones vivent souvent dans des zones géographiquement éloignées ; elles sont plus susceptibles de vivre dans des logements surpeuplés ou informels, ce qui rend difficile l'entretien des installations ; elles sont moins susceptibles d'occuper un emploi formel à temps plein, ce qui rend plus difficile l'achat de savon régulièrement ; et les différences géographiques et culturelles peuvent empêcher la promotion de l'hygiène par le grand public de les atteindre ou de sembler pertinentes pour elles.

Que tous les enfants aient accès à des installations de lavage des mains avec du savon dans leurs écoles.

Seulement 53% des écoles du monde fournissent des « installations de base pour le lavage des mains » à leurs élèves. Cela signifie que 900 millions d'étudiants n'ont actuellement nulle part où se laver les mains.

- L'accès aux installations de base pour le lavage des mains est généralement plus élevé dans les écoles secondaires que dans les écoles primaires et plus élevé dans les écoles urbaines que dans les écoles rurales.³³
- Comme le montre la figure 2, de nombreuses écoles disposent d'installations de lavage des mains, mais l'eau et le savon ne sont souvent pas disponibles. En Inde, par exemple, 5% des écoles déclarent que leur principale source d'eau provient d'élèves apportant leur propre eau à l'école.³³

Figure 2: Proportion d'écoles disposant d'installations de lavage des mains par rapport à celles disposant d'un « service d'hygiène de base » comprenant de l'eau et du savon. Source: WHO/UNICEF JMP.



Que tous les agents de santé et les patients aient accès à des installations de lavage des mains avec du savon dans leurs centres de santé.

Dans un établissement de soins de santé, JMP définit « installation de base pour le lavage des mains » comme suit : « installation fonctionnelle d'hygiène des mains (avec de l'eau et du savon et / ou du désinfectant pour les mains à base d'alcool) disponibles aux points de service et à moins de cinq mètres des toilettes ». In low- and middle-income countries, patients are exposed to rates of healthcare-associated infections (HCAs) at least 2-fold higher than in high income settings. Hand hygiene is known to be a key factor in reducing healthcare-associated infections.³⁴

- 57% des établissements de santé dans le monde disposent d'installations de base d'hygiène des mains aux points de soins.
- Les données de 54 pays à revenu faible et intermédiaire ont montré que 35% des établissements de santé ne disposaient ni d'eau ni de savon pour se laver les mains.³⁵
- Il existe des inégalités au sein des pays et entre les niveaux de soins de santé. Par exemple, en Afrique subsaharienne, 84% des hôpitaux disposaient d'installations d'hygiène des mains sur les lieux de soins, mais dans les établissements de santé de niveau inférieur, ce pourcentage est tombé à 64%.³⁶

Dans tout ce que nous faisons, nous devons veiller à ce que les communautés contribuent à la conception des programmes de lavage des mains et à ce que les décideurs et les gestionnaires de programmes créent un environnement dans lequel la discrimination liée à l'hygiène ne soit pas tolérée.

References

1. United Nations Children's Fund (UNICEF) and World Health Organization (WHO). *Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2017: A special focus on inequalities*. New York: WHO and UNICEF;2019.
2. Kumar S, Loughnan L, Luyendijk R, et al. Handwashing in 51 Countries: Analysis of Proxy Measures of Handwashing Behavior in Multiple Indicator Cluster Surveys and Demographic and Health Surveys, 2010-2013. *American Journal of Tropical Medicine & Hygiene*. 2017;97(2):447-459.
3. Statistics Sierra Leone. *Sierra Leone Multiple Indicator Cluster Survey 2017: Survey Findings Report*. Freetown, Sierra Leone: Statistics Sierra Leone.;2018.
4. Halder AK, Tronchet C, Akhter S, Bhuiya A, Johnston R, Luby SP. Observed hand cleanliness and other measures of handwashing behavior in rural Bangladesh. *BMC public health*. 2010;10(1):545.
5. Yang C, Sangthong R, Chongsuvivatwong V, McNeil E, Lu L. Effect of village income and household income on sanitation facilities, hygiene behaviours and child undernutrition during rapid economic growth in a rural cross-border area, Yunnan, China. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2009;63(5):403-407.
6. Luby SP, Halder AK, Tronchet C, Akhter S, Bhuiya A, Johnston RB. Household characteristics associated with handwashing with soap in rural Bangladesh. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2009;81(5):882-887.
7. Aunger R, Greenland K, Ploubidis G, Schmidt W, Oxford J, Curtis V. The determinants of reported personal and household hygiene behaviour: A multi- country study. *PLoS ONE*. 2016;11 (8) (no pagination)(e0159551).
8. Aunger R, Schmidt WP, Ranpura A, et al. Three kinds of psychological determinants for handwashing behaviour in Kenya. *Soc Sci Med*. 2010;70(3):383-391.
9. Rabbi SE, Dey NC. Exploring the gap between hand washing knowledge and practices in Bangladesh: a cross-sectional comparative study. *BMC public health*. 2013;13:89.
10. To KG, Lee JK, Nam YS, Trinh OT, Van Do D. Hand washing behavior and associated factors in Vietnam based on the Multiple Indicator Cluster Survey, 2010-2011. *Glob Health Action*. 2016;9:29207.
11. Hirai M, Graham JP, Mattson KD, Kelsey A, Mukherji S, Cronin AA. Exploring Determinants of Handwashing with Soap in Indonesia: A Quantitative Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13:868.
12. Greenland K, Iradati E, Ati A, Maskoen YY, Aunger R. The context and practice of handwashing among new mothers in Serang, Indonesia: a formative research study. *BMC public health*. 2013;13:830-830.
13. Rheinlander T, Samuelson H, Dalsgaard A, Konradsen F. Hygiene and sanitation among ethnic minorities in Northern Vietnam: Does government promotion match community priorities? *Social Science & Medicine*. 2010;71(5):994-1001.
14. Scott BE, Lawson DW, Curtis V. Hard to handle: understanding mothers' handwashing behaviour in Ghana. *Health policy and planning*. 2007;22:216-224.
15. Miao YY, Huang JH. Prevalence and associated psychosocial factors of increased hand hygiene practice during the influenza A/H1N1 pandemic: findings and prevention implications from a national survey in Taiwan. *Tropical Medicine & International Health*. 2012;17(5):604-612.
16. Luby SP, Halder AK. Associations among handwashing indicators, wealth, and symptoms of childhood respiratory illness in urban Bangladesh. *Trop Med Int Health*. 2008;13(6):835-844.
17. WHO, World Bank. *World Report on Disability*. 2011.

18. White S, Kuper H, Itimu-Phiri A, Holm R, Biran A. A Qualitative Study of Barriers to Accessing Water, Sanitation and Hygiene for Disabled People in Malawi. *PLoS ONE*. 2016;11(5):e0155043.
19. Jones H, Parker K, Reed R. *Water supply and sanitation access and use by physically disabled people - a literature review*. 2002.
20. Groce N, Bailey N, Lang R, Trani JF, Kett M. Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development. *Journal of water and health*. 2011;9(4):617-627.
21. World Health Organisation. 10 facts on Ageing and Health 2017; <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>. Accessed 30/7/2019.
22. WEDC. *Accessibility audit of water & sanitation facilities*. UK: Loughborough University;2012.
23. Jones H, Wilbur J. *Compendium of accessible WASH technologies*. WEDC, SHARE, WaterAid;2014.
24. UNICEF. *Water Under Fire Report*. New York, USA: UNICEF;2019.
25. White S, Petz JF, Desta K, Holm Larsen T. Could the Supertowel be used as an alternative hand cleaning product for emergencies? An acceptability and feasibility study in a refugee camp in Ethiopia. *PLOS ONE*. 2019;14(5):e0216237.
26. Phillips RM, Vujcic J, Boscoe A, et al. Soap is not enough: handwashing practices and knowledge in refugee camps, Maban County, South Sudan. *Conflict and Health*. 2015;9:39.
27. Torondel B, Khan R, Holm Larsen T, White S. Efficacy of the SuperTowel®: An Alternative Hand-washing Product for Humanitarian Emergencies. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2019.
28. Biran A, Schmidt WP, Zeleke L, et al. Hygiene and sanitation practices amongst residents of three long-term refugee camps in Thailand, Ethiopia and Kenya. . *Trop Med Int Hlth*. 2012;17(9):1133-1141.
29. Slekiene J, Mosler H. Does depression moderate handwashing in children. *BMC public health*. 2018;18(82).
30. Slekiene J, Mosler HJ. The link between mental health and safe drinking water behaviors in a vulnerable population in rural Malawi. *BMC psychology*. 2019;7(1):44.
31. McDonald E, Bailie R, Grace J, Brewster D. A case study of physical and social barriers to hygiene and child growth in remote Australian Aboriginal communities. *BMC public health*. 2009;9(1):346.
32. McDonald E, Cunningham T, Slavin N. Evaluating a handwashing with soap program in Australian remote Aboriginal communities: a pre and post intervention study design. *BMC public health*. 2015;15:1188.
33. United Nations Children's Fund (UNICEF) and World Health Organization (WHO). *Drinking water, sanitation and hygiene in schools: Global baseline report 2018*. . New York: United Nations Children's Fund (UNICEF) and World Health Organization, ;2018.
34. Loftus MJ, Guitart C, Tartari E, et al. Hand hygiene in low- and middle-income countries. *International Journal of Infectious Diseases*. 2019;86:25-30.
35. World Health Organisation and UNICEF. *Water, sanitation and hygiene in health care facilities: Status in low- and middle-income countries and way forward*. Geneva: WHO;2015.
36. World Health Organization and the United Nations Children's Fund. *WASH in health care facilities: Global Baseline Report 2019*. Geneva: WHO and UNICEF;2019.