

IDS PRACTICE PAPER 8

Creuser, s'implanter et grandir : Introduire l'ATPC en Afrique

Kamal Kar et Kirsty Milward

Juillet 2011

Creuser, s'implanter et grandir : Introduire l'ATPC en Afrique
Kamal Kar et Kirsty Milward
IDS Practice Paper 8

Première publication en anglais par l'Institute of Development Studies en juillet 2011
Version française publiée en octobre 2011
© Institute of Development Studies 2011
ISSN : 2040-0209 ISBN : 978 1 85864 996 X

Une notice catalographique de cette publication est disponible auprès de la British Library.
Tous droits réservés. La reproduction, la copie, la transmission ou la traduction de tout ou partie de cette publication ne peut être effectuée que dans les conditions suivantes :

- avec l'autorisation préalable de l'éditeur ; ou
- en obtenant une licence auprès de la Copyright Licensing Agency Ltd., 90 Tottenham Court Road, Londres W1P 9HE, Royaume-Uni, ou auprès d'un autre organisme national d'octroi de licence ; ou
- dans les conditions ci-après.

Cette publication est protégée par droits d'auteur mais elle peut être reproduite par toute méthode sans contrepartie à des fins non lucratives ou d'enseignement, mais pas pour la revente. Une autorisation formelle est requise pour de tels usages mais elle sera en principe accordée immédiatement. Pour la reproduction en toute autre circonstance ou pour un réemploi dans une autre publication, ou encore à des fins de traduction ou d'adaptation, l'autorisation écrite préalable pourra être obtenue auprès de l'éditeur moyennant une contrepartie éventuelle.

Disponible auprès de :
Communication Unit
Institute of Development Studies
Brighton BN1 9RE, Royaume-Uni
Tél. +44 (0) 1273 915637
Fax +44 (0) 1273 621202
Courriel : bookshop@ids.ac.uk
Web : www.ids.ac.uk/ids/bookshop

Mise en pages par Warwick Printing, Leamington Spa, Royaume-Uni. Imprimé par Nexus, Brighton, Royaume-Uni.
IDS est une société caritative à responsabilité limitée par garantie et immatriculée en Angleterre sous le No. 877338.

Creuser, s’implanter et grandir : Introduire l’ATPC en Afrique

Kamal Kar et Kirsty Milward

Résumé

La défécation en plein air est la norme dans les milieux urbains et ruraux d’Afrique – seuls environ un tiers de la population utilise des installations sanitaires améliorées – et cela contribue de différentes façons à une lourde charge de morbidité. L’Assainissement total piloté par la communauté (ATPC) est une approche de l’assainissement qui cherche à provoquer un changement de comportement à l’échelle d’une communauté afin d’éradiquer totalement la défécation à l’air libre ; elle a gagné l’Afrique en 2006. Depuis lors, elle s’est propagée de façon spectaculaire et a connu beaucoup de succès dans de nombreux pays ; elle est actuellement utilisée sous différentes formes dans au moins 26 pays africains.

Ce document s’appuie sur l’implication très active de Kamal Kar dans la propagation de l’ATPC en Afrique pour décrire les premières étapes du processus, s’attarder sur son évolution et analyser les circonstances et les particularités qui ont favorisé sa propagation rapide. À partir d’une approche comparative qui s’appuie sur l’expérience antérieure acquise lors de la diffusion de l’ATPC en Asie, cette étude identifie les caractéristiques de l’institutionnalisation du processus et les circonstances, y compris les personnalités clés, qui ont contribué au succès de l’approche en Afrique. Néanmoins, il examine aussi les défis à relever, en signalant plusieurs problèmes qui pourraient limiter l’impact de l’ATPC et entraver sa dissémination. En particulier, le document se penche sur quelques-unes des nombreuses adaptations qui sont faites de l’ATPC en réponse à une grande variété de pressions, à des circonstances nationales diverses et à différents choix stratégiques. Il est argué que ces adaptations devraient être abordées avec une idée claire des avantages et des inconvénients que présente leur adoption. À mesure que l’ATPC gagne du terrain, il sera important de continuer à s’attaquer à ces questions, à reconnaître les enseignements tirés des adaptations qui n’ont guère eu de succès, et à conserver la vision du potentiel que recèle l’ATPC pour transformer radicalement l’assainissement, la santé et les conditions de vie en zones rurales.

Mots clés : Afrique ; assainissement ; Assainissement total piloté par la communauté (ATPC) ; changement de comportement ; développement rural ; formation ; institutionnalisation ; mise à l’échelle ; santé.

Kamal Kar a été le précurseur de l'Assainissement total piloté par la communauté (ATPC) alors qu'il évaluait un projet d'eau et d'assainissement subventionné classique de WaterAid Bangladesh et d'une ONG partenaire, VERC (Village Education Resource Centre), au Bangladesh en 1999-2000. Au travers d'initiatives de formation, de plaidoyer et de consultation, Kar a introduit l'ATPC et il a joué un rôle proactif dans sa propagation dans plus de 30 pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine au cours des dix dernières années. Aujourd'hui, l'ATPC est mis en œuvre dans plus de 43 pays à travers le monde et au moins sept d'entre eux ont adopté l'ATPC dans leurs politiques nationales respectives d'assainissement. Kar a créé la Fondation CLTS afin de développer des interactions fonctionnelles avec des praticiens de l'ATPC, des décideurs et des gouvernements. Il a récemment été désigné par *Foreign Policy* comme l'un des 100 plus grands penseurs au monde, dans son cas parce qu'il n'hésite pas « à se salir les mains pour le monde ». Cela fait 20 ans qu'il est associé à l'IDS et, durant cette période, il a travaillé en étroite collaboration avec le Prof. Robert Chambers, Lyla Mehta et d'autres personnalités du Participation Group, KNOTS et STEPS de l'IDS.

Kirsty Milward est auteure et rédactrice freelance, spécialisée depuis 15 ans dans le développement rural et la question du genre. Elle a également fondé une ONG axée sur la santé et l'éducation dont elle assure la direction au sein de la communauté *adivasi* où elle vit, dans une région rurale du Bengale-Occidental en Inde. Elle a décroché une maîtrise à l'IDS en 1994 et a contribué à un certain nombre de publications de l'IDS et d'autres organismes. Pour ce document, elle a travaillé en étroite collaboration avec Kamal Kar afin de relater son implication dans la propagation de l'ATPC en Afrique.

Sommaire

Résumé et mots clés	3
À propos des auteurs	4
Remerciements	6
À propos de la Fondation CLTS	6
Abréviations	7
1 Introduction : l’histoire à ce jour	9
2 Point sur l’assainissement et la DAL en Afrique	12
3 Premières incursions, notions comparées	17
3.1 Mises en garde initiales	18
3.2 Expériences positives	19
3.3 Questions qui distinguent le déclenchement et le suivi en Afrique	21
4 Institutionnalisation de l’ATPC	26
4.1 Plan se montre précurseur en Afrique australe et orientale	27
4.2 L’UNICEF met au point le modèle	28
4.3 La stratégie	29
5 Comparaison des expériences du processus d’institutionnalisation	40
5.1 Leadership institutionnel	41
5.2 Intégration avec d’autres approches	42
5.3 Les relations pouvoirs publics – bailleurs de fonds – ONG	44
5.4 Des champions	45
6 Défis et enseignements	49
6.1 L’argent de la merde et la politique des subventions : comparaison des enjeux	49
6.2 Limites de l’environnement institutionnel concernant l’ATPC	51
6.3 Des messages confus : intégration et dilution	52
6.4 Opportunités manquées	60
7 Dernières réflexions	61
Annexe 1 Chronologie de la participation de Kamal Kar et autres événements dans le développement de l’ATPC	64
Références	72

Figures

Figure 2.1	Couverture de l'assainissement en Afrique, zones urbaines et rurales (2000)	13
Figure 2.2	Cycle de vie du <i>Taenia solium</i> (ver solitaire du porc) et sa transmission à travers les excréments humains et les cochons dans un milieu où se pratique la DAL	15
Figure 2.3	L'ATPC et les OMD	18
Figure 6.1	Les dangers que présente la confusion des messages dans l'ATPC	53

Tableaux

Tableau 2.1	Utilisation des installations sanitaires en Afrique subsaharienne : estimations pour 1990, 2000 et 2008	14
Tableau 4.1	État des lieux et comparaison des progrès accomplis, pays désignés (novembre 2010)	33

Encadré

Encadré 2.1	Définitions de l'assainissement amélioré et non amélioré selon le JMP	17
-------------	---	----

Remerciements

Nous sommes gré au projet financé par le DFID *IDS Going to Scale? The Potential of Community-Led Total Sanitation* et au financement du travail en réseau et de l'apprentissage par l'action sur l'ATPC par la Fondation Bill et Melinda Gates qui ont permis la rédaction de ce document. Nous aimerions remercier Lyla Mehta, pour ses conseils et ses encouragements et adresser nos vifs remerciements à Jane Bevan, Bureau régional de l'UNICEF au Sénégal et Amsalu Negussie, Plan RESA, pour nous avoir fourni de précieux renseignements régionaux.

À propos de la Fondation CLTS

La Fondation CLTS (*Community-led Total Sanitation – ATPC* en français) est une association de professionnels du développement de même sensibilité, qui travaillent sur des questions liées à l'eau et l'assainissement en milieu rural et urbain à travers le monde. La Fondation renforce également les capacités, entreprend des recherches et des initiatives d'apprentissage par l'action axées sur la réduction de la pauvreté, les moyens de subsistance ruraux et urbains et les problèmes de gouvernance en posant l'ATPC comme stratégie de départ. Il s'agit d'une fiducie gérée par un Conseil de fiduciaires sous la direction d'un Président et elle a son siège à Calcutta en Inde. Pour obtenir un complément d'information, veuillez consulter www.cltsfoundation.org

Abréviations

AEP	Asie de l'Est et Pacifique
AS	Asie du Sud
AT	Zone d'autorité traditionnelle (Malawi)
ATPC	Assainissement total piloté par la communauté
ATPE	Assainissement total piloté par l'école
ATPF	Assainissement total piloté par les femmes
BAfD	Banque africaine de développement
BATS	Balanced Approaches to Total Sanitation, terme générique employé au Pakistan
CATS	Approche communautaire de l'assainissement total, terme générique employé par l'UNICEF pour une série de programmes d'assainissement à base communautaire
CLTS	Community-led Total Sanitation (ATPC en français)
CREPA	Centre régional pour l'eau potable, Burkina Faso
DAL	Défécation à l'air libre/Défécation en plein air
DFID	Département du développement international, Royaume-Uni
DWASHE	Département de l'eau, l'assainissement et l'éducation à l'hygiène, Zambie
E&A	Eau et assainissement
Ecosan	Assainissement écologique
EPI	Évaluation participative d'impact
ERP	Évaluation rurale participative
FDAL	Fin de la défécation à l'air libre
GP	<i>gram panchayats</i> : collectivités locales en Inde
ITN	International Training Network
JMP	Programme commun de suivi de l'OMS et l'UNICEF
LN	Leader naturel
MdDR	Ministère du Développement rural, Cambodge
NETWAS	Network for Water and Sanitation International, réseau basé au Kenya
NGP	<i>Nirmal Gram Puruskar</i> : le prix décerné aux villages FDAL en Inde
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
ONG	Organisation non gouvernementale
PHAST	Participatory Hygiene and Sanitation Transformation (Transformation participative en matière d'hygiène et d'assainissement)
Plan RESA	Plan International, Bureau régional d'Afrique orientale et australe
PPP	Partenariats public-privé
RUWSA	Autorité rurale d'approvisionnement en eau et d'assainissement, Nigeria
SARAR	Self-Esteem, Associated Strength, Resourcefulness, Action Planning and Responsibility (estime de soi, force associée, ingéniosité, planification par l'action et responsabilité) : approche d'assainissement
SNNP	Région des nations, nationalités et peuples du Sud, Éthiopie

TREND	Training, Research and Networking for Development, Ghana
TSC	Total Sanitation Campaign : programme dirigé par le gouvernement, Inde
UP	Unité de programme
VERC	Village Education Resource Center, ONG du Bangladesh
WASH	Eau, assainissement et hygiène, programme de l'UNICEF
WAWI	Initiative pour l'eau de l'Afrique de l'Ouest
WCARO	Bureau régional d'Afrique de l'Ouest et centrale, UNICEF
WSLIC	Water and Sanitation for Low Income Countries, programmes de la Banque mondiale, Indonésie
WSP	Programme eau et assainissement, Banque mondiale

1 Introduction : l'histoire à ce jour

L'Assainissement total piloté par la communauté (ATPC) est une approche novatrice pour donner aux communautés le pouvoir d'éradiquer totalement la défécation à l'air libre (DAL). L'approche s'attache à déclencher un changement dans le comportement collectif en matière d'assainissement et elle y parvient par le biais d'un processus d'action collective locale stimulée par des facilitateurs venant de l'intérieur ou de l'extérieur de la communauté (Kar et Chambers 2008). Le processus mobilise l'ensemble de la communauté et met l'accent sur les avantages collectifs qu'il y a à mettre un terme à la DAL, au lieu de considérer le comportement de chaque individu ou de s'attarder sur la construction de toilettes. Les villageois décident ensemble comment ils vont créer un environnement propre et hygiénique qui profite à tout le monde.

Certains faits saillants ont été décisifs pour l'évolution de l'ATPC en guise d'approche envers les questions d'assainissement. L'ATPC n'a recours à aucune subvention pour l'achat de matériel à l'intention des ménages et elle ne prescrit aucun modèle de latrine. La solidarité, l'aide et la coopération entre les ménages de la communauté sont un élément commun et crucial de l'ATPC. Parmi les autres caractéristiques importantes, citons : l'apparition spontanée de leaders naturels (LN) à mesure que la communauté avance vers l'obtention du statut de fin de défécation à l'air libre (FDAL) ; une innovation locale dans des modèles de toilettes à faible coût à partir des matériaux localement disponibles et des systèmes inédits de récompenses, de pénalités, de propagation et de mise à l'échelle mis au point par la communauté. L'ATPC encourage la communauté à assumer ses responsabilités et à prendre des mesures qui déboucheront vers la réalisation de l'objectif commun que constitue l'obtention du statut FDAL (Kar et Pasteur 2005).

J'ai été le précurseur de l'ATPC durant le processus d'évaluation du Programme eau et assainissement de WaterAid et de son partenaire de mise en œuvre Village Education Resource Center (VERC) dans le village de Mosmoil, district de Rajshahi au Bangladesh, en 1999-2000. J'ai été très impliqué dans la propagation de l'ATPC, d'abord au Bangladesh, puis plus largement en l'Asie et par la suite en Afrique, en Amérique latine, au Moyen-Orient et dans le Pacifique. L'approche est désormais utilisée dans plus de 43 pays à différents degrés (Chambers 2009). Kirsty Milward, co-auteure, est une spécialiste du développement rural qui jouit d'une longue expérience dans le secteur de l'éducation et la question du genre en zones rurales. Elle dirige une ONG basée à Shantiniketan, dans l'État du Bengale-Occidental, en Inde et elle a travaillé en étroite collaboration avec moi durant la rédaction de ce guide¹.

L'ATPC a ostensiblement commencé à gagner l'Afrique en 2006. Il a enregistré des progrès spectaculaires depuis lors. Il a été mis en œuvre au moins au stade de la démonstration et de la formation dans plus de 26 pays d'Afrique et, dans

¹ Le guide s'appuie sur l'expérience de Kamal Kar en matière d'ATPC en Asie et en Afrique et le récit à la première personne fait uniquement référence à Kamal Kar.

certaines d'entre eux, il a pu être mis à l'échelle pour couvrir une part importante du pays². Des milliers de villages ont décroché le statut FDAL, et – fait absolument remarquable – au moins cinq gouvernements nationaux d'Afrique orientale, australe, occidentale et centrale ont désormais adopté l'ATPC en guise d'approche *privilégiée* dans leur stratégie nationale d'assainissement. Dans un délai relativement court, des centaines de milliers de personnes ont profité d'un meilleur assainissement en modifiant leur comportement individuel et collectif en matière d'hygiène, y compris leur pratiques de défécation en plein air – en termes crus, elles ne chient plus au même endroit – et des millions d'autres sont en passe de faire de même.

Mais comment expliquer ce phénomène ? Quelles sont les circonstances qui ont aidé l'ATPC à se propager si rapidement en Afrique ? Et que doit-on faire pour veiller à ce que l'ATPC puisse tenir toutes ses promesses ? Y a-t-il des dangers qui risquent de compromettre ce que cette approche semble pouvoir nous offrir en termes de résultats concrets ?

Ce document tente de nous faire le récit du processus d'introduction de l'ATPC dans différentes régions de l'Afrique, en nous donnant un aperçu des facteurs qui ont contribué à sa propagation, et de ceux qui peuvent avoir constitué des contraintes. J'ai été impliqué dans le processus à différents niveaux ; au départ à titre de chercheur expérimental, puis comme déclencheur dans les villages et par la suite comme « ambassadeur » de l'ATPC, comme formateur et comme défenseur de sa cause. Parmi ceux qui ont travaillé à mes côtés, qui ont tergiversé, protesté, appris avec moi, ceux qui m'ont enseigné des choses ou qui ont repris le flambeau figurent un grand nombre d'agents exceptionnels des services et ministères gouvernementaux, d'organisations non gouvernementales (ONG) et d'agences de développement ainsi que bon nombre de membres de communauté qui ont joué un rôle décisif pour changer les conditions d'assainissement dans leur communauté. En Afrique australe et orientale, le D^r Khairul Islam et Amsalu Negussie de Plan RESA (Bureau régional d'Afrique orientale et australe) ont joué un rôle déterminant dans l'introduction de l'ATPC dans les pays de cette région où Plan était présent, après quoi il a essaimé dans maintes directions. En Zambie, désormais considérée comme l'un des grands succès de l'ATPC dans la région, le D^r Peter Harvey – alors responsable du programme WASH (Eau, Assainissement

2 Ces pays peuvent être divisés en deux grandes catégories – ceux dans lesquels l'ATPC est bien établi et ceux où il est moins bien implanté ou ceux où il n'a pas été possible d'obtenir d'information. Dans la première catégorie, on peut citer les pays qui ont des plans et des programmes complets pour le renforcement des capacités et un déploiement à grande échelle, qui ont mené plusieurs voire beaucoup de sessions de déclenchement (exercices/ateliers présentant le processus d'ATPC dans les villages) dans la totalité du pays ou dans certaines régions et/ou qui présentent des preuves tangibles de villages au statut FDAL et de leaders naturels : Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Tchad et Zambie.

Dans la seconde catégorie, on peut citer des pays ayant connu quelques points de déclenchement ; là où l'approche a été introduite relativement récemment, où des défis de taille restent encore à surmonter pour trouver un environnement propice à l'adoption de l'ATPC, ou bien là où les informations ne sont pas claires : Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo Brazzaville, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Guinée-Conakry, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tanzanie, Togo et Zimbabwe.

et Hygiène) de l'UNICEF, ainsi que Leonard Mukosha, Giveson Zulu et le Chef Macha au niveau des districts, ont orienté et facilité la transformation des pratiques d'assainissement. Ces personnalités et bien d'autres m'ont appris beaucoup de choses sur la région ; ils font brûler la flamme et constituent l'épine dorsale de cette entreprise collective à laquelle j'ai le privilège d'appartenir.

Les premiers essais concertés pour introduire et populariser l'approche ont été réalisés en Tanzanie, en Éthiopie, au Kenya et dans plusieurs autres pays de la zone de travail de Plan RESA, en 2006, sous la houlette dynamique de Plan International³. Plan s'est appuyé sur l'expérience acquise dans le cadre du développement et de la mise en œuvre de l'approche au Bangladesh, lequel était devenu depuis lors un véritable terrain de démonstration pour tous les autres pays de Plan.

Toutefois, avant le début de ces contributions majeures aux niveaux institutionnels, j'ai été impliqué dans certaines des expériences d'ATPC de plus modeste envergure réalisées en Ouganda, en Zambie et en Éthiopie entre 2001 et 2006. Ces expériences ont donné une idée des particularités du processus ATPC dans les différentes régions d'Afrique et ce sont elles qui ont amorcé l'accumulation de ce qui allait devenir un solide dossier d'expériences qui permet aujourd'hui d'étayer le processus de déploiement.

Jusqu'en 2006, j'avais acquis l'essentiel de mon expérience dans la mise en œuvre et l'institutionnalisation de l'ATPC sur le continent asiatique, avec quelques incursions en Amérique latine. Aux côtés de beaucoup de collègues, j'avais développé l'approche au Bangladesh et j'avais été associé de près à son introduction et à sa progression dans plusieurs autres pays d'Asie : entre autres, l'Inde, le Cambodge, l'Indonésie, le Népal et le Pakistan⁴. La dissémination de l'ATPC dans certaines régions d'Asie a débuté au moins quatre ans avant que l'approche ne fasse son apparition en Afrique. En Asie, un jalon clé de ce processus a été lorsque les travaux dans le domaine de l'ATPC du Programme eau et assainissement (WSP) géré par la Banque mondiale en Asie du Sud ont attiré l'attention du WSP Asie de l'Est et Pacifique (AEP) et lorsque l'approche a été développée ou introduite au Cambodge⁵, en Indonésie, en RDP lao, au Viet Nam⁶, et plus tard aux Philippines. Ma contribution au développement de l'ATPC en Afrique a donc été principalement influencée par les expériences réalisées en Asie – et il y a eu une interaction entre les deux continents par la suite. Ce guide tente de retracer le parcours de l'ATPC au fil de sa propagation relativement rapide sur le continent africain et il est éclairé par la comparaison que me permet de faire ma participation à l'expérience asiatique. Il tente d'attirer l'attention d'une

3 À l'époque, WaterAid Nigéria cherchait aussi à obtenir le soutien de WaterAid Bangladesh (2006-07), mais à ce stade, sa portée était très limitée.

4 Pour connaître les leçons et les défis liés à la mise en œuvre de l'ATPC en Asie, voir Mehta et Movik (2011).

5 L'ATPC a été introduit pour la première fois au Cambodge par Concern Worldwide avec le soutien d'Irish Aid. Plan et WSP-AEP ont ensuite étoffé les travaux et, par la suite, l'UNICEF, en association avec le ministère du Développement rural (MDDR) du gouvernement du Cambodge, est aussi devenu un acteur important au Cambodge.

6 Plusieurs autres acteurs ont aussi été impliqués au Viet Nam et en RDP lao.

part sur la façon dont le processus a trouvé sa propre personnalité dans certaines régions d'Afrique où il a été déployé et, d'autre part, sur le fait qu'à bien des égards les défis auxquels se heurte l'ATPC restent les mêmes.

La prochaine section de ce guide brosse un aperçu de la situation de l'assainissement et des pratiques de défécation en Afrique subsaharienne. La troisième section résume mes expériences initiales avec l'ATPC et les acquis que j'en ai tirés. Le degré d'adhésion dont a bénéficié l'ATPC auprès des grandes organisations en Afrique est tout à fait impressionnant et la quatrième section de ce document décrit certains des processus qui ont permis cette appropriation. La cinquième section met en lumière certaines des similitudes et des différences dans le mode de développement de l'ATPC en Asie et en Afrique et la dernière section isole plusieurs défis qui doivent être relevés si l'on veut que l'approche conserve ses qualités essentielles et continue d'inspirer des communautés à résoudre leurs problèmes d'assainissement et autres de la façon la mieux adaptée à leurs circonstances.

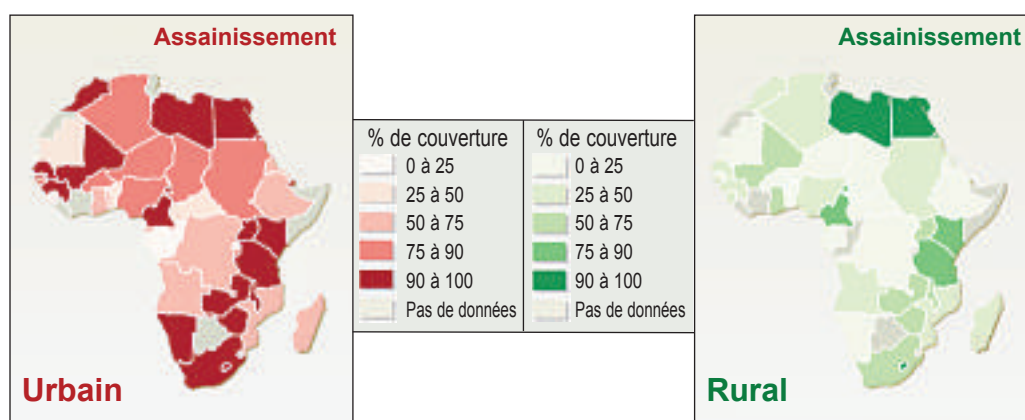
2 Point sur l'assainissement et la DAL en Afrique

L'Objectif du Millénaire pour le développement (OMD) 7 fixe pour cible de réduire de moitié la proportion de la population n'ayant pas un accès durable à un assainissement de base. En 2010, à travers le monde, 2,6 milliards de gens n'utilisent pas d'assainissement amélioré ; sur ce total, 565 millions vivent en Afrique subsaharienne. Comme dans de vastes régions d'Asie, la grande majorité des pays d'Afrique subsaharienne sont très mal placés pour atteindre cet objectif et la région compte le plus grand nombre de pays où moins de 50 pour cent de la population a accès à un assainissement amélioré.

La défécation à l'air libre (DAL) est la norme dans les zones rurales de la majorité des pays africains et dans bon nombre de quartiers urbains. Comme le montre la Figure 2.1, en 2000, bien moins que la moitié de la population rurale du continent avait accès à des installations sanitaires. Les estimations formulées par le Programme commun OMS/UNICEF de suivi (JMP) de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement⁷, pour 2008, reprises dans le Tableau 2.1, suggèrent que 31 pour cent seulement de la population d'Afrique subsaharienne (rurale et urbaine confondue) a accès à un assainissement « amélioré ». L'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale affichent le taux de couverture le plus faible d'assainissement amélioré dans le monde. D'après un rapport UNICEF/OMS (2008), moins de 30 pour cent de la population d'Afrique de l'Ouest a accès à un assainissement amélioré.

⁷ Le mécanisme officiel des Nations Unies chargé du suivi des progrès vers la réalisation de l'OMD en matière d'eau et d'assainissement ; voir www.wssinfo.org.

Figure 2.1 Couverture de l'assainissement en Afrique, zones urbaines et rurales (2000)



Source : Élaboré à partir d'OMS (2000).

La charge de morbidité en Afrique qui est due à la défécation en plein air est énorme et fatale. Les données suggèrent qu'en 2002, environ 707 000 personnes sont mortes de maladies diarrhéiques en Afrique (OMS 2004). S'il est certes difficile de déterminer avec exactitude combien de ces décès sont directement liés à la défécation à l'air libre, on sait que le comportement en matière d'hygiène et la situation d'assainissement jouent un rôle crucial dans la transmission de ces maladies et il est clair que la défécation en plein air est un facteur de risque important.

Hormis les maladies entériques, les zoonoses contribuent de manière considérable à la charge de morbidité négative en Afrique comme ailleurs – et pour certains types d'infection, le bilan est beaucoup plus lourd dans certaines régions d'Afrique qu'ailleurs⁸. Il s'agit des maladies qui sont transmissibles entre les animaux et les humains et celles qui nécessitent un hôte animal ou humain à certains stades de leur cycle de vie. Bien qu'elles aient un grave impact sur la santé, elles ne soulèvent que peu d'intérêt mondial. Pour nombre d'entre elles, comme pour les maladies entériques, les excréments humains constituent un facteur clé dans la transmission et l'infection ou la ré-infection. Ainsi, les porteurs du ténia libèrent des milliers d'œufs arrivés à maturité et des proglottis dans leurs selles, propagés n'importe où là où se pratique la DAL, qui peuvent ainsi contaminer les aliments, et en particulier être ingérés par des porcs ou des bovins qui sont des hôtes intermédiaires. Le ténia se contracte en mangeant de la viande de bœuf ou de porc crue ou mal cuite (même par des végétariens lors de la manipulation des aliments). Outre les effets d'une mauvaise alimentation chez le porteur du ténia, lorsque les œufs sont ingérés suite à une contamination fécale-orale due à une

8 Hormis dans des pays comme le Viet Nam, la RDP lao, certaines régions de la Thaïlande et du Cambodge, où il est d'usage de consommer du poisson et des légumes aquatiques crus, notamment dans le delta du Mékong, la prévalence de trématodes transmissibles par les aliments est plus élevée en Afrique qu'en Asie, et elle est particulièrement forte en Afrique de l'Ouest.

Tableau 2.1 Utilisation des installations sanitaires en Afrique subsaharienne : estimations pour 1990, 2000 et 2008

Année		1990	2000	2008	
		%	%	%	
Population urbaine en % du total		28	33	37	
Urbaine	Améliorées	43	43	44	
	Non améliorées	Partagées	29	30	31
		Non améliorées	17	17	17
		Défécation à l'air libre	11	12	8
Rurale	Améliorées	21	23	24	
	Non améliorées	Partagées	10	11	13
		Non améliorées	22	23	25
		Défécation à l'air libre	47	43	38
Total	Améliorées	28	29	31	
	Non améliorées	Partagées	16	18	20
		Non améliorées	20	21	22
		Défécation à l'air libre	36	32	27
Nombre de personnes ayant gagné accès à un assainissement amélioré entre 1990 et 2008 (en milliers)		114,344			

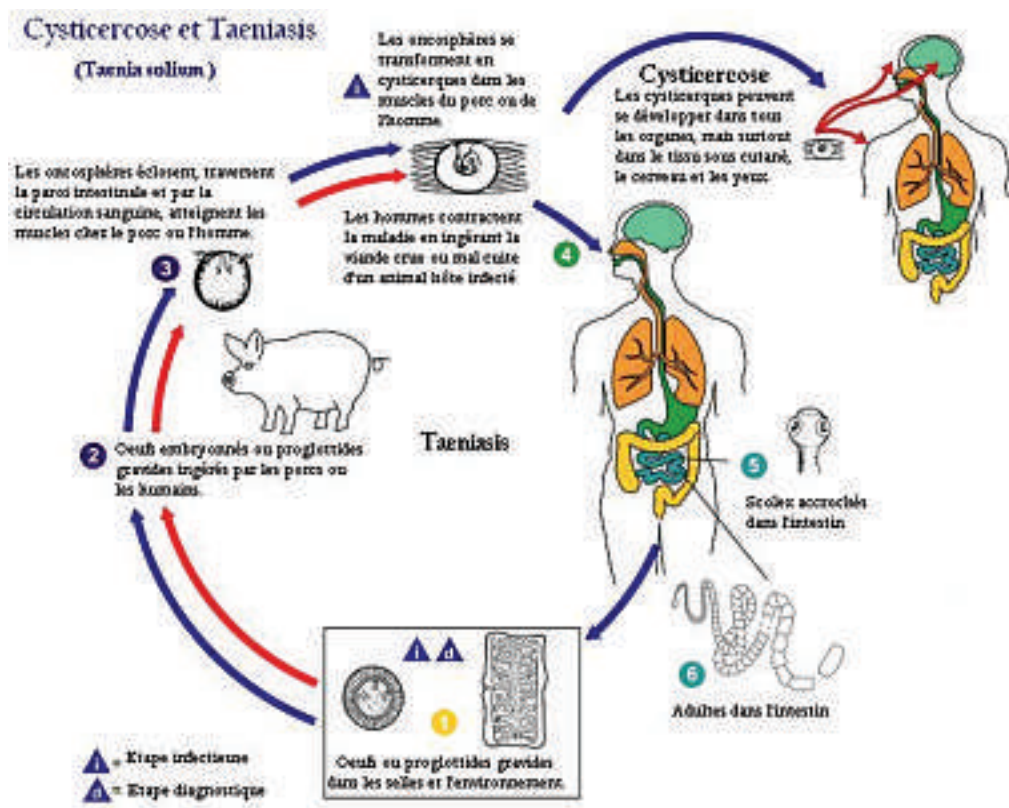
Source: OMS et UNICEF (2008).

mauvaise hygiène et lorsqu'ils sont exposés à l'acide gastrique dans l'estomac, ils perdent leur capsule de protection et se transforment en kystes larvaires appelés oncosphères. Les oncosphères traversent l'appareil gastrointestinal et migrent vers le système vasculaire pour enfin gagner le cerveau, ce qui peut engendrer une cysticercose, voire même une neurocysticercose (voir le cycle de l'infection à la Figure 2.2). Dans les régions endémiques, plus de 30 pour cent des personnes qui souffrent de crises d'épilepsie ont des lésions du cerveau dues à une neurocysticercose (Ndimubanzi *et al.* 2010 ; OMS 2010).

Beaucoup de zoonoses de ce genre pourraient être éradiquées ou sensiblement réduites simplement en améliorant les conditions d'hygiène et d'assainissement, mais il n'a pas été effectué de recherche pour explorer de façon systématique les impacts de l'ATPC sur la prévalence de ce type de maladies (OMS, à paraître). En général, il est très difficile de prouver de façon convaincante les liens entre l'assainissement et la santé, car il existe une foule de facteurs qui entrent en jeu, comme la nutrition, la qualité de l'eau, le lavage des mains, la santé maternelle et la pauvreté (voir Mehta 2011). Ce qui est indéniable, c'est que le fait de mettre un terme à la défécation à l'air libre est l'un des groupes de facteurs qui peut avoir un impact considérable en termes sanitaires. En outre, le processus d'amélioration de l'assainissement par le biais de l'ATPC offre le potentiel d'engendrer toute une gamme d'autres atouts, même si les avantages sur la santé peuvent rarement être prouvés. Les enjeux sanitaires ne sont généralement pas identifiés comme les principaux avantages par les personnes qui adoptent l'ATPC – elles citent plutôt une plus grande intimité et une sécurité accrue (surtout dans le cas des femmes et des jeunes filles), un village propre et une plus grande dignité (voir Scott *et al.* 2007 ; WaterAid 2007).

Malgré les avantages que présente l'assainissement, dans bon nombre de pays d'Afrique, la défécation à l'air libre évolue d'une manière très semblable à la situation dans la majeure partie de l'Asie. Des zones précises sont désignées autour du village comme étant réservées à la défécation ; bien souvent, celles-ci sont divisées en une zone réservée aux femmes et une autre réservée aux hommes. En Afrique, des zones séparées sont souvent réservées aux aînés et aux chefs du village. Tout comme en Asie, nombreux sont les villageois qui

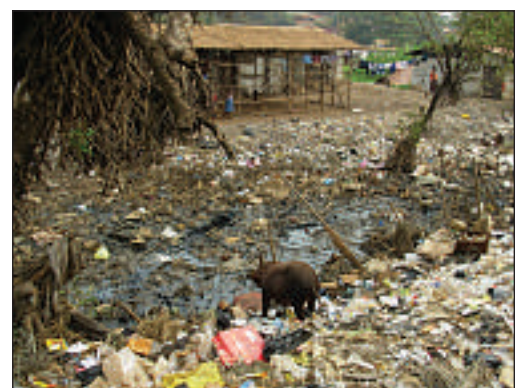
Figure 2.2 Cycle de vie du *Taenia solium* (ver solitaire du porc) et sa transmission à travers les excréments humains et les cochons dans un milieu où se pratique la DAL



Source : www.dpd.cdc.gov/dpdx/HTML/ImageLibrary/Cysticercosis_il.htm (consulté le 14 mai 2011) ; version française disponible à partir de : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Cysticercose>



Enfants qui défèquent dans les ordures, en bordure d'un ruisseau



Cochons en liberté en quête d'excréments humains, Freetown, Sierra Leone

élèvent des cochons et divers animaux qui se nourrissent d'excréments humains pour donner aux villages des abords moins sales.

Toutefois, dans certains pays, la situation en matière de DAL est quelque peu différente. Au Kenya, en Tanzanie, au Nigéria et au Ghana, par exemple, la législation coloniale britannique demeure toujours en place, de sorte qu'il est obligatoire de disposer d'une forme de toilettes dans chaque foyer. Le gouvernement de l'Éthiopie a aussi introduit une législation analogue. Cette situation juridique a engendré une pratique qui consiste à creuser des « trous à merde » dans chaque foyer : des arrangements pour la défécation des plus rudimentaires, qui se résument souvent à de simples orifices sans le moindre avantage sanitaire si ce n'est que la merde est en principe confinée à une superficie plus restreinte. Pour évoquer ce type d'arrangement, on peut parler de « défécation à l'air libre en un point fixe ».

Néanmoins, dans la pratique, ces trous à merde sont tellement repoussants – dégoûtants, nauséabonds, infestés de mouches – qu'ils ne sont finalement utilisés que par ceux qui sont trop vieux ou trop malades pour se rendre plus loin, ou encore pour la défécation nocturne. Il n'existe en fait aucune obligation morale d'utiliser ce trou, et la plupart des villageois préfèrent aller plus loin dans des endroits plus ragoûtants autour du village. En outre, malgré la législation, bon nombre de ménages n'ont même pas creusé ce trou. Par conséquent, la pratique de la défécation à l'air libre est généralisée parallèlement à une utilisation somme toute limitée des trous à merde.

Néanmoins, l'existence relativement répandue de trous à merde – et leur nature peu hygiénique – a rendu la notion « d'assainissement amélioré » particulièrement pertinente dans ces régions d'Afrique. Les estimations du JMP suggèrent qu'en 2008, 22 pour cent de la population d'Afrique subsaharienne utilise des installations « non améliorées » comme les trous à merde (Tableau 2.1). Toutefois, on constate un certain désaccord quant à la question de savoir ce qui est assimilable à une installation améliorée. Les définitions du JMP stipulent que la caractéristique clé d'une installation sanitaire améliorée est qu'elle permet d'assurer une séparation hygiénique des excréta sans contact humain⁹. L'Encadré 2.1 revient plus en détail sur les types de latrine qui respectent cette caractéristique essentielle.

Pour l'ATPC, toutefois, pour qu'une installation soit jugée améliorée, la latrine doit être à l'abri des mouches ; tous les membres du ménage doivent l'utiliser ; et elle ne doit pas contaminer les sources d'eau. Ce dernier point est très important et il se peut que cela constitue une question émergente pour l'ATPC de la deuxième génération et pour d'autres approches d'assainissement de base – bien des aspects du processus restent incertains pour ce qui concerne ses impacts à long terme sur la qualité des eaux de surface ou souterraines (voir, par exemple, Khale et Dyalchand 2011).

9 www.wssinfo.org/definitions-methods/introduction/ (consulté le 7 juin 2011).

Encadré 2.1 Définitions de l'assainissement amélioré et non amélioré selon le JMP

Amélioré :

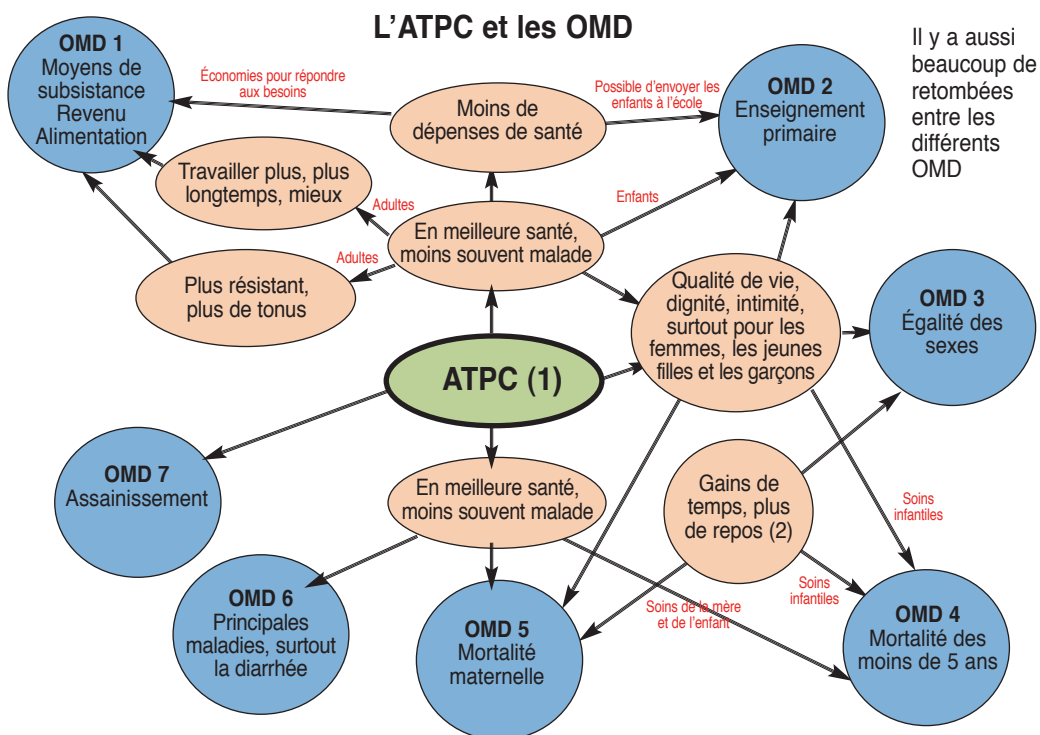
- Toilettes/latrines à chasse d'eau vers un réseau d'égout
une fosse septique
- Latrine à fosse
- Latrine améliorée à fosse ventilée (VIP)
- Latrines à fosse avec dalle
- Toilettes à compostage

Non amélioré :

- Toilettes/latrines à chasse d'eau ailleurs que vers un réseau d'égout, une fosse septique ou une latrine à fosse
- Latrine à fosse sans dalle/fosse ouverte
- Latrine à seau
- Toilettes ou latrines suspendues
- Installations de toute sorte dès lors qu'elles sont partagées
- Pas d'installation ; défécation dans un champ ou derrière un buisson

Source : JMP sur www.wssinfo.org/definitions-methods/watsan-categories/ (consulté le 7 juin 2011)

Figure 2.3 L'ATPC et les OMD



(1) S'applique à tous les types d'assainissement et d'hygiène, mais l'ATPC peut accélérer et élargir le processus et il bénéficie à tous les membres de la communauté

(2) Mais les femmes peuvent avoir plus de nettoyage à faire et plus de corvée d'eau

Robert Chambers
23.10.2008

Source : Chambers (2008).

Ce qui est clair c'est que, pour l'ATPC, la première condition fondamentale est d'ordre comportemental. Alors que d'autres approches insistent quelque peu sur le type ou la durabilité des latrines, avec l'ATPC, l'accent est résolument mis sur les pratiques d'assainissement et la cible FDAL, car en l'absence du statut FDAL, aucun résident – qu'il ait ou non individuellement accès à des installations améliorées, et indépendamment du type de latrine dont il dispose – ne pourra bénéficier d'une hygiène suffisamment améliorée dans la localité ou d'une charge de morbidité réduite.

L'ATPC offre une approche qui pourra radicalement modifier les perspectives de la région concernant la réalisation de l'OMD sur l'assainissement. De plus, avec l'ATPC, le processus d'amélioration rapide et généralisée de l'assainissement est aussi susceptible d'avoir une incidence sur la réalisation de tous les OMD. La Figure 2.3 montre en quoi les améliorations sanitaires et les gains de temps et d'argent qui découlent du processus ATPC peuvent faire des différences énormes dans de nombreux aspects de la vie des gens.

3 Premières incursions, notions comparées

J'ai acquis mes toutes premières expériences d'introduction de l'ATPC en Afrique au coup par coup lorsque des occasions se sont présentées dans le cadre de mon travail sur d'autres projets et programmes. L'histoire de l'ATPC est fermement ancrée dans des travaux qui se sont efforcés d'utiliser des approches et méthodes participatives, comme l'Évaluation rurale participative (ERP), dans beaucoup de manifestations différentes. Dans mon travail, les occasions d'introduire l'approche se sont présentées durant une évaluation participative d'impact et lors de l'introduction de l'ERP dans un processus de planification décentralisée de district, par exemple. C'est donc alors que je portais ma casquette de promoteur de « participation » que j'ai rencontré mes premières chances de travailler directement sur l'ATPC. La première s'est présentée en 2001 lorsque j'ai pris part à un exercice de renforcement des capacités d'agents gouvernementaux et d'élus dans le district de Kibale en Ouganda, dans le cadre d'un Programme de planification décentralisée de district financé par Irish Aid. Teresa McDonald, alors chargée de programme pour Irish Aid à l'Ambassade d'Irlande à Kampala, et Brendan Rogers, ambassadeur irlandais en Ouganda, ont eu l'initiative radicale de saisir cette occasion pour faire une expérience avec l'ATPC. Nous avons procédé à des séances de déclenchement dans dix villages de trois sous-comtés, dont au moins deux ont vite décroché le statut FDAL.

3.1 Mises en garde initiales

Avant cette première expérience mais aussi par la suite, j'ai entendu beaucoup de mises en garde concernant ce que certaines personnes considéraient comme les piètres chances de succès de l'ATPC en Afrique. Ces mises en garde ont revêtu différentes formes. L'ATPC était considéré par beaucoup de professionnels comme

un phénomène typiquement asiatique et il était estimé que son succès était en partie porté par le besoin vital de trouver des solutions sanitaires dans des pays d'Asie densément peuplés. Les populations plus dispersées d'Afrique et ses grands espaces rendaient moins impérieux le besoin d'assainissement et donc l'ATPC n'allait pas pouvoir décoller. Certains estimaient qu'il serait impossible de contourner le tabou très présent dans certaines régions selon lequel les femmes enceintes qui utilisaient une latrine à fosse risquaient une fausse couche. D'autres encore estimaient que l'ATPC constituait une inadéquation culturelle : que les concepts moteurs de honte et de dégoût qui avaient engendré des effets si spectaculaires dans certaines régions d'Asie étaient perçus de façon très différente dans le conscient africain et qu'ils ne produiraient pas ici des résultats notables. On m'a laissé entendre qu'il serait sans doute difficile, lors de la phase de déclenchement en milieu rural, de provoquer chez les Africains un sentiment de honte suffisamment fort à l'idée de déféquer en plein air pour stimuler un désir de construction de latrines et un changement de comportement. D'autres encore ont sous-entendu que, dans bon nombre de nations africaines, les gens étaient si pauvres qu'une approche totalement exempte de subvention était vouée à l'échec ; ou que la culture des aides consenties par les agences des bailleurs était tellement ancrée dans les mentalités qu'une approche exempte de subvention était inconcevable. Alors que je recherchais des villages appropriés, donc n'ayant aucun antécédent de subvention, pour que les participants à des ateliers de formation pratique puissent s'y entraîner à faire des séances de déclenchement, on m'a bien souvent dit qu'il était très difficile de trouver ce genre de villages. En Sierra Leone, au Tchad, en Zambie et au Mali, par exemple, on m'a dit qu'il n'existait pas de village sans antécédent de subvention d'assainissement pour l'achat de matériel par les ménages accordée par les pouvoirs publics, une agence de bailleurs ou des ONG nationales ou internationales.

3.2 Expériences positives

Malgré ces mises en garde, et porté par mes premières rencontres très encourageantes, j'ai continué de rechercher des occasions pour tester l'efficacité de l'approche. J'étais curieux de voir quel serait le résultat, et j'étais résolument décidé à faire au moins un essai avec un exercice qui avait le potentiel d'améliorer les conditions de vie de tant de personnes. J'ai aussi pris conscience du fait que, si l'expérience réussissait, il y aurait des sites de démonstration précieux pour préconiser l'approche dans d'autres sites.

À l'époque, avec des collègues de VERC et de WaterAid Bangladesh, je continuais d'introduire l'ATPC dans des districts du nord et du sud du Bangladesh et à tirer beaucoup d'enseignements des réponses positives des communautés à l'issue de chaque déclenchement¹⁰. En particulier, cela nous permettait de découvrir l'étendue des innovations techniques, sociales et économiques possibles au

10 L'enthousiasme et le soutien offerts par Timothy Claydon, Adil Ahmed, Yakub Hussein, Masud Hassan et beaucoup d'autres collègues de WaterAid et de VERC ont été remarquables.

niveau communautaire et nous étions frappés par la grande variété des modèles de latrines à bas coût effectivement produits (Kar 2003). Ces aperçus ont galvanisé mon désir de poursuivre l'expérience dès que des opportunités se présentaient en Afrique.

Un peu plus tard en 2001, je me suis rendu en Zambie pour une mission d'évaluation pour le compte de WaterAid. L'évaluation s'est déroulée selon le mode de l'évaluation participative d'impact (EPI), en impliquant des membres du personnel de WaterAid Zambie et leur partenaire du gouvernement, le Département de l'eau, l'assainissement et l'éducation à l'hygiène (DWASHE). Au cours de cette mission bilan, qui s'est essentiellement déroulée dans les villages du district de Monze, et avec le soutien de Ravi Narayanan et Mimi Khan de WaterAid Londres, j'ai fait un déclenchement test de l'ATPC dans des communautés et j'ai obtenu les mêmes réactions enthousiastes que j'avais eues en Ouganda.

En octobre 2004, je me suis rendu à Arba Minch, en Éthiopie, pour mener des activités de formation avec le personnel d'une ONG irlandaise, Vita (qui s'appelait alors Refugee Trust International), dans le domaine du développement rural intégré. En tant que conseiller de leur programme sur les moyens de subsistance ruraux, j'ai trouvé une occasion d'introduire l'ATPC comme point de départ pour amorcer une action collective plus large au niveau local. En 2005-2006, j'ai introduit l'approche dans la localité d'Arba Minch de la zone de Goma Gofa par le biais de la première formation pratique africaine – une opportunité rendue possible grâce aux liens de Vita avec Irish Aid, puisque cette dernière avait désormais des preuves tangibles du succès de l'approche dans ses programmes ougandais. Plus de 50 participants venus du projet, des ONG locales et internationales, des services publics et de l'administration locale du *woreda* (district) ont assisté à la formation – cela a aussi permis pour la première fois d'introduire une dimension d'institutionnalisation directe dans la région. Les participants à l'atelier ont procédé à un déclenchement dans un certain nombre de villages d'Arba Minch, y compris dans certains bidonvilles semi-urbains. Des leaders naturels potentiels issus des communautés ont été invités à Addis-Abeba afin de partager leurs projets pour le processus FDAL avec des décideurs et des agences de financement.

Cette expérience en Éthiopie a été très positive. Lors des présentations à Addis-Abeba, les membres de l'auditoire ont été frappés par l'enthousiasme des communautés rurales, qui les ont invités à se rendre dans leurs villages FDAL après deux ou trois mois. Par la suite, l'ATPC a conquis des régions opérationnelles de Vita dans le *woreda* de Chenchu et les zones tribales de Hammar. D'après le coordonnateur du projet Vita, 90 pour cent des villages dans chacun des 11 *kelebes* (quartiers) du *woreda* de Chenchu avaient décroché le statut FDAL en 2009¹¹ dans le cadre d'un processus qui a eu non seulement des résultats d'assainissement dans la pratique mais aussi des effets intéressants en termes d'autonomisation locale (Gebresilase 2010).

11 Communication personnelle, Alemitu Golda, Coordonnateur du projet Vita.

3.3 Questions qui distinguent le déclenchement du suivi en Afrique

Ces premières expériences ont fermement établi le potentiel de l'ATPC en Afrique et ont permis de balayer bon nombre des mises en garde initiales. Le niveau d'enthousiasme était généralement très élevé et le côté ludique de la séance de cartographie et de la marche de découverte a souvent égayé les exercices de déclenchement. Sur les quatre niveaux d'intensité utilisés pour grouper et évaluer le résultat des processus de déclenchement – « feu aux poudres »; « flammes prometteuses »; « étincelles éparpillées » et « pétard mouillé » (voir Kar et Chambers 2008) – ces villages ont toujours été dans les deux premières catégories. Le plus souvent, les gens étaient très ouverts, et le fait d'avoir des interactions plus libres entre hommes et femmes par rapport à bon nombre de contextes asiatiques – p. ex. dans certaines parties du Bangladesh, du Pakistan et du Yémen – a fait que la pleine participation des femmes a rarement posé problème. De l'Éthiopie à la Zambie et par la suite jusqu'en Sierra Leone, le rôle des femmes africaines dans l'adaptation de l'ATPC pour mettre un terme à la défécation à l'air libre a été considérable. Dans beaucoup de pays d'Afrique, des leaders naturels féminins ont créé de formidables exemples de leadership local, des systèmes de récompenses et de sanctions communautaires et une auto-propagation de l'approche dans les villages voisins. M^{me} Weizero Belayinesh Worku, par exemple, leader naturel du village de Fura Kebela dans la Région des nations, nationalités et peuples du Sud (SNNPR) en Éthiopie, sanctionnait les hommes qui déféquaient en plein air en les obligeant à ramasser leurs excréments et à les jeter dans la fosse des toilettes (voir Kar et Chambers 2008).

Par conséquent, dans ces pays, certains aspects de la démarche s'écartaient des processus que j'avais connus en Asie. Certaines de ces différences étaient manifestement favorables au processus ATPC, en le rendant plus vif et plus dynamique et elles expliquent en partie sa propagation et son taux d'adoption rapides. D'autres ont soulevé des problèmes particuliers pour les facilitateurs ATPC, en mettant en relief le besoin d'une facilitation de qualité et d'une bonne formation aux techniques de facilitation.

Négocié avec des trous à merde

Dans les pays où il existait une législation qui rendait les toilettes obligatoires pour tous les ménages – par exemple en Tanzanie, au Kenya, en Éthiopie, au Nigéria et au Ghana – il était fréquent que, lors de la phase initiale du déclenchement, de crainte d'être pénalisés, les gens rechignaient à admettre qu'ils n'avaient pas de toilettes ou qu'ils pratiquaient la DAL. Dans ce cas, je me concentrais sur les trous à merde, lorsqu'ils existaient, pendant une partie du déclenchement, en me servant d'un bâton pour sortir les vers de la fosse et pour faire en sorte que toutes les personnes présentes prennent la mesure de ce qu'elles savaient déjà – que ces trous étaient réellement dégoûtants. Cela rendait aussi la marche de découverte pour inspecter les sites de DAL particulièrement importante, puisque cela prouvait que, dans tous les cas, la DAL était en réalité très répandue.

D'un autre côté, deux aspects du trou à merde ont favorisé le processus ATPC d'une manière que l'on a rarement vu en Asie. Tout d'abord, la pratique de défécation en un point fixe avait, dans une certaine mesure, été plus ou moins établie dans ces régions, et il existait un certain niveau de pression morale en faveur de l'utilisation de toilettes, de par la législation. De plus, il devenait relativement facile de faire le premier pas pour mettre un terme à la DAL et prendre les mesures sanitaires requises dans ce sens : il suffisait de recouvrir correctement les trous à merde pour les rendre anaérobies et donc empêcher la prolifération de mouches. Parfois, cela supposait aussi de montrer pourquoi les couvercles existants ne remplissaient pas correctement leur rôle – dans un exercice de suivi à l'issue d'un déclenchement au Nigéria, nous avons demandé au propriétaire d'une latrine d'enlever le couvercle pour montrer que les mouches pouvaient toujours accéder à la fosse et s'y multiplier. En l'espèce, toutes les personnes présentes savaient que cela pouvait être stoppé en recouvrant les excréments de cendres après chaque usage et en renforçant les joints du couvercle avec de la cendre. Après ces modifications, il suffisait que tout le monde accepte d'utiliser la latrine. Il est presque certain que cela explique en partie la rapidité avec laquelle certains villages ont obtenu le statut FDAL en Afrique : de fait, dans bien des cas, les trous à merde ont été recouverts dès le lendemain du déclenchement.

Ailleurs, la première étape du processus peut prendre beaucoup plus longtemps, par exemple si la saison fait que le sol est trop humide pour y creuser des fosses ou si les communautés sont trop occupées par d'autres travaux pour consacrer le temps nécessaire au creusement des fosses.



Verser de la cendre à l'intérieur et tout autour du trou à merde après chaque usage dans le district de Niando au Kenya



Lavage de mains avec un système de fortune (*tipi-tap*) mis au point par des communautés FDAL dans le district de Slyaya au Kenya

Un accès moindre aux soins de santé

Une autre question, tragique cette fois, qui semble accroître la réaction favorable au processus de déclenchement de l'ATPC, surtout dans les villages les plus reculés, tient au fait que l'accès très limité aux installations sanitaires quel qu'en soit le type par rapport à la plupart des régions d'Asie faisait que de nombreux individus avaient récemment fait l'expérience directe de la mort d'un enfant causée par la diarrhée. En cas de diarrhée, lorsque les hôpitaux, les médecins, les guérisseurs ou autres services offrant un traitement salin sont trop éloignés, les enfants peuvent très vite mourir de déshydratation. Beaucoup de participants se sont rappelés ces incidents dramatiques. Lorsqu'on s'appuie délicatement sur ces expériences traumatisantes durant le déclenchement, il est fréquent que cela incite une communauté à prendre des mesures rapides.

Je me souviens d'un incident particulier, durant la marche d'exploration d'un exercice de déclenchement de l'ATPC dans un village du district de Kenama en Sierra Leone, lorsqu'une mère était en proie au désespoir à cause de son bébé déshydraté. Comme il n'y avait ni hôpital ni centre de soins à proximité, les proches de la pauvre femme et les villageois ne savaient que faire. Le sort a voulu que nous ayons la chance de pouvoir envoyer le bébé et sa mère dans un centre de soins reculé grâce à notre véhicule. Mais cette situation est loin d'être la norme et des milliers d'enfants meurent chaque année dans de telles circonstances. Lorsque de telles réalités coïncident avec le déclenchement de l'ATPC, elles peuvent engendrer un véritable sentiment d'urgence en faveur de l'obtention du statut FDAL. Dans un cas analogue, une épidémie de choléra a hâté l'adoption et la propagation de l'ATPC dans au moins deux régions du Tchad en 2010.

Un plaidoyer direct de la part des enfants

En partie du fait du lien avec le risque très réel de diarrhées fréquentes et de maladies entériques chez les enfants, ces derniers se sont révélés être des intervenants importants dans les processus de suivi.

Souvent, ils formaient d'impressionnants défilés et s'attelaient à persuader leurs parents de construire des latrines et de les utiliser. À plus d'une occasion, les chansons qu'ils chantaient durant les défilés priaient instamment les parents d'épargner leur vie en améliorant l'assainissement et en aménageant des latrines – alors qu'en Asie, ces chansons portaient le plus souvent sur les liens entre la maladie et la pratique de la défécation en plein air sans toutefois faire allusion directement aux répercussions sur la santé de chacun, le risque de voir un enfant mourir ou les responsabilités des parents pour empêcher cette mort. Ainsi, durant les déclenchements en Sierra Leone, au Mali et au Tchad, il n'était pas rare de voir un grand nombre d'élèves prendre part aux manifestations, peut-être en rentrant de l'école, en chantant des slogans et en battant des tambours, pour supplier leurs parents de ne pas les laisser déféquer en plein air. Les enfants ont souvent assumé des rôles de premier plan durant les processus de déclenchement, se chargeant de faire des présentations et de prendre part activement aux discussions sur les pratiques de défécation.



Considérations topographiques

Outre l'emplacement du « trou à merde », qui exige une attention spéciale durant le déclenchement, d'autres questions qui ont nécessité un traitement particulier durant le déclenchement et le suivi sont les aspects qui touchent à la résistance au processus. Il est vrai que la plupart des régions d'Afrique sont moins densément peuplées qu'en Asie, ce qui signifie que les effets de la DAL sont moins spectaculaires et cela peut atténuer l'immédiateté du besoin de changement. Néanmoins, beaucoup de mes collègues et moi-même avons trouvé que, durant le déclenchement, il suffisait de créer un

environnement porteur où la communauté pouvait se renseigner davantage sur la contamination fécale-orale découlant de la pratique de la DAL pour stimuler la motivation en faveur d'un changement d'assainissement.

Dans le même ordre d'idée, dans les vastes régions semi-arides, les excréments éparpillés en plein air se dessèchent très vite et, à ce stade, on peut croire qu'ils sont neutralisés. La rareté de l'eau pose souvent un problème – la plupart des communautés dans les régions rurales reculées d'Afrique puisent leur eau de boisson dans des ruisseaux ou des réservoirs naturels qui stockent l'eau de pluie ruisselant en surface. Souvent, il suffisait de souligner que toute la merde humaine, qu'elle soit sèche ou humide, est transportée par la pluie dans les sources d'eau de boisson et contamine la totalité de la ressource. Prendre le temps de discuter du transfert des fèces humaines au domicile et aux sources d'eau de boisson par le biais du pâturage des animaux est une stratégie de déclenchement très efficace chez de nombreuses communautés qui vivent dans des régions hostiles et reculées, et dépendent fortement de leur bétail pour leurs moyens de subsistance.

Tout comme en Asie, au premier abord, beaucoup de résidents des villages situés le long du littoral où la marée vient nettoyer les excréments quotidiens ne voient pas la nécessité de prendre d'autres dispositions. Ce sont là autant de questions qu'il faut traiter avec perspicacité durant le déclenchement mais il est rare qu'elles fassent véritablement obstacle au démarrage d'une démarche pour mettre un terme à la DAL si elles sont abordées intelligemment. Ainsi, dans un bidonville d'assez grande taille le long de la côte près de Freetown en Sierra Leone, durant une séance de déclenchement avec une communauté piscicole, quelques membres éclairés de la communauté ont signalé que le poisson qu'ils consommaient mangeait leur merde. En rebondissant sur cette observation, nous avons décidé de vider des poissons fraîchement pêchés et tout le monde a pu sentir l'odeur de

merde qui s'échappait de leurs viscères. Le déclenchement a aussi été planifié à marée basse, lorsque la plage et la côte rocheuse étaient encore souillées d'excréments humains et quand l'odeur de merde plombait encore l'atmosphère.



La merde venant des toilettes est évacuée directement sur le rivage par les canalisations, et gagne la mer à marée haute. Sierra Leone



La défécation à l'air libre est un phénomène endémique dans les communautés piscicoles qui vivent le long de la côte près de Freetown, Sierra Leone

Malgré ou peut-être à cause de ces caractéristiques, les villages ayant fait l'objet d'un déclenchement au cours de ces premières sessions, et dont beaucoup ont réussi à obtenir le statut FDAL, ont marqué de véritables jalons dans la réussite de l'ATPC. Ils sont devenus des endroits où les gens venaient pour voir si c'était vrai et comment fonctionnait l'ATPC. Ils ont en fait été les premiers villages de démonstration.

Considérations culturelles

On m'avait averti que l'ATPC risquait de se heurter à des difficultés potentielles en raison des pratiques culturelles tribales en Afrique, p. ex. qu'il était peu probable que les chefs et les aînés acceptent d'utiliser la même latrine que les autres ou que les belles-filles utilisent la même latrine que leurs beaux-pères. Il existe toute une variété de croyances et de tabous dans les différents peuples. Musyoki (2007), par exemple, souligne que dans la mythologie massaïe, les hommes ne défèquent pas du tout, de sorte qu'il devient difficile d'aborder la question. Pourtant, mon expérience m'a démontré que le processus ATPC est suffisamment souple et ouvert pour que les communautés trouvent leurs propres solutions à ce type de problèmes, soit au terme d'une discussion entre les membres soit grâce à des adaptations

techniques. Une solution courante, adoptée par nombre de communautés, était que les familles construisent plus d'une toilette par foyer, allouée chacune à différents membres de la famille, comme l'exigeaient les pratiques locales. J'ai rarement vu la progression de l'ATPC entravée par ce type de tabous, même si la manière dont ces croyances influencent le détail de la mise en œuvre de l'ATPC continue de faire l'objet d'une exploration intéressante (voir Movik et Mehta 2010).

D'un autre côté, l'ATPC a été clairement facilité par une culture de coopération au sein des communautés. Dans la plupart des pays, les hommes et les femmes en bonne santé ont proposé aux personnes âgées et aux handicapés de leur communauté qui n'avaient personne pour le faire de les aider à creuser la fosse de leur toilette. Au Nigéria, au Tchad et au Mali, il y a désormais beaucoup d'exemples où les leaders naturels identifiés lors du processus ATPC font du porte à porte pour organiser des groupes de bénévoles et pour aider les familles pauvres ou handicapées. Dans la région d'Arba Minch en Éthiopie, on a constaté une très grande solidarité sociale entre les membres des groupes communautaires de la cérémonie du café, qui ont dans certains cas constitué des groupements sociaux pour travailler sur l'ATPC¹².

4 Institutionnalisation de l'ATPC

Puisque l'amas de preuve témoignant du succès de l'ATPC en Afrique ne cessait de croître, à la fin de 2006, le temps était venu d'amorcer un processus concerté de diffusion et d'institutionnalisation de l'approche. Mais comment procéder ? L'expérience acquise en Asie suggérait à bon nombre d'acteurs de l'ATPC qu'on pouvait réellement compter sur des bastions de travail de qualité sous l'égide de diverses ONG lorsque les pouvoirs publics et/ ou de grosses agences comprenaient le processus et décidaient de le promouvoir. Toutefois, l'obtention de ce soutien avait rencontré un succès limité en Asie : le gouvernement indien refusait de se prononcer sur les principes de base de l'ATPC d'une autonomisation locale et d'une absence de subvention accordée dès le départ aux ménages pour l'achat de matériel sanitaire, hormis au niveau des autorités de quelques États ; le gouvernement du Bangladesh avait donné son aval à l'ATPC mais il continuait d'accorder des subventions sous forme de fourniture gratuite et limitée de dalles et soubassements de toilette aux membres les plus pauvres de la communauté, par le biais des syndicats de *parishads* (le plus bas niveau des collectivités territoriales). Au Cambodge, la situation reste trouble – bien que beaucoup d'ONG aient travaillé avec l'ATPC, l'approche n'est pas pleinement intégrée dans la stratégie nationale d'assainissement. En Indonésie, toutefois, à la fin de 2006, l'ATPC avait reçu l'aval du gouvernement et des bailleurs comme solution possible face à la lenteur des progrès réalisés par les programmes Eau et assainissement pour les communautés à bas revenu de la Banque mondiale (WSLIC-II) et il était sur le point d'être mis en œuvre. De fait, par la suite, WSLIC-III (PAMSIMAS) allait être totalement conçu sur la base de l'approche ATPC.

12 Aux quatre coins de l'Éthiopie, des groupes se réunissent régulièrement pour partager la cérémonie du café.

4.1 Plan se montre précurseur en Afrique australe et orientale

Lors de l'atelier d'Addis-Abeba en octobre 2006 au cours duquel ont été présentés des projets de FDAL par des villageois d'Arba Minch, j'ai rencontré M. Amsalu Negussie, Conseiller régional pour l'eau et l'assainissement (E&A) auprès de Plan RESA, qui était prêt à mettre les dernières touches à un programme de formation et de renforcement des capacités en vue de déployer l'ATPC dans 13 pays des programme E&A de Plan RESA.

Cela a sans doute donné le coup d'envoi officiel au processus d'institutionnalisation. Plan RESA a organisé deux grands ateliers régionaux de formation à l'ATPC, le premier en février 2007 à Dar es Salaam en Tanzanie et l'autre en mars 2007 à Awassa en Éthiopie. Au moins 90 participants issus de presque tous les pays d'Afrique australe et orientale ont activement pris part à ces deux ateliers – parmi eux figuraient des conseillers E&A et du personnel de terrain de Plan ainsi que d'autres ONG nationales et internationales et des agents gouvernementaux. De très talentueux formateurs en ATPC ont été identifiés grâce à ces ateliers et ils ont à leur tour pu faire avancer le processus de formation de tiers et la diffusion du processus dans leur propre pays et dans les pays voisins¹³. Progressivement, l'ATPC s'est fermement institutionnalisé au sein de Plan et tous les personnels de terrain travaillant pour le programme ont été formés par ceux qui avaient reçu une formation à Awassa. En quelques mois, on a pu observer de superbes résultats dans des villages éthiopiens des États de SNNP, Sidama, Gurage, Tigré et Jimma. Ces villages étaient ensuite utilisés systématiquement comme des laboratoires d'apprentissage pour d'autres communautés. Le village de Shebedino est devenu une véritable « marque de fabrique » dans la région et il a produit de nombreux leaders naturels, y compris des enfants au talent exceptionnel. Les formateurs formés à Awassa ont fourni un appui à la formation d'autres agences intéressées de la région : la dissémination de l'ATPC a été remarquable en Éthiopie et sur le littoral de Mombassa au Kenya. En Éthiopie, à l'époque, le responsable du Bureau sanitaire régional de la région SNNP était le Dr Shiferaw, qui allait devenir ministre de la Santé en 2008. Sous son influence, l'ATPC a été intégré dans la politique sanitaire nationale, ce qui a permis d'élargir encore la portée de l'ATPC – toutefois, les complications associées à cette progression sont évoquées à la Section 6.

Dans les trois ans qui ont suivi les ateliers régionaux de formation, l'ATPC s'est propagé très largement et l'approche est désormais pratiquée en Éthiopie, au Kenya, en Tanzanie, en Érythrée, en Ouganda, au Malawi, en Zambie, au Mozambique, au Soudan et à Madagascar. Néanmoins, cette propagation rapide a d'abord été impulsée par l'institutionnalisation au sein de Plan RESA. L'institutionnalisation au sein des services et des mécanismes d'assainissement gouvernementaux était donc la prochaine étape.

13 Parmi les principaux formateurs, on peut citer Atnafe Beyene, Cherkos Tefera et le Dr Tezera Fisseha de Plan Éthiopie ; Dawit Belew, Seyoum Geitu, Samuel Musyoki, Philip Otieno, Martin Hinga et Frank Marita de Plan Kenya ; Solomon Kebede et Alemitu Golda de Vita, Éthiopie ; et Francis Mtitu de Plan Tanzanie.

4.2 L'UNICEF met au point le modèle

Ce premier processus a fourni un modèle robuste pour montrer comment l'ATPC pouvait être adopté et diffusé avec l'appui d'une agence prenant fait et cause pour l'approche. À la mi-2007, UNICEF New York – malgré une certaine ambivalence à l'égard de l'ATPC dans certains pays asiatiques comme l'Inde et le Bangladesh, due en partie aux liens différents entre gouvernements et bailleurs de fonds, comme nous l'évoquons plus en détail plus loin dans ce document – a amorcé une démarche sérieuse en faveur du développement d'une approche d'autonomisation communautaire sans subvention en guise de stratégie internationale d'assainissement. Ce processus a notamment été promu par Clarissa Brocklehurst, laquelle avait auparavant travaillé comme représentant pays de WaterAid Bangladesh, à l'époque où j'avais développé cette approche durant une évaluation de leur programme. Cette stratégie a été officiellement adoptée par la suite, en 2008. Comme l'un des précurseurs de l'approche, j'ai été mandaté par UNICEF New York vers la fin de 2007 pour introduire l'ATPC dans les pays africains où les bureaux de l'UNICEF en exprimaient le souhait.

Après les premiers ateliers organisés dans le cadre de ce processus, l'UNICEF a réalisé que Plan s'était forgé une solide expérience en matière d'ATPC en Afrique australe et orientale. Les ateliers que j'avais facilités s'inspiraient déjà du modèle mis au point avec Plan RESA. Mais pour l'UNICEF, l'accent était surtout à mettre sur le travail d'influence auprès des agences gouvernementales, des bureaucrates et des décideurs en charge de l'assainissement.

4.3 La stratégie

Le ralliement des gouvernements à la cause de l'ATPC a pris beaucoup moins de temps dans la plupart des régions d'Afrique qu'en Asie et cela tient en partie à la rapidité avec laquelle l'UNICEF a repris le flambeau et travaillé d'emblée principalement avec les ministères et les départements gouvernementaux. Elle a été soutenue dans ce sens par certains bailleurs, en particulier le Département britannique pour le développement international (DFID), qui assurait la promotion de l'ATPC – c'est le DFID qui avait financé les ateliers de Plan RESA sur l'ATPC en Tanzanie et en Éthiopie dans le cadre de leur focalisation sur l'assainissement en Afrique.

Avant les développements intervenus vers la fin de 2007, les travaux de l'UNICEF sur l'assainissement en Afrique avaient été principalement axés sur le matériel d'assainissement, avec la méthode PHAST (*Participatory Hygiene and Sanitation Transformation* – Transformation participative en matière d'hygiène et d'assainissement¹⁴) en tant qu'approche d'apprentissage et de changement comportemental, y compris plusieurs de ses éléments normatifs. En octobre 2007, le premier atelier régional de l'UNICEF s'est tenu à Nairobi, à l'intention des instituts régionaux de formation comme le *Network for Water and Sanitation*

14 Voir la Section 5 pour obtenir un complément d'information sur l'approche PHAST.

International (NETWAS) au Kenya, le Centre régional pour l'eau potable (CREPA) au Burkina Faso pour l'Afrique de l'Ouest francophone, *Training, Research and Networking for Development* (TREND) au Ghana pour les pays anglophones d'Afrique de l'Ouest et d'autres centres de formation du Zimbabwe et du Mozambique. Il s'agissait d'un atelier d'exploration et d'évaluation de trois jours.

Après cela, durant le premier semestre de 2008, une série d'ateliers pratiques de formation nationale a commencé en Sierra Leone, en Éthiopie, au Malawi, au Kenya et en Zambie (voir l'Annexe 1). Dans certains pays, des agences comme Plan et WaterAid avaient déjà promu l'ATPC, auquel cas, mon rôle était de contribuer à asseoir encore davantage le programme, en particulier par le biais d'ateliers auxquels prenaient part des ministres, des bureaucrates et du personnel de l'UNICEF. Ma seconde mission consistait à élargir le processus de formation d'un régiment de formateurs qui allait pouvoir faire avancer le processus de déclenchement et son suivi.

Dans d'autres pays, l'ATPC était flambant neuf et mon rôle consistait alors à organiser des ateliers qui pouvaient prouver que l'ATPC donnait de bons résultats, convaincre et persuader des acteurs clés et finalement parvenir à établir des villages FDAL comme sites d'apprentissage et de démonstration. Il m'arrivait souvent de revenir sur place trois ou quatre mois après ces ateliers initiaux pour faire le point des expériences et des problèmes rencontrés et pour poursuivre la formation.

Les premières formations : objectifs primaires et secondaires

Les premiers ateliers ATPC organisés dans les pays par l'UNICEF ont suivi un schéma particulier. Il s'agissait d'ateliers pratiques, de sorte que l'accent était mis sur un travail en direct et en temps réel avec les communautés. Ils duraient cinq jours et les participants travaillaient en groupes dans les différents villages, en dirigeant des exercices de déclenchement dès le deuxième jour, mais aussi le troisième et le quatrième jour. Du temps était aussi mis de côté pour passer en revue et comparer les expériences des différents groupes. Le cinquième jour, une poignée de membres du village triés sur le volet – des « leaders naturels » potentiels ou des « consultants communautaires » ayant fait preuve d'enthousiasme et d'aptitude à déployer le processus dans leurs communautés et identifiés par les participants à l'atelier et les facilitateurs – étaient invités à faire des exposés sur ce qu'ils comptaient faire pour décrocher le statut FDAL¹⁵.

Des ateliers analogues ont depuis lors été organisés dans beaucoup de pays d'Afrique. Il s'agit d'ateliers qui ont un ordre du jour triple :

- Au premier niveau, l'objectif vise à introduire l'ATPC à un groupe d'acteurs potentiels, de les convaincre de son efficacité, de leur donner une bonne appréciation de son principe de fonctionnement par le biais d'initiatives communautaires et grâce aux leaders naturels et de leur donner l'occasion de pratiquer leur propre déclenchement.

¹⁵ Voir la note de bas de page 13 pour connaître certaines des nombreuses personnes clés qui, lors de ces ateliers, se sont révélées être des facilitateurs de talent.

- À un autre niveau, il s'agit d'ateliers de formation de formateurs – une poignée de participants qui réalisent qu'ils ont une aptitude pour l'ATPC, et surtout pour son déclenchement, reçoivent les moyens de pousser la formation plus loin.
- Au troisième niveau, les ateliers entendent créer des sites de démonstration durables sur le terrain sous forme de villages qui sont en passe de devenir FDAL. Ce sont les preuves vivantes que l'ATPC donne de bons résultats et ils contribuent à la dissémination du processus en tant qu'exemples concrets propices à une propagation de village en village, comme points de référence pour les nouveaux animateurs ATPC, et comme preuve et source de données concrètes pour aider à convaincre des décideurs aux niveaux administratifs et politiques.

En d'autres termes, ces processus de cinq jours visent à créer une expérience multiniveau pour voir, faire, apprendre et transmettre l'ATPC afin de créer une armée de facilitateurs de l'ATPC dotés de leur propre expérience pratique et afin de créer la preuve dans des villages que l'ATPC donne de bons résultats pour mieux convaincre les décideurs. Les ateliers s'efforcent aussi d'élaborer des plans et d'obtenir des engagements spécifiques de la part des participants concernant ce qu'ils feraient pour faire avancer l'ATPC, quels seraient leurs cibles en termes de nombres de villages FDAL et de déclarations de statut FDAL.

Les formations dispensées par l'UNICEF dans les pays différaient quelque peu de celles qui avaient été dirigées par Plan en Afrique australe et orientale. Avant tout, Plan disposait d'un groupe de formateurs internes, donc un objectif primordial était l'utilisation des premiers ateliers pour changer la façon de travailler de ces formateurs : l'accent était mis non seulement sur le lancement d'initiatives villageoises impulsées par la communauté, mais aussi sur la méthodologie d'apprentissage par le biais de laquelle cela avait le plus de chances de se produire, en s'écartant des approches normatives.

L'UNICEF, en revanche, avait un mandat clair qui consistait à impliquer les agents gouvernementaux car, dans la plupart des pays, les ministères et services gouvernementaux sont ses principaux partenaires. Ces participants devaient être équipés pour diffuser l'ATPC au niveau local et le mettre à l'échelle et incités à faire d'autres adeptes dans leur environnement de travail immédiat. Environ 90 pour cent des participants aux ateliers UNICEF étaient des membres des gouvernements et de l'UNICEF. Certains représentants des ONG partenaires de l'UNICEF ont aussi été invités, ce qui a engendré une plus grande sensibilisation à l'approche au sein des organisations partenaires.

Dans certains pays, on a aussi cherché à se servir des ateliers comme une occasion d'exposer les décideurs clés et les chefs de programme à l'approche pour tenter de les convaincre. D'autres ateliers ont eu une perspective plus régionale, comme la réunion de découverte des instituts régionaux de formation en octobre 2007 organisée à Nairobi au Kenya et la formation régionale E&A au Mali en novembre 2008, qui visait les responsables nationaux des programmes d'eau et d'assainissement de l'UNICEF et les décideurs gouvernementaux haut placés au sein des ministères et services en charge de l'eau et l'assainissement. L'atelier malien, qui a présenté l'ATPC au niveau institutionnel dans les régions

d'Afrique centrale et occidentale, a réuni au moins dix pays francophones où l'UNICEF avait des bureaux.

Un atelier régional a aussi été organisé au Nigéria en février 2009, auquel ont pris part des participants de cinq pays anglophones dans les régions d'Afrique centrale et occidentale. À ce stade, la Sierra Leone, le Nigéria et le Ghana¹⁶ avaient déjà une certaine expérience de l'ATPC donc, l'aspect « pratique » des ateliers dans ces circonstances visait moins à donner la chance de s'entraîner au déclenchement à des gens qui allaient effectivement déployer la mise en œuvre du processus mais plutôt à acquérir une expérience convaincante et à élaborer des plans d'action au niveau national pour déployer l'ATPC plus largement dans chaque pays.

Ateliers ultérieurs et de suivi

Suite à ces ateliers initiaux promus par UNICEF New York, plusieurs bureaux de l'UNICEF dans d'autres pays m'ont contacté indépendamment pour diriger une formation introductive pratique avec des agents gouvernementaux et des ONG de premier plan, etc. : de toute évidence, l'ATPC faisait parler de lui. Le plus souvent, les participants à des ateliers régionaux s'intéressaient à l'introduction de l'ATPC dans leur pays, et surtout à créer des sites de démonstration propres à leur pays qui soient susceptibles d'être utilisés comme une preuve indubitable que l'ATPC avait donné de bons résultats dans le pays en question. Parmi ceux-ci ont figuré le Tchad, le Mozambique, l'Érythrée, le Nigéria et le Mali – où des ateliers régionaux ont été organisés – et qui ont tous demandé une formation propre à leur pays.

Bon nombre de ces pays, ainsi que les pays de départ qui commençaient à institutionnaliser l'ATPC, ont aussi organisé des ateliers de suivi pour passer les progrès en revue, renforcer les compétences des formateurs et/ou présenter l'approche à de nouveaux participants. D'ailleurs, il est fréquent que ces ateliers ultérieurs soient co-facilités ou dirigés par les stagiaires d'hier. Parfois, ils mettent l'accent sur la formation d'organisations de formation réputées, comme le CREPA au Burkina Faso qui forment des groupes en Afrique centrale et occidentale francophone, TREND au Ghana et NETWAS au Kenya. Toutefois, il subsiste quelques désaccords quant à la façon dont la formation ultérieure et les ateliers de formation des formateurs devraient être organisés ; ces différends sont abordés plus en détail à la Section 6.

Dans l'ensemble, le taux d'adoption et la propagation de l'ATPC à travers l'Afrique ont été extraordinaires. Au moins 26 pays ont introduit l'approche et au moins cinq l'ont adopté comme un élément essentiel de leur stratégie nationale d'assainissement. Toutefois, les processus mis en place à l'issue des ateliers

16 La Sierra Leone avait bénéficié d'ateliers de formation pratique organisés par l'UNICEF et dirigés par Kamal Kar en janvier-février 2008. L'ATPC avait aussi fait l'objet d'un suivi et d'un soutien par Plan et par l'ONG irlandaise GOAL, ainsi que par le ministère en charge des Approvisionnements en Eau et de l'Assainissement. Le Nigéria et le Ghana avaient introduit l'ATPC par l'intermédiaire de WaterAid, dans les zones opérationnelles de WaterAid.

initiaux n'ont pas été les mêmes dans les différents pays. Dans certains, comme au Mozambique, en Éthiopie, en Zambie, au Malawi et en Sierra Leone, la propagation a été rapide ; des centaines de villages ont fait l'objet d'un déclenchement et une proportion considérable d'entre eux ont décroché le statut FDAL. Dans d'autres, comme au Burkina Faso, en Tanzanie, en Ouganda et au Nigéria, qu'un bataillon de formateurs ait ou non été formés, cela ne s'est pas traduit aussi vite en nombres élevés de déclenchements ou de villages au statut FDAL (voir la Section 6). La proportion de villages ayant fait l'objet d'un déclenchement qui sont devenus FDAL varie beaucoup d'un pays à l'autre. Le Tableau 4.1 donne une idée de ces disparités et des questions institutionnelles qui ont peut-être influencé les progrès du processus – par exemple, la coexistence d'approches par subvention. La section suivante tente de dégager certains des facteurs qui, d'après moi et sur la base de mon expérience en Asie, semblent avoir influencé ces différentes trajectoires.

Table 4.1 État des lieux et comparaison des progrès accomplis, pays désignés (novembre 2010)

Pays	Mois/année d'introduction de l'ATPC	No. de villages déclenchés	No. de villages FDAL	No. de familles ayant un meilleur assainissement	Population des villages FDAL	No. de formateurs clés	No. de facilitateurs	Position de l'ATPC dans la stratégie nationale d'assainissement	Existe-t-il des subventions pour l'achat de matériel sanitaire ?	Autres organisations qui promeuvent/ utilisent l'ATPC	Observations
Bénin	Nov. 2009	67	--	--	-	5	74	Politique/ stratégie nationale en cours d'élaboration/ validation	Oui Plan	Plan, Helvetas, UNICEF	CLTS introduit par CREPA. Si l'ATPC était adopté comme stratégie nationale d'assainissement, la mise à l'échelle serait plus rapide. Mais une formation, une facilitation et un suivi de qualité sont essentiels
Burkina Faso	2008	32	--	--		5	5		Oui	WaterAid, UNICEF	La stratégie d'assainissement du gouvernement promeut une subvention pour l'achat de matériel et prescrit des modèles de latrines. Le CREPA doit développer des villages FDAL autour de son propre site institutionnel pour démontrer l'applicabilité de l'ATPC et convaincre les pouvoirs publics
Cameroun	Mars 2009	30	6	--	14 085	2	80	L'ATPC est expressément inclus dans les documents politiques/ stratégiques officiels		UNICEF	Besoin urgent de formateurs et de facilitateurs de qualité. Dispositif robuste de suivi post-déclenchement requis
Congo Brazzaville	Nov. 2009	25	5		6 510	5	300	ATPC mis en œuvre dans les programmes gouvernementaux mais pas inclus dans la politique/ stratégie officielle		UNICEF	
Côte d'Ivoire	Juin 2009	129	5		4 554	4	53	Politique/stratégie nationale en	Oui	UNICEF	Le ratio entre le nombre de

Pays	Mois/année d'introduction de l'ATPC	No. de villages déclenchés	No. de villages FDAL	No. de familles ayant un meilleur assainissement	Population des villages FDAL	No. de formateurs clés	No. de facilitateurs	Position de l'ATPC dans la stratégie nationale d'assainissement	Existe-t-il des subventions pour l'achat de matériel sanitaire ?	Autres organisations qui promeuvent/ utilisent l'ATPC	Observations
								cours d'élaboration/ validation			villages déclenchés et de villages FDAL est alarmant. Cela suggère des problèmes de qualité au niveau du déclenchement, un manque de sérieux du suivi ou une fréquence trop faible des visites de suivi et de certification
Djibouti	2010	20	-								La première formation pratique sur l'ATPC a été organisée par le CREPA en 2010
Érythrée^b	Fin 2007 ATPC mixte, mi-2009 ATPC pur	162	33	47 185 dans des villages FDAL ; 128 490 utilisent une latrine dans les villages ayant fait l'objet d'un déclenchement		10 env.	146	La Politique d'assainissement rural de l'Erythrée et l'orientation stratégique soutiennent pleinement l'approche ATPC	Non	La Fédération nationale de la Croix-Rouge en Érythrée a adopté l'ATPC et elle forme des facilitateurs UNICEF	Plusieurs villages ont fait l'objet d'un auto-déclenchement et au moins l'un d'entre eux est au statut FDAL
Éthiopie	Fév. 2007	18 256	14 110	2 822		30	Plus de 250	L'ATPC est maintenant transformé en ATHPC pour inclure l'hygiène. Un groupe national d'action sur l'hygiène et l'assainissement présidé par le ministère de la Santé regroupe les secteurs de la santé, de l'eau et de l'éducation et d'importantes agences bilatérales et multilatérales ainsi que des ONG internationales	Presque pas	La plupart de ceux qui travaillent dans le secteur de la santé et la sécurité soutiennent l'ATPC, UNICEF	Les chiffres sont incomplets ; collecte des données actualisées en cours

Pays	Mois/année d'introduction de l'ATPC	No. de villages déclenchés	No. de villages FDAL	No. de familles ayant un meilleur assainissement	Population des villages FDAL	No. de formateurs clés	No. de facilitateurs	Position de l'ATPC dans la stratégie nationale d'assainissement	Existe-t-il des subventions pour l'achat de matériel sanitaire ?	Autres organisations qui promeuvent/ utilisent l'ATPC	Observations
								et locales et des partenariats public-privé (PPP)			
Gambie	Mai-Juin 2009	39	3		3 323	4	46	L'ATPC est expressément inclus dans les documents politiques/ stratégiques officiels	Oui	UNICEF	
Ghana^a	2007	308	69	1 390	8 340	n/a		L'ATPC est mentionné dans la politique nationale et le plan d'action stratégique pour l'assainissement environnemental. L'ATPC est expressément inclus dans les documents politiques/ stratégiques officiels	Oui, avec seulement un projet géré par World Vision. À l'issue du déclenchement, le projet IWASH fournit des incitations aux communautés sous forme de dalles	WaterAid, Plan Ghana, Community Water and Sanitation Agency, UNICEF	Données tirées d'un rapport d'évaluation sur l'ATPC de 2009. Pas de données actualisées disponibles
Guinée-Bissau	Fév. 2010	94			7 766	5	35	Politique/ stratégie nationale en cours d'élaboration/ de validation		UNICEF	
Guinée Conakry	Juin 2009	24			15 515	2	47	L'ATPC est expressément inclus dans les documents politiques/ stratégiques officiels	Oui, mais très modestes	UNICEF	
Kenya^c	Avr. 2007	261	113	78 900		30 ou plus	700	Le gouvernement du Kenya a adopté l'ATPC en guise de stratégie d'assainissement. Le ministère technique travaille à la formation du personnel à l'ATPC. Certains membres du personnel ont été formés par Plan et UNICEF	Non	Plan, UNICEF, Croix-Rouge Kenya, Fondation Aga Khan, KWAHO, SNV Pays-Bas, NETWAS	

Pays	Mois/année d'introduction de l'ATPC	No. de villages déclenchés	No. de villages FDAL	No. de familles ayant un meilleur assainissement	Population des villages FDAL	No. de formateurs clés	No. de facilitateurs	Position de l'ATPC dans la stratégie nationale d'assainissement	Existe-t-il des subventions pour l'achat de matériel sanitaire ?	Autres organisations qui promeuvent/ utilisent l'ATPC	Observations
Liberia	Mars-Avr. 2009	60	15		10 285	6	70	L'ATPC est expressément inclus dans les documents politiques/ stratégiques officiels	Oui	UNICEF, beaucoup d'ONG nationales et internationales	Malgré l'intérêt du ministère envers la mise à l'échelle, le déclenchement et l'émergence des villages FDAL semble être problématique. Lors du récent atelier de partage des praticiens sur l'ATPC à Lusaka en Zambie, le Directeur de l'eau et l'assainissement et le Ministre adjoint ont déclaré qu'ils impliqueraient des ONG locales et des organisations communautaires dans la mise à l'échelle et qu'ils recruteraient des leaders naturels en tant que consultants communautaires
Malawi^c	Avr. 2008	722	172	52 295 personnes		10 env.	Plus de 150				Chiffres datant de novembre 2009
Mali^a	Mars 2009	Environ 261	Environ 178 (certifiés 41 ; certifiés bientôt 162)		137 200 personnes	6	294	L'ATPC fait désormais partie du Programme national d'eau et d'assainissement et il est reconnu comme la principale stratégie en zone rurale ; des plans d'action détaillés sont en cours d'élaboration pour les régions de Mopti, Koulikoro, Sikasso, Kayes et Ségou ; ils devaient être prêts en septembre 2010.	Oui: <ul style="list-style-type: none"> • Programmes de latrines aux ménages subventionnés à 90 % par la Banque africaine de développement pour la construction d'environ 1 000 latrines ; • Promotion de dalles SanPlat avec de grosses subventions développée par Aga Khan ; • Autres programmes subventionnés 	ARD-WAWI, SNV, WaterAid, Plan Mali, Initiative globale pour l'eau (GWI) Mali, UNICEF	No. de personnes touchées sans doute proche de 201 000 d'ici à oct. 2010. Délégations formées de la Mauritanie et du Togo. Délégation du Burkina Faso attendue en octobre 2010

Pays	Mois/année d'introduction de l'ATPC	No. de villages déclenchés	No. de villages FDAL	No. de familles ayant un meilleur assainissement	Population des villages FDAL	No. de formateurs clés	No. de facilitateurs	Position de l'ATPC dans la stratégie nationale d'assainissement	Existe-t-il des subventions pour l'achat de matériel sanitaire ?	Autres organisations qui promeuvent/ utilisent l'ATPC	Observations
								L'ATPC est mis en œuvre dans les programmes gouvernementaux mais il n'est pas inclus dans la politique/ stratégie officielle	pour l'assainissement public (écoles, marchés)		
Mauritanie^a	Mars 2009	Env. 185 en zone rurale, 177 en milieu urbain	107		33 790	5	60	Politique nationale d'assainissement en cours d'élaboration ; L'ATPC sera définitivement inclus comme une approche alternative. Le document n'est pas encore prêt. Politique/stratégie nationale en cours d'élaboration/ validation	Très petite échelle : un projet dans trois des 13 régions, financé par la Banque africaine de développement	GRET, Counterpart International, MCOMMJSS, UNICEF	
Mozambique^d	Oct. 2008	790, pour la plupart dans le cadre de l'Initiative One Million de l'UNICEF	34 en 2008 + 159 en 2009			Plus de 15	Plus de 150	Oui. Réunion conjointe avec les ministères de la Santé, de l'Éducation et de l'Eau – les directeurs de chaque dépt. ont accepté la mise à l'échelle de l'ATPC dans les 10 provinces. La formation des formateurs sera achevée dans toutes les provinces d'ici à la fin octobre 2010	Non	WaterAid, Banque africaine de développement (BAfD), CARE, UNICEF	
Niger^a	Nov. 2009	10 (UNICEF sept. 2009) ; 8 (Plan Niger mai 2010) ; 20 (UNICEF juin 2010)	10 en 2010 sous UNICEF	2 156	12 122	6	86	Création en 2010 d'une commission nationale chargée de la promotion de l'ATPC	Oui, très modestes	Water Aid, Plan Niger, UNICEF, WSP, Initiative globale pour l'eau (GWI) Mali, UNICEF	La formation de délégations du Mali, du Burkina Faso, du Ghana, du Sénégal et du Niger dans le cadre de formations de formateurs devait avoir lieu en septembre 2010
Nigéria		2 654	425		37 0128	24	70	Politique/stratégie nationale en cours d'élaboration/		UNICEF	

Pays	Mois/année d'introduction de l'ATPC	No. de villages déclenchés	No. de villages FDAL	No. de familles ayant un meilleur assainissement	Population des villages FDAL	No. de formateurs clés	No. de facilitateurs	Position de l'ATPC dans la stratégie nationale d'assainissement	Existe-t-il des subventions pour l'achat de matériel sanitaire ?	Autres organisations qui promeuvent/ utilisent l'ATPC	Observations
								validation. L'ATPC est expressément inclus dans les documents politiques/ stratégiques officiels			
Ouganda^e	Fév. 2007	Env. 169	37			40	Plus de 200	L'ATPC fait partie de la stratégie nationale d'assainissement, publiée en 2006. Il est aussi reconnu dans le plan national de développement, une stratégie quinquennale pour guider la programmation de l'Ouganda. Le déploiement a débuté dans 30 des 80 districts	Non, la politique nationale refuse de subventionner l'assainissement privé. Quelques ONG l'ont fait, surtout dans les régions perturbées par la guerre	Plan Ouganda ; OXFAM-Kitgum, WSP-Banque mondiale et le ministère de l'Eau et l'Environnement, UNICEF	Bien que l'on tente de déployer le programme par le biais des collectivités locales, celles-ci sont bridées par un manque de ressources
République démocratique du Congo (RDC)	Déc. 2010	6	0								L'ATPC vient d'y être introduit avec le soutien de Tearfund UK. Philip Otieno et Njoroge Kamau de Plan Kenya ont dirigé la formation. L'atelier s'est tenu à Kindu dans la province de Maniema
Sénégal	Déc 2009	29	12		556	3	41	Politique/stratégie nationale en cours d'élaboration/ validation	Oui	USAID, UNICEF	
Sierra Leone^a	Fin 2007	2 108	790		152 304	9	242	ATPC intégré dans les Plans sanitaires de district en mars 2009, suite à un plaidoyer du MdSS. Mars 2009, l'ATPC est inclus dans le DSRP II : Ordre du jour pour le changement comme priorité stratégique.	Oui	39 ONG nationales et locales, UNICEF	Chiffres des villages FDAL et déclenchés datant de juin 2010 ; quelques villages auto-déclenchés par des LN voisins ; au moins deux villages FDAL

Pays	Mois/année d'introduction de l'ATPC	No. de villages déclenchés	No. de villages FDAL	No. de familles ayant un meilleur assainissement	Population des villages FDAL	No. de formateurs clés	No. de facilitateurs	Position de l'ATPC dans la stratégie nationale d'assainissement	Existe-t-il des subventions pour l'achat de matériel sanitaire ?	Autres organisations qui promeuvent/ utilisent l'ATPC	Observations
								L'ATPC est expressément inclus dans les documents politiques/ stratégiques officiels			
Tchad^a	Sept. 2009	35 + 5 auto-déclenchés	3	200 ménages dans des villages FDAL Plus dans les villages presque FDAL		5	196	Politique/ stratégie nationale en cours d'élaboration/ validation. L'ATPC est expressément inclus dans les documents politiques/ stratégiques officiels	Des agences d'aide d'urgence et de développement octroient une subvention aux particuliers dans les camps de réfugiés/ personnes déplacées et dans les régions d'accueil ; World Vision, Oxfam GB, Concern Worldwide, Intermón Oxfam, SECADEV, AFRICARE et toutes les ONG qui travaillent dans le secteur de l'eau et l'assainissement ont recours à des subventions pour la construction de latrines	Oxfam GB, Secours Islamique France, International Aid Services (IAS), World Concern et CARE, UNICEFF	Plusieurs villages ayant fait l'objet d'un déclenchement sont près d'obtenir le statut FDAL. Des normes rigoureuses de vérification FDAL, des visites d'inspection moins fréquentes et des difficultés pour obtenir des équipes d'inspection disponibles retardent la déclaration et l'inclusion de nouveaux villages sur la liste
Togo	Mai 2009	44	0		1 200	10	63	L'ATPC est expressément inclus dans les documents politiques/ stratégiques officiels	Oui	Croix-Rouge, UNICEF	
Zambie^c	Nov 2007	1 200	910	36 000 (210 000 personnes)	Plus de 10	Plus de 200		Suite à l'adoption de l'ATPC comme l'une des stratégies nationales pour la promotion de l'assainissement en zone rurale, le gouv. zambien envisage d'élargir le programme ATPC à chacun des 72 districts	Non. (WaterAid a un modeste élément de subvention dans un district avec son approche dite Assainissement total communautaire)	Oxfam, Plan International, Africare, WaterAid, World Vision, collectivités locales, UNICEF	Les chiffres sont incomplets ; la collecte de données actualisées est en cours

Pays	Mois/année d'introduction de l'ATPC	No. de villages déclenchés	No. de villages FDAL	No. de familles ayant un meilleur assainissement	Population des villages FDAL	No. de formateurs clés	No. de facilitateurs	Position de l'ATPC dans la stratégie nationale d'assainissement	Existe-t-il des subventions pour l'achat de matériel sanitaire ?	Autres organisations qui promeuvent/ utilisent l'ATPC	Observations
Zimbabwe ^c	Nov 2008	257	15	7 857	5	43		Stratégie d'assainissement et d'hygiène actuellement en cours de révision. L'ATPC est à l'étude ; il est proposé de le baptiser Assainissement progressif piloté par la communauté (<i>Community Led Incremental Sanitation – CLIS</i>). Toutes les parties prenantes admettent qu'il est impératif de mettre un terme à la DAL	Oui, soutenues par d'autres parties prenantes (ONG)	Plan, UNICEF	Les activités ATPC ont été brièvement interrompues lorsque le MdS a soulevé des questions de politiques générales ; projet pilote maintenant autorisé. Plan teste l'ATPC dans 4 districts/ Unités de programme (UP). Plusieurs villages n'ont pas encore fait l'objet de suivi, d'inspection ni de certification FDAL

Note : Le tableau présente un instantané comparatif de la situation de l'ATPC dans différents pays à un moment donné. Il convient de noter toutefois que la situation évolue constamment et que, dans certains cas, les changements sont rapides.

Source :

a – et des pays d'Afrique centrale et occidentale: Bilan régional du Bureau de l'UNICEF pour l'Afrique centrale et occidentale sur le déploiement de l'ATPC, entrepris de juillet à septembre 2010. La version définitive du rapport est en préparation. Communication personnelle de Jane Bevan, spécialiste WASH, Bureau régional pour l'Afrique centrale et occidentale, Dakar, Sénégal.

b – Communication personnelle, Patrick Sijenyi, Yirgalem Solomon UNICEF Érythrée à Asmara.

c – Communication personnelle, Amsalu Negussie, Conseiller régional WASH, Plan RESA.

d – Communication personnelle, Samuel Godfrey, UNICEF Mozambique, Maputo.

e – Communication personnelle, Carol Nabalema, Plan Ouganda.

5 Comparaison des expériences du processus d'institutionnalisation

Il est bien évident que, dans les différentes régions d'Afrique, l'approche ATPC est confrontée à de nombreux défis si elle veut s'imposer comme une solution concrète et efficace sur l'ensemble du continent. Certains de ces défis sont abordés plus loin. Néanmoins, il ne fait guère de doute que l'approche s'est diffusée très rapidement et qu'elle a touché la vie de milliers de personnes en zones rurales comme en milieu urbain. Tout particulièrement, plusieurs gouvernements ont rapidement souscrit à l'ATPC, ce qui a augmenté ses chances de continuer à se propager pour faire d'un assainissement amélioré une réalité pour des millions d'autres personnes beaucoup plus rapidement et plus efficacement que les approches impulsées par des subventions.

En Asie, en revanche, si l'ATPC a aussi généré des résultats d'une grande portée dans plusieurs pays, sa dissémination a été moins rapide; les zones où il est opérationnel restent éparpillées et les autorités ont généralement réagi à l'approche avec plus d'ambivalence.

Si les communautés sont au cœur de l'ATPC, les bailleurs, les ONG et les gouvernements ont chacun à leur façon – et parfois en conjonction – joué des rôles importants dans le déploiement de l'approche auprès des communautés. Les relations qui existent entre ces différentes organisations, leur influence relative de même que leurs ordres du jour et leurs motivations variés font partie des facteurs qui sont entrés en jeu et ont affecté la façon dont l'ATPC a été adopté.

5.1 Leadership institutionnel

Un facteur clé dans la propagation rapide de l'ATPC en Afrique a été le leadership institutionnel clairement affiché par l'UNICEF dans son plaidoyer dynamique en faveur de l'approche. L'UNICEF est un intervenant majeur dans le secteur de l'eau et l'assainissement sur le continent et il jouit d'une excellente crédibilité dans nombre de régions d'Afrique, principalement grâce à son succès dans l'établissement d'installations d'eau potable, souvent dans des zones reculées.

Par conséquent, en ce qui concerne la composante eau du duo Eau et Assainissement, les travaux de l'UNICEF sont bien considérés – même si de l'eau potable n'est toujours pas disponible partout. Du côté de l'assainissement en revanche, l'UNICEF a essayé un certain nombre d'approches mais celles-ci n'ont pas rencontré de franc succès.

Tant SARAR (*Self-Esteem, Associated Strength, Resourcefulness, Action Planning, and Responsibility*) que PHAST ont été des approches majeures promues par l'UNICEF. Les deux comprenaient des éléments d'approches et d'outils participatifs et différents niveaux de participation communautaire. SARAR amorce l'analyse participative au moyen de cartes qui représentent des catégories prédéfinies. Dans le même ordre d'idées, PHAST suit cette tradition avec une série prolongée de sessions avec quelques membres de la communauté. Ni SARAR ni PHAST n'ont pu déclencher un effet d'autodétermination à nettoyer les excréments avec assiduité. Les deux approches ont des « messages à délivrer » et, pour y parvenir, un niveau d'enseignement/d'apprentissage didactique sous-tend – et trouble – inévitablement tous les objectifs de leadership communautaire. Dans l'approche PHAST, il est rare que la communauté tout entière soit impliquée – il est supposé que quelques personnes transmettront le message à d'autres mais, le plus souvent, cela ne se passe pas vraiment. L'ATPC a donc fait son apparition à une époque où les bailleurs, y compris l'UNICEF, recherchaient des réponses plus efficaces.

Néanmoins, cela exigeait une intervention dynamique et un engagement sérieux de la part de plusieurs champions individuels pour obtenir un soutien institutionnel en faveur de l'ATPC au sein de l'UNICEF. Comme ailleurs, la résistance des spécialistes de l'assainissement de l'ancienne école au sein de l'organisation, qui considéraient que le problème de l'assainissement exigeait des solutions techniques et axées sur l'ingénierie, a été manifeste, et il a fallu un

travail de plaidoyer politique ciblé par un certain nombre de personnes pour éroder cette résistance¹⁷.

En Asie, l'ATPC a démarré sur une base assez dissemblable et à un moment tout à fait différent de son histoire. Lorsque l'ATPC est né au Bangladesh, il s'agissait d'un projet de WaterAid mis en œuvre dans une région relativement restreinte, et la question de savoir s'il pourrait être mis à l'échelle et comment était à des années-lumière. Au départ, l'approche a été propagée non par le biais de bailleurs avec des domaines d'influence relativement vastes mais plutôt par des ONG intéressées et susceptibles de l'appliquer entre elles. L'implication des bailleurs n'a commencé que lorsqu'un examen du DFID a comporté une évaluation du projet de WaterAid et quand le Chef d'équipe pour l'Inde du WSP Asie du Sud (AS), Vivek Srivastava, a été invité à prendre part au processus d'examen. Suite à cette évaluation, le DFID a financé un programme de WaterAid pour la mise à l'échelle de l'ATPC au Bangladesh – mais celle-ci s'est déroulée au niveau local/de la mise en œuvre, plutôt qu'à des niveaux institutionnels.

En Asie, le WSP géré par la Banque mondiale a été un acteur important dans l'institutionnalisation de l'ATPC. Une certaine concurrence entre les grandes agences, qui tenaient à trouver une approche au problème de l'assainissement capable de produire des résultats concrets et d'envergure, a sans doute facilité le processus. En Asie, les agences en compétition étaient l'UNICEF et le WSP. En Inde, l'UNICEF a été beaucoup plus lente dans sa promotion de l'ATPC qu'en Afrique, au moins en partie du fait de son manque relatif d'influence auprès du gouvernement de l'Inde, évoqué plus bas. En revanche, WSP AS, malgré quelques différends internes concernant l'approche (Sanan 2011), a eu suffisamment d'impact avec l'ATPC au Pakistan et en Inde pour que WSP AEP (Asie de l'Est et Pacifique) adhère à l'ATPC et entame l'organisation d'une série d'ateliers pratiques nationaux aux quatre coins de l'Asie : Indonésie, Cambodge, RDP lao, Viet Nam et, en 2009, Philippines.

5.2 Intégration avec d'autres approches

Outre le leadership institutionnel, un deuxième facteur important qui influence les perspectives de mise à l'échelle semble être la question de savoir jusqu'où les programmes d'assainissement nationaux existants ou prêts à mettre en œuvre peuvent être intégrés avec les idées et les mécanismes de l'ATPC. Bien qu'il n'y ait pas de schéma déterminé, il y a sans doute davantage d'exemples de cette

17 Parmi les individus clés ayant contribué à surmonter cette résistance, comme on l'évoque plus loin, on peut citer, au sein de l'UNICEF : Peter Harvey, Chris Cormency, Clarissa Brocklehurst, Nicolas Osbert, Lillian Okweri, Peter Feldman, Samuel Godfrey, Bisi Agberemi et Sophie Hickling. Dans d'autres organisations, des champions qui ont travaillé dur pour changer le regard et l'approche accordés aux problèmes d'assainissement sont notamment Edward Mac Abbey, le D^r Khairul Islam, Peregrine Swann, Alistair Ray, Barry Jackson, Francesca De Ferrari, Morag Baird, Amsalu Negussie, Robert Chambers, Petra Bongartz, Samuel Musyoki, Soma Ghosh Moullik, Ajith Kumar, J.V.R. Murty, Deepak Sanan, Nilanjana Mukherjee, Joko Wartono, Devi Setiawan, Mark Ellery, Rokeya Ahmed, Nicolas Osbert, Lillian Okwirry, Rose Nierras, Hamidu Maiga, Chimwemwe Nyimba, Americo Muianga, Gibson Zulu, Yirgalem Solomon, le D^r Kesete, Patrick Sijenyi, Belinda Abraham et Lonis Salihu.

bonne intégration en Afrique qu'en Asie. L'Inde illustre peut-être en quoi cette intégration ne s'est jamais vraiment produite au sein de la Campagne pour un assainissement total (TSC) de l'administration centrale (Kumar et Shukla 2011) – hormis là où l'ATPC était activement soutenu par des individus désignés pour l'intégrer dans la TSC de certains États. En Indonésie, le plaidoyer dans l'ensemble du WSP AEP a donné lieu à une intégration réussie au niveau national avec la deuxième et troisième phases du Projet d'eau et d'assainissement pour les communautés à faible revenu (WSLIC) et l'ATPC a ensuite été déployé largement dans le sillage de ce programme. Dans ce cas particulier, l'ATPC s'est présenté comme une solution possible au programme WSLIC alors en difficulté.

En Afrique, cette intégration a été recherchée et elle s'est produite dans plusieurs pays. Au Mozambique, par exemple, l'ATPC a été l'approche retenue par le gouvernement des Pays-Bas et la *One Million Initiative* financée par l'UNICEF. Celle-ci a d'abord été mise en œuvre dans 18 districts de trois provinces, pour lesquels j'avais formé des animateurs lors d'un atelier en octobre 2008. Ce projet pilote s'est déroulé pendant sept à huit mois et a donné de très bons résultats, de sorte qu'il a été décidé de l'élargir à toute la zone de projet. Par la suite, les ministères de la Santé, de l'Éducation et de l'Eau ont décidé de l'appliquer à l'ensemble des dix provinces du pays et d'achever la formation de formateurs pour ce processus d'ici à octobre 2010¹⁸.

En Sierra Leone, l'un des premiers pays à mettre en œuvre l'ATPC, on ne peut pas vraiment parler d'intégration de l'approche dans un programme existant, mais plutôt d'une excellente coordination et collaboration entre les agences qui ont promu l'ATPC. À l'initiative de Francesca De Ferrari de l'UNICEF, qui avait entendu parler de l'ATPC par le Dr Nilanjana Mukherjee, à l'époque chef d'équipe nationale du WSP Indonésie à Jakarta, l'UNICEF avait amorcé l'introduction de l'approche en octobre-novembre 2007 et elle soutenait les modifications et le développement des rouages gouvernementaux nécessaires pour la mettre en œuvre, tant au niveau central qu'au niveau local. Francesca a organisé une série d'ateliers de formation pratique et elle m'a invité à les faciliter. À l'époque, Morag Baird était la conseillère en infrastructures du DFID en Sierra Leone. Auparavant, elle était en poste à Dhaka au Bangladesh comme ingénieur stagiaire travaillant avec WaterAid et elle avait beaucoup appris sur l'ATPC sans jamais avoir vraiment la chance de participer à un atelier complet de formation. Morag a donc saisi cette occasion pour participer au premier atelier organisé près de Freetown. Dans le même temps, le directeur national de GOAL, une ONG irlandaise, s'est montré très enthousiaste vis-à-vis de l'approche ATPC et il a désigné plusieurs des membres de GOAL pour qu'ils participent à l'atelier. Le deuxième atelier de formation s'est donc déroulé dans le district de Kenema, l'une des principales zones de travail de GOAL.

Le leadership engagé fourni par ces trois chefs de services/d'institutions a favorisé une collaboration interinstitutionnelle unique qui a été propice à une mise en œuvre rapide sur le terrain. Ces liens interinstitutionnels ont encore été renforcés par les contributions de Brian Beckett de Plan UK et de Mariama Munia Zombo, Conseillère en autonomisation communautaire chez Plan Sierra Leone.

18 Communication personnelle, Samuel Godfrey, UNICEF Mozambique.

Toutes ces personnes étaient en relation pour concevoir le plan de déploiement immédiat de l'ATPC en Sierra Leone et elles ont œuvré ensemble à l'intégration de l'ATPC dans la proposition de projet d'assainissement pour la Sierra Leone préparée à des fins de financement.

Cette initiative, conjuguée à un engagement politique solide de la part du gouvernement pour réduire radicalement la charge de morbidité de la diarrhée, de la typhoïde, du choléra et autres maladies hydriques, a donné lieu à la soumission par l'UNICEF d'un projet de 30 millions de livres Sterling et son approbation par le DFID, en vue de déployer l'ATPC à tous les niveaux de l'appareil gouvernemental et auprès d'autres ONG. En septembre 2008, le gouvernement de la Sierra Leone a établi la Politique nationale d'eau et d'assainissement et entamé l'exécution de ce nouveau programme, qui englobe une variété de programmes d'assainissement pilotés par la communauté – ici baptisée la programmation CATS (de l'anglais *Community Approaches to Total Sanitation* ou *Approches communautaires de l'assainissement total*¹⁹) (UNICEF 2009). Ce fut le début d'un mouvement à l'échelle nationale en Sierra Leone qui s'est par la suite propagé à des zones rurales reculées déchirées par la guerre.

Le Tchad offre un autre exemple d'intégration, bien qu'ici elle n'ait pas encore porté ses fruits. À l'issue d'un atelier national en septembre 2009, 35 villages ont fait l'objet d'un déclenchement et cinq autres ont été auto-déclenchés, impressionnés par les résultats obtenus dans certains des premiers villages. Ces exemples ont inspiré des agents du gouvernement et des décideurs de sorte que des efforts ont été faits pour intégrer l'ATPC dans l'élaboration de la Stratégie nationale d'assainissement. Toutefois, à ce stade une proposition de programme d'assainissement était d'ores et déjà en gestation et devait être financée par la Commission européenne sur la base de subventions pour l'achat de matériel. Le gouvernement du Tchad s'est montré proactif pour tenter de modifier les conditions du programme de manière à ce que les fonds potentiels puissent être alloués à la mise à l'échelle de l'ATPC plutôt qu'à l'achat de latrine subventionnées. Les autorités m'ont demandé de plaider en leur nom lors d'une réunion de la Commission européenne sur l'eau et l'assainissement et, suite à cela, la demande de faire de l'ATPC l'approche essentielle du programme est désormais à l'étude. Le gouvernement du Tchad a décidé d'attendre plutôt que d'accepter un programme qui n'intégrait pas l'ATPC.

5.3 Les relations pouvoirs publics – bailleurs de fonds – ONG

La plupart des pays d'Afrique n'ont pas accès aux niveaux de financements internes dont disposent certains pays asiatiques comme l'Inde et la Chine. De toute évidence, cela place nombre d'entre eux dans une relation différente avec

19 Les Approches CATS constituent un terme générique utilisé par l'UNICEF pour englober un large éventail de programmes d'assainissement communautaire. Toutes les approches CATS ont pour objectif commun l'élimination de la défécation à l'air libre ; ils ont pour piliers la demande et le leadership communautaires ; ils sont axés sur un changement de comportement et de la société et promeuvent l'innovation locale (voir www.communityledtotalsanitation.org/resource/community-approaches-total-sanitation-case-studies-india-nepal-sierra-leone-zambia, consulté le 15 mai 2011).

les bailleurs de fonds et les agences multilatérales que celle dont jouissent les pays orientaux. En Afrique, généralement, les budgets internes n'accordent pas assez, voire dans certains cas pas du tout, de fonds pour développer et mettre en œuvre des stratégies nationales d'assainissement, donc la plupart des gouvernements n'ont guère d'autre choix que celui d'accepter les programmes d'assainissement prônés par les bailleurs.

C'est là un autre facteur essentiel pour expliquer la différence dans la rapidité avec laquelle l'ATPC s'est propagé en Afrique et en Asie. L'UNICEF en particulier, une agence onusienne qui soutient les partenaires des gouvernements nationaux avec des fonds de l'ONU sur la base d'accords, n'est pas un organisme bailleur de fonds avec lequel les relations sont simples. C'est en partie pour cette raison que, dans bien des régions d'Asie, l'UNICEF n'exerce pas le genre d'influence dont elle jouit en Afrique. En Inde, par exemple, l'UNICEF a d'abord été peu encline et, par la suite, peut-être, incapable d'influencer le gouvernement suffisamment pour que prévalent les principes de l'ATPC sur la Campagne d'assainissement total pilotée par des subventions et dirigée par le gouvernement.

En termes de nombre d'acteurs, l'interaction entre ONG – pouvoirs publics – bailleurs de fonds n'est généralement pas si complexe en Afrique qu'elle l'est en Asie. Dans la plupart des pays asiatiques, beaucoup d'organisations travaillent – soit dans des régions différentes, soit parfois dans la même région ; et chacune a souvent un centre d'intérêt différent et une approche distincte. Les communautés sont donc fréquemment exposées à des messages contradictoires et des loyautés conflictuelles. Une politique influencée par une grande diversité de partis différents dans certains pays vient encore compliquer ce tableau. En Afrique, les conditions pour la coordination et l'alignement entre les agences et les organisations sont dans l'ensemble moins compliquées car moins d'organisations y travaillent et il est beaucoup plus rare que les zones opérationnelles des ONG se chevauchent.

Dans le même temps, travailler sur l'ATPC en Afrique a produit de bons exemples de coordination et de collaboration excellentes entre les agences. Des liens fonctionnels puissants ont été tissés entre Plan International et l'UNICEF autour de l'ATPC dans plusieurs pays – notamment le Kenya, l'Éthiopie et le Mozambique. En Sierra Leone, comme évoqué plus haut, le DFID a donné son aval au financement d'un nouveau programme quinquennal d'eau et d'assainissement basé sur l'ATPC en collaboration avec Plan, l'UNICEF et GOAL. Dans d'autres pays, les liens entre l'UNICEF, WaterAid, Plan et d'autres ONG ont été coopératifs et productifs.

5.4 Des champions

Des champions au sein des organisations

Il se peut que le facteur le plus important ayant facilité l'adoption rapide de l'ATPC en Afrique ait été l'existence de champions prêts à prendre fait et cause pour l'approche au sein des organisations et auprès des communautés, en influençant la politique et en transformant progressivement les systèmes d'assainissement fondés sur des approches dirigées par des agences et impulsées par des

subventions. Bien souvent, lorsque les organisations étaient profondément attachées à des modèles d'apprentissage didactiques et techniques, cela n'a pas été tâche aisée et cela a exigé du courage et de la ténacité.

Dans les premiers stades de la propagation de l'approche en Afrique australe et orientale, par exemple, la perspicacité et la conviction du Dr Khairul Islam, Responsable de l'appui au programme régional et de M. Amsalu Negussie de Plan RESA ont revêtu une importance vitale pour la propagation rapide de l'ATPC comme l'approche adoptée par Plan en matière d'assainissement dans plusieurs pays. À l'UNICEF New York, Clarissa Brocklehurst, elle-même ingénieure, a été un acteur de premier plan à la tête du processus d'introduction de l'ATPC dans les programmes nationaux non seulement en Afrique, mais aussi en Amérique latine.

Nombre de ces champions sont des ingénieurs – un constat qui prête du poids chez d'autres acteurs du secteur à leur conviction que l'ATPC est une approche



Champion de l'ATPC, M. Fwamba Ambrose (Agent de santé publique de district) Busia, Province occidentale, Kenya, s'adresse aux communautés rassemblées pour célébrer l'obtention du statut FDAL.



M^{me} Vicky Chelangate, Agent de district, Nambale, Province occidentale, Kenya, encourage une communauté ayant obtenu le statut FDAL.



John Kariuki, Chef adjoint de santé publique au Kenya, décerne un certificat d'aptitude à des leaders naturels dans des villages FDAL au Kenya.

valide et efficace de l'assainissement. Parmi eux figurent un certain nombre d'acteurs de l'UNICEF : Peter Harvey, alors en Zambie ; Nicolas Osbert au Mali ; Chris Cormency au Sénégal ; Francesca De Ferrari en Sierra Leone ; Susana Sandoz en Mauritanie ; Peter Feldman en Éthiopie ; Samuel Godfrey au Mozambique ; Lillian Okewari au Tchad ; Farukh Khan au Kenya et Bisi Agberemi au Nigéria, parmi beaucoup d'autres. Ces individus, en leur capacité d'ingénieurs, sont devenus de puissants exemples qui ont aidé nombre de sceptiques et d'incrédules au sein de l'UNICEF à modifier leur attitude et leur comportement et à essayer cette approche simple et pilotée par la communauté.

Il y a beaucoup d'autres champions dont les contributions ont fait une différence énorme et frappante dans la transformation institutionnelle globale du centre d'intérêt et de l'approche de l'UNICEF. Le processus n'aurait pas pu être mené à bien uniquement par des ingénieurs – il avait aussi besoin du dynamisme de nombreux autres professionnels au sein de l'organisation, notamment des spécialistes de la santé, de l'hygiène et du développement social. Ces individus ont assumé l'essentiel de la responsabilité pour faciliter le changement de cap institutionnel et permettre à l'organisation de passer d'une approche prônant une infrastructure physique à la promotion d'un changement de comportement humain durable. Chez les champions au sein de l'UNICEF qui ne faisaient pas partie des ingénieurs, Therese Dooley à New York, Belinda Abraham en Éthiopie, Sophie Hickling, au bureau régional pour l'Afrique orientale et australe au Kenya, et Yirgalem Soloman en Érythrée ont joué un rôle décisif.

Les chefs traditionnels

Les chefs traditionnels ont aussi joué une variété de rôles dans la défense de l'ATPC, aussi bien au niveau des communautés locales, en parvenant à convaincre les villageois ainsi que d'autres leaders naturels, qu'au niveau du plaidoyer auprès des administrateurs gouvernementaux et de l'ensemble de la population.

Le Chef Macha dans le district de Choma en Zambie, par exemple, s'est servi de son statut d'une manière dynamique tout à fait inédite pour plaider en faveur de l'ATPC auprès d'une foule de parties prenantes, qu'il s'agisse de ministres d'État ou de conseillers élus, ou encore de ses homologues dans des villages voisins ou des ménages en milieu rural. Il a aussi dirigé le mouvement en faveur de la promotion de l'implication d'autres leaders traditionnels dans l'amélioration de la santé et du bien-être de leur peuple. Au cours de 2009, il s'est embarqué dans une campagne de promotion auprès des autres chefs tribaux des provinces Septentrionale, Occidentale, Copperbelt et Nord-Occidentale de Zambie. À la suite de cela, plusieurs autres districts ont exprimé le désir de surpasser les résultats réalisés dans le district de Choma. En reconnaissance de ses efforts, et du rôle important qu'il a joué dans l'influence de tiers, en 2009, le Chef Macha a reçu une récompense qui lui a été décernée à Johannesburg par AMCOW-Africa SAN²⁰.

20 Récompense décernée par le Conseil des ministres africains en charge de l'eau lors de la deuxième Conférence sur l'hygiène et l'assainissement de l'Afrique, du 9 au 13 novembre 2009.

De même, le Chef Mkanda, chef d'une autorité traditionnelle (AT) au Malawi, a été identifié par l'équipe de l'UNICEF en charge de l'ATPC dans le district de Mchinji comme l'un des champions locaux émergents de l'ATPC. Inspiré par la séance de déclenchement ayant eu lieu dans son propre village, le Chef Mkanda a exprimé le désir de voir les 169 villages sous son autorité décrocher le statut FDAL et il s'est fixé pour objectif de devenir la première Autorité traditionnelle FDAL dans tout le pays. Il a mis un point d'honneur à accompagner les agents de terrain dans les autres villages lors des séances ultérieures de déclenchement.

De toute évidence, on ne saurait présumer que tous les chefs traditionnels sont désireux d'engendrer le développement de leur communauté par le biais d'une véritable participation – de fait, rien qu'en Zambie, il existe quelque 260 chefferies. Certains chefs, par exemple, seront principalement motivés par l'obtention d'un soutien et d'une certaine popularité grâce à l'ATPC ; il se peut qu'ils aient recours à leur pouvoir considérable de façon impitoyable pour obtenir le statut FDAL (voir Kar 2011). Néanmoins, là où le pouvoir et la portée qu'ils représentent ont été utilisés dans des processus communautaires pour suivre de près des exercices de déclenchement et la propagation de l'ATPC, les rôles de certains individus ont été tout à fait déterminants.

Carrières individuelles

Il est clair que les expériences et les évolutions de carrière des professionnels du développement ont exercé une profonde influence sur la propagation de l'ATPC en Afrique, comme ailleurs. Les individus qui ont acquis une expérience en matière d'ATPC dans un lieu ont souvent eu l'occasion de le promouvoir ailleurs lorsqu'ils changent d'emploi. Lorsqu'un nouveau poste implique davantage de prise de décisions, cela offre souvent des possibilités cruciales pour donner un élan supplémentaire au mouvement en faveur de l'ATPC.

Ainsi, en Éthiopie, c'est Theresa McDonnell Friststrom qui a eu l'idée d'introduire l'ATPC dans le processus de planification participative du programme Vita en Éthiopie lorsqu'elle a pris la tête des programmes de l'ONG irlandaise à Dublin. Auparavant, en sa capacité de chargée de programme d'Irish Aid en Ouganda, elle avait aussi pris fait et cause en faveur de l'introduction de l'ATPC dans le district de Kibale. C'est au Cambodge qu'elle avait pris conscience pour la première fois de l'efficacité de l'ATPC en tant que directrice nationale de Concern World Wide, où elle avait également promu l'approche.

De même, une étape clé a été franchie lorsqu'UNICEF New York a fait de l'ATPC sa stratégie internationale – une décision qui avait été en partie défendue par Clarissa Brocklehurst laquelle, comme mentionnée plus tôt, avait fait l'expérience de l'ATPC dans son rôle antérieur de représentant-pays de WaterAid au Bangladesh. L'adoption de la stratégie ATPC à New York a eu de profondes implications ; en Afrique, l'UNICEF a constamment encouragé des approches exemptes de subvention et si certains programmes à base de subvention continuent de courir jusqu'à expiration, très peu de programmes d'assainissement à base de subvention ont été introduits par l'UNICEF depuis 2008.

Dans un autre exemple, Brendan Rogers, Ambassadeur d'Irlande en Ouganda, a soutenu les expériences initiales menées dans le district de Kibale en 2001. Par la

suite, en 2008-09, en sa qualité de directeur général d'Irish Aid à Dublin, il a accordé son soutien à l'Institute of Development Studies au Royaume-Uni, dans son initiative « *Taking CLTS to scale* » qui a financé un an d'activités, essentiellement liées au processus de mise à l'échelle de l'ATPC en Afrique.

Une collaboration des champions entre les institutions

L'un des facteurs ayant influencé l'évolution des progrès à l'issue de l'organisation du premier atelier pratique est l'existence de champions dans les principales institutions d'assainissement de chaque pays. Lorsque les chefs de programme dans les principales organisations chargées de l'eau et l'assainissement font preuve d'un leadership et de conviction en faveur de l'ATPC, les progrès sont rapides. Toutefois, le déploiement de l'ATPC ne peut pas se faire par une organisation unique et il faut forger des liens solides et fonctionnels avec des organisations et des individus de même sensibilité. Lorsque ces liens existent, les travaux de terrain d'une seule organisation peuvent exercer un véritable effet moteur sur les autres.

Un scénario très productif peut émerger lorsque des champions dirigent des programmes dans deux grands sites différents, notamment si l'homologue au sein du ministère compétent responsable de l'assainissement est l'un de ces champions. C'est le cas, par exemple, au Tchad, où Lillian Okwirry, chargée du programme WASH, UNICEF, et Adoum Ramadane Kaboul, responsable au sein du ministère tchadien de l'Eau sont de solides ambassadeurs de l'ATPC. Si la mise en œuvre au Tchad n'a pas encore été mise à l'échelle, le retard a été avant tout provoqué par une prévoyance prudente et par un désir d'intégrer l'ATPC dans le nouveau programme d'assainissement financé par la CE, plutôt que d'entamer un programme avant que cet aval n'ait été obtenu. De même, au Nigéria, Bisi Agberemi d'UNICEF Nigéria et Salihu Lonis, Agent de bureau pour l'assainissement, ministère fédéral des Ressources en Eau, ont amorcé un élan massif pour mettre à l'échelle l'ATPC dans le pays. On a observé des collaborations du même genre en Sierra Leone, comme évoqué, et en Zambie, au Mozambique et en Éthiopie.

6 Défis et enseignements

Comme en Asie, la progression de l'ATPC en Afrique ne s'est pas toujours déroulée sans histoire. Si ses progrès ont certes été remarquables, il s'est aussi heurté à des difficultés et il a essuyé des revers, bien souvent comparables à ceux rencontrés en différents points d'Asie.

6.1 L'argent de la merde et la politique des subventions : comparaison des enjeux

Un défi clé pour l'ATPC, dès son apparition au Bangladesh et jusqu'à aujourd'hui, est que les programmes à base de subvention sont toujours assortis d'un genre

de politiques particulier. Dans les pays d'Asie où les subventions matérielles aux ménages pour l'assainissement sont indissociables des programmes gouvernementaux, cette politique est souvent pilotée par des considérations électorales. Le pouvoir de distribuer des subventions est très prisé chez les politiciens au niveau local et il constitue une contribution importante au maintien d'un soutien assidu – plus apprécié, peut-être, que la réalisation de vrais changements dans le comportement sanitaire ; or, la suppression de ce pouvoir par la promotion d'approches sans subvention menace cet arrangement et il est donc souvent très impopulaire.

En Afrique, ce type de réticence ne s'applique qu'aux rares pays qui ont des programmes à base de subvention pilotés par le gouvernement, comme le Burkina Faso. De manière générale, les gouvernements d'Afrique ont réagi de façon plus favorable à l'idée d'une approche exempte de subvention et il ne fait aucun doute que dans les pays qui n'ont jamais offert de subvention d'assainissement, les progrès semblent avoir été plus faciles. La situation de l'Éthiopie, par exemple, a été propice à l'ATPC, tout d'abord, parce qu'il existait déjà une loi sur les latrines privées et, d'autre part, parce qu'il n'y avait jamais eu de subvention associée à l'assainissement.

Dans certains pays, il existe néanmoins une politique de subvention d'un autre genre, mais elle concerne des programmes à base de subvention appuyés par les bailleurs plutôt que par les gouvernements. Presque tous les grands bailleurs ont, à un moment ou un autre, appuyé des approches à base de subvention, qu'il s'agisse de subventions assez importantes ou au contraire d'une modeste contribution aux coûts du matériel. Dans quelques pays et dans certaines circonstances, beaucoup de bailleurs pratiquent encore des subventions, y compris la Banque mondiale, l'UNICEF et le DFID, alors que ces mêmes bailleurs, dans d'autres circonstances et dans d'autres pays, ont supprimé les subventions et sont d'ardents défenseurs de l'ATPC. Les subventions sont relativement fréquentes au sein des populations de réfugiés et dans les communautés d'accueil (voir le Tableau 4.1) – au Tchad, par exemple, les mêmes organisations qui promeuvent l'ATPC dans d'autres régions du pays offrent des subventions dans ces régions.

Dans certains cas, la promotion de subventions dans quelques programmes de taille modeste semble être motivée par la perception d'un besoin d'adapter la politique à des circonstances particulières, par exemple lorsque les subventions sont utilisées dans des programmes d'urgence et de développement. Mais dans d'autres cas, on est en droit de se demander si les mécanismes au sein des organismes bailleurs de fonds qui mesurent le succès et l'efficacité individuels ou organisationnels en termes de décaissement des fonds peuvent continuer de s'inscrire en contradiction avec des évaluations basées sur les résultats – lesquelles, dans le cas de l'ATPC, ont peu de chance d'établir une forte corrélation avec les niveaux de dépenses.

Quelle qu'en soit la raison, un enjeu important pour l'avenir de l'ATPC et pour ses perspectives d'obtention de bons résultats pour un pays donné, reste la question de savoir dans quelle mesure il est en porte-à-faux avec des approches par subvention menées dans le pays en parallèle.

6.2 Limites de l'environnement institutionnel concernant l'ATPC

Volonté politique

En fin de compte, l'ATPC nécessite une volonté politique pour ancrer l'approche dans les politiques générales et les procédures de mise en œuvre. Le Tchad est un parfait exemple qui affiche cette volonté politique, avec des ministres qui ont assez de conviction pour risquer le financement d'un bailleur afin d'insister sur un programme d'assainissement qui permettra réellement aux gens d'améliorer leurs conditions sanitaires. Dans d'autres pays, la volonté politique a manifestement été insuffisante pour produire, à ce jour, des changements aux niveaux communautaires : au Burkina Faso, par exemple, bien qu'il y ait eu des défenseurs de l'ATPC et une formation dirigée par l'organisme spécialisé francophone CREPA, aucun progrès n'a été constaté. Là, l'ATPC est aussi en compétition avec une approche à base de subvention pilotée par le gouvernement.

Formation et organismes de formation

Comment la dissémination de l'ATPC peut-elle se poursuivre ? Les formateurs sont les acteurs essentiels de ce processus car ce sont les principaux « passeurs de flambeau » de l'ATPC. En Afrique comme ailleurs, la qualité de la formation et la crédibilité des formateurs est une question qui mérite qu'on lui accorde une attention rigoureuse. La qualité de la formation peut souvent se déduire du nombre de communautés FDAL qui en résultent, mais il peut aussi y avoir un délai raisonnable qui rende utiles d'autres indicateurs d'évaluation, comme le ressenti lors de la mise en œuvre et/ou le manque d'attachement aux méthodologies « traditionnelles » de formation ou de facilitation.

Le fait de confier la responsabilité de la formation ultérieure à des organismes de formation réputés présente deux difficultés, qu'il s'agisse de services de formation publics ou d'ONG. La première réside dans le fait que si ces organismes assurent bien une formation, bien souvent ils ne se chargent pas de mettre en œuvre les approches auxquelles ils forment leurs stagiaires. Cela veut dire qu'ils n'ont aucune crédibilité en termes de résultats à leur actif et qu'ils n'ont pas non plus de ressenti direct quant à la nature des difficultés rencontrées ou concernant les adaptations qu'il serait bon d'apporter à leurs programmes de formation.

La seconde est que les organismes de formation réputés ont des chances d'avoir leurs racines dans des méthodes d'enseignement/d'apprentissage qui jettent l'anathème sur les principes prônés par la communauté de l'ATPC. La facilitation du leadership communautaire exige d'avoir davantage confiance dans le savoir et les aptitudes de la communauté que dans le savoir des « enseignants ». Elle nécessite d'aider les autres à arriver à leurs propres conclusions, et non pas de leur présenter des conclusions toutes faites. Un tel changement de méthodologie se révèle beaucoup plus difficile à adopter pour ceux qui ont des années d'expérience avec les méthodes traditionnelles.

En Afrique francophone centrale et occidentale, l'UNICEF a soutenu le CREPA – un organisme de formation bien établi – pour qu'il devienne le principal organisme chargé de la diffusion de l'approche ATPC. Le CREPA est principalement connu

pour son travail avec l'Assainissement écologique (Ecosan²¹) et il n'est pas réputé pour l'établissement de villages FDAL solides dans son pays d'origine, le Burkina Faso. Cette réputation risque de brider sa légitimité lorsqu'il forme des stagiaires à l'ATPC dans d'autres pays francophones. Lorsqu'ils procèdent à des évaluations de la formation à la fin de chaque programme de formation, les résultats concrets de leurs travaux en termes de villages FDAL obtenus par leurs stagiaires ne sont pas directement évalués. Il pourrait s'avérer nécessaire de tenir compte de ces facteurs à mesure que le processus ATPC progresse dans ces pays.

6.3 Des messages confus : intégration et dilution

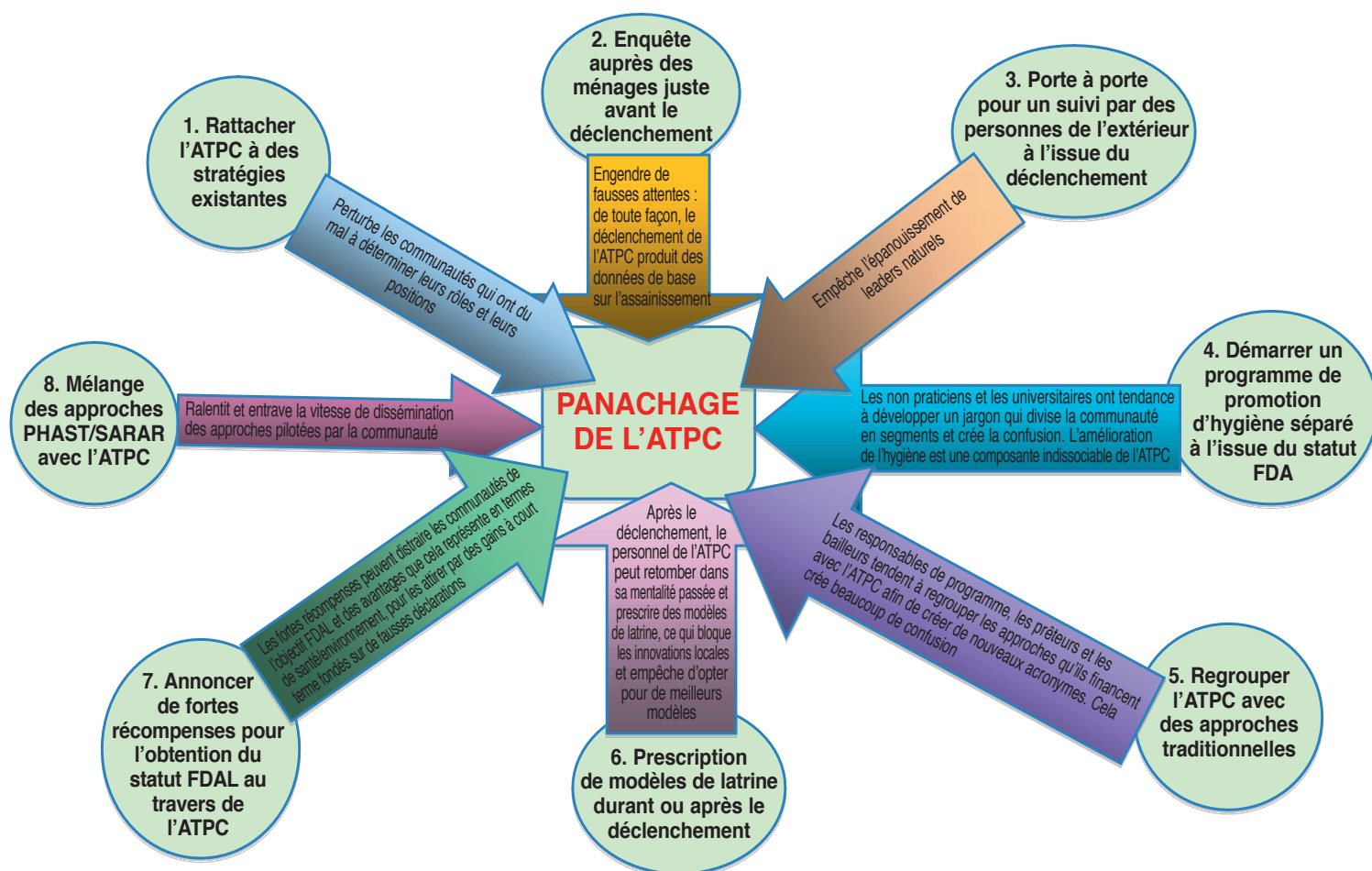
Il existe plusieurs exemples à travers l'Afrique de gouvernements et de bailleurs qui adoptent un « panaché » d'approches en matière d'assainissement. Cela se produit de différentes manières et, dans certains cas, c'est le fruit d'une politique délibérée visant à garder une gamme d'approches « sur le feu » afin d'augmenter les chances d'arriver enfin à identifier la bonne. Cette attitude se fonde aussi sur une logique raisonnable qui soutient que les circonstances locales nécessitent des adaptations – qu'il n'y a pas de « recette universelle » – et qu'il est donc impératif d'adopter différentes politiques en fonction des circonstances en présence.

Comme évoqué plus haut, parfois, ce scénario d'approches « panachées » semble promouvoir des approches basées sur des subventions ou prescrire des modèles de latrine dans certaines régions ou dans certaines circonstances tout en favorisant des approches exemptes de subvention ailleurs. Il s'agit peut-être simplement du fait que la main gauche ignore ce que fait la main droite. La Figure 6.1 montre d'autres exemples de panachage d'approches et elle suggère certains des risques associés à ce mélange. Parfois, il peut s'avérer nécessaire d'adapter l'approche à des circonstances particulières dans un pays donné – mais cela devrait être fait avec beaucoup de circonspection et en ayant une idée claire des aspects ou des opportunités qui risquent d'être perdues par la même occasion.

D'autres scénarios consistent à rattacher l'ATPC à une approche existante, dont certains éléments peuvent contredire les principes fondamentaux de l'ATPC. Il peut aussi arriver que différentes approches ayant des éléments communs soient regroupées sous un terme générique pour des raisons stratégiques, ou bien que l'ATPC soit superposé à des mécanismes existants et que les structures d'approches plus anciennes ne parviennent pas à absorber complètement ces mécanismes, de sorte que certains éléments ressortent durant la formation, le déclenchement ou le suivi, ce qui contribue à affaiblir le processus. La Figure 6.1 montre comment le panachage de ces initiatives peut parfois éroder le potentiel de l'ATPC.

21 Ecosan se concentre sur des systèmes d'assainissement qui permettent un ré-emploi des nutriments, principalement par une séparation à la source.

Figure 6.1 Les dangers que présente la confusion des messages dans l'ATPC



Source : illustration de l'auteur.

1. *Rattacher l'ATPC à des stratégies existantes.* Comme le suggère la Figure 6.1, on assiste à un exemple de panachage lorsque l'ATPC est « rajouté » à une offre sanitaire ou d'assainissement existante plus complète. Dans une certaine mesure, cela s'est produit en Éthiopie ; là, l'ATPC a été rattaché à une offre d'assainissement plus large parce que c'était la façon la plus transparente de hisser l'ATPC à un niveau institutionnel. Le D^r Shiferaw, qui était auparavant chef du Bureau sanitaire régional de la région SNNP et d'ores et déjà un ardent défenseur de l'ATPC, est devenu ministre de la Santé en 2008. Il voulait inclure l'ATPC dans la politique sanitaire nationale mais cela n'était pas simple car le gouvernement encourageait une offre sanitaire déclinée en 11 points comportant un certain nombre de prescriptions à suivre par les communautés. Le D^r Shiferaw a tenu plusieurs réunions avec des collègues de l'UNICEF et de Plan International et moi-même à Addis-Abeba pour discuter de la manière d'intégrer l'ATPC dans ce paysage. Finalement, bien qu'une politique sans subvention soit devenue l'approche principale, elle ne prônait pas totalement les principes clés non normatifs et impulsés par la communauté de l'ATPC et l'on pourrait arguer que certains ingrédients essentiels de l'ATPC se trouvaient masqués par cette façon de faire.

2. *Emprunter des techniques à des approches d'extraction de l'information.* Une autre forme de mélange peut se produire lorsque l'information est recueillie au moyen de techniques extractives qui trouvent leurs racines dans d'autres approches. Durant une récente visite au Nigéria, j'ai découvert que les collectivités locales, sur les conseils de l'Autorité pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement en zone rurale (RUWSA), avaient fait du porte à porte pour recueillir des données auprès des ménages en préparation d'une séance de déclenchement ATPC. Cette collecte préalable de données peut créer de fausses attentes d'une participation plus intensive de l'État et, lorsque cette méthode est fréquemment utilisée pour sélectionner les bénéficiaires d'un projet ou pour évaluer le niveau de vie d'une région, cela peut donner une impression de soutien financier ou matériel au processus d'assainissement qui suivra. Cela crée aussi un scénario dans lequel les gens sont incités à se déclarer pauvres et indigents. Outre le fait que l'on perd l'aspect qualitatif des données en termes de nuances, cela affaiblit également les chances de construire une action locale collective forte, ce qui est un élément essentiel du déclenchement de l'ATPC.

3. *Porte à porte pour un suivi par des personnes de l'extérieur à l'issue du déclenchement.* La Figure 6.1 suggère que la mise en place d'un système de suivi dans lequel des personnes de l'extérieur jouent le rôle principal peut engendrer divers problèmes. Lorsque le suivi est exclusivement ou essentiellement confié à des personnes de l'extérieur, l'occasion de découvrir des leaders naturels et de leur donner leur autonomie est affaiblie, voire perdue. On finit par confier la responsabilité ultime de la situation sanitaire à des personnes de l'extérieur. Cela peut perturber le sens des responsabilités des leaders naturels et les rendre moins efficaces dans la poursuite du statut FDAL au sein de la communauté.

En outre, perdre la chance de construire un groupe de leaders communautaires, même si cela ne prête pas à conséquence dans un village donné, peut gravement entraver le processus de mise à l'échelle – car une poignée de personnes de l'extérieur est absolument incapable de couvrir la totalité de la zone ou du pays. Dans l'État de Zamfara, au Nigéria, par exemple, ce sont les collectivités locales qui s'étaient chargées du suivi et elles se plaignaient constamment d'un manque de personnel devant l'ampleur de la tâche. Lorsque l'épanouissement des leaders naturels constitue un élément intégral de l'approche, on crée automatiquement le cadre nécessaire au suivi.

4. *Retour à des approches traditionnelles à l'issue de l'obtention du statut FDAL.* Dans beaucoup d'endroits, y compris, par exemple, au Tchad et au Nigéria, un programme de promotion de l'hygiène a été rétabli dès que le statut FDAL a été prononcé ; ou bien, dans certains cas, ce programme se déroule parallèlement au processus ATPC. Le programme d'hygiène, qui englobe le lavage des mains, le port de sandales et la pose d'un couvercle sur les aliments, est géré en fonction des autorités et des structures de gestion traditionnelles et par conséquent, cela limite l'autonomisation potentielle favorisée par les approches pilotées par la communauté et cela compromet la pérennité du changement de comportement d'hygiène obtenu au travers de l'ATPC.

Une telle fragmentation des interventions d'un programme – ici, pour faire une distinction entre les questions liées à la DAL et celles liées à l'hygiène – fragmente

aussi le changement de comportement qui est pourtant un élément indissociable de tous les aspects du processus. Dans un tel cas, le lavage des mains est abordé d'une façon radicalement différente de la défécation. Cette situation peut détourner de la dimension « totale » de l'ATPC et restreint l'ATPC à une mentalité de projet (DAL), alors qu'il s'agit d'une approche applicable à beaucoup d'activités différentes.

5. *Regrouper l'ATPC avec des approches traditionnelles.* Dans plusieurs endroits, des organisations, y compris l'UNICEF, ont commencé à se servir de termes génériques pour regrouper une variété d'approches ou d'éléments d'intervention. Les Approches communautaires de l'assainissement total (*Community Approaches to Total Sanitation – CATS*) constituent une parfaite illustration. Les CATS comprennent l'ATPC, l'Assainissement total piloté par l'école et – on peut s'en étonner – la Campagne indienne d'assainissement total (UNICEF 2009 ; Bevan et Thomas 2009). Au Pakistan, un terme semblable, Approches équilibrées de l'assainissement total (*Balanced Approaches to Total Sanitation – BATS*) a aussi fait son apparition. Il se peut que l'une et l'autre soient des tactiques pour éviter que leurs partisans estiment que leurs programmes sont menacés par l'introduction de l'ATPC – mais, dans le même temps, l'ATPC est parfois classé sous la même étiquette que des approches normatives et impulsées par les subventions qui bien souvent n'ont rien de « total ». Le fait de regrouper différents éléments dans un même programme est peut-être une stratégie – en particulier pour des organisations comme l'UNICEF qui gèrent des fonds pour le compte d'un large éventail de bailleurs différents – en vue de promouvoir l'ATPC tout en accommodant une variété de penchants chez les bailleurs et les gouvernements avec lesquels ils travaillent. Néanmoins, cette stratégie peut créer une confusion considérable à propos de l'ATPC, d'autant plus que ces termes sont utilisés pour évoquer des mélanges différents dans différents lieux. Ainsi, dans certains documents, CATS est utilisé pour signifier la version évoquée plus haut mais, au Mozambique, cet acronyme fait expressément référence à l'ATPC conjugué à un système de récompense (Godfrey 2009).

Dans le même temps, lorsque différents éléments ayant une approche ATPC sont séparés de celle-ci par une terminologie différente – c'est le cas par exemple de la promotion de l'Assainissement total piloté par l'école (ATPE) ou de l'Assainissement total piloté par les femmes (ATPF) – cela peut non seulement fragmenter la communauté mais cela peut aussi faire passer à côté des contributions de toutes les sections de la communauté vers la réalisation d'un objectif commun en les détournant de l'idée que l'ATPC est une activité qui s'adresse à « toute la communauté » et dont bénéficie la communauté tout entière.

Ainsi, fréquemment, l'ATPE est un processus qui commence et se déroule dans les écoles, le plus souvent axé sur les pratiques des élèves en matière de défécation et leur comportement d'hygiène principalement lorsqu'ils sont à l'école, en faisant abstraction de ce qui se passe lorsqu'ils sont chez eux ou, au mieux, en espérant qu'ils transmettent le message d'hygiène à leurs parents. Ce processus passe donc à côté de la chance de promouvoir un changement de comportement qui toucherait *toute* la communauté. Bien que l'ATPE soit très populaire et semble très efficace au Népal en particulier, il est probablement difficile de trouver des

écoles en zones rurales qui pourraient prétendre que tous leurs élèves proviennent de villages FDAL qui découlent d'une initiative impulsée par l'école. Si les enseignants peuvent jouer un rôle très important dans la propagation de l'ATPE, la possibilité de voir émerger des leaders naturels informels risque aussi de s'amoinrir dans les processus basés en milieu scolaire. Enfin, l'ATPE menace de créer une discrimination entre les enfants qui vont à l'école et ceux qui n'y vont pas ; les enfants qui ne sont pas scolarisés peuvent être laissés de côté ou stigmatisés, ce qui fragmente encore davantage la communauté. D'un autre côté, comme mentionné plus haut, beaucoup d'élèves aux quatre coins de l'Afrique se sont montrés particulièrement dynamiques dans les processus ATPC et, à cet égard, il semble que l'ATPE dispose de son propre potentiel exceptionnel. À ce titre, il serait peut-être plus idoine de baptiser cette approche « l'assainissement piloté par les élèves ».

L'ATPF, s'il n'est pas très répandu, a aussi fait son apparition dans certaines régions. Cette approche peut présenter l'avantage de mettre en avant les perspectives des femmes sur le processus de l'assainissement et de rendre ainsi plus visibles leurs contributions, que ne peuvent le faire des efforts généralisés menés par « la communauté tout entière ». Au final, les exercices d'assainissement piloté par les femmes offrent le potentiel de générer des processus d'émancipation qui vont au-delà de la portée des interactions communautaires mixtes, notamment si le processus génère un débat intense sur les relations de genre. Il se peut que les processus ATPF soient des sites propices au développement d'un leadership féminin, ce qui pourrait alors être promu dans le cadre de la propagation de l'ATPC.

Néanmoins, il y a aussi des risques qui sont associés à une telle distinction du rôle des femmes, risques dont nous devons avoir conscience et par rapport auxquels il convient de mesurer soigneusement les avantages potentiels. L'un d'eux est que lorsqu'une seule partie de la communauté est impliquée, le processus peut prendre beaucoup plus de temps. Les femmes de l'État de Cross River au Nigéria, par exemple, durant un récent processus d'examen, ont changé leur stratégie basée sur l'ATPF lorsqu'elles ont réalisé combien de temps elles auraient pu gagner si elles avaient engagé des enfants dans le processus dès le départ ou si les mêmes leaders naturels féminins avaient impliqué les jeunes villageois dans le processus. On court aussi le risque que lorsque le changement d'assainissement est entre les mains de femmes, cela peut être une raison ou un prétexte pour que le reste de la communauté l'écarte ou le trivialisent. Une autre possibilité est que lorsque les femmes sont isolées pour provoquer un changement d'assainissement, elles peuvent en devenir responsables d'une manière qui est manifestement inégale.

L'avantage qu'il y a à embrasser un processus qui s'applique à la communauté tout entière est que cette approche a plus de chance d'impliquer tout le monde dans la prise de responsabilité pour mettre un terme à la DAL. Néanmoins, les communautés englobent beaucoup de niveaux de différenciation en termes de pouvoir et de privilège. Les processus ATPC pleinement communautaires risquent de contourner certains groupes en raison de leur statut moindre à moins que les facilitateurs ne soient conscients des divisions au sein de la communauté et ne s'attachent à les résorber durant le déclenchement et le suivi (voir Mahbub 2011).

6. *Prescrire des modèles de latrine durant ou à l'issue du déclenchement.* Cette pratique est manifeste dans plusieurs pays et elle est particulièrement en vogue dans les endroits où des programmes de marketing de l'assainissement ont été entrepris parallèlement à l'ATPC, comme en Tanzanie. La prescription de modèles durant ou à l'issue du déclenchement inhibe l'apparition d'innovations locales dans la conception de latrines et, par conséquent, elle étouffe le développement des innovations concernant beaucoup d'autres questions liées ou non à l'hygiène au niveau local. La pratique inhibe aussi l'utilisation de technologies appropriées à faible coût ou à coût zéro et de matériaux locaux ; elle augmente la dépendance envers des contributions extérieures et elle risque créer des approvisionnements inadaptés et dont personne ne veut. Au Ghana, par exemple, bien que l'ATPC ait été introduit dès 2006, il a été accompagné par la promotion d'une latrine à fosse améliorée ventilée (VIP) ainsi que d'un modèle de latrine commun. Dans le sillage de ces efforts, en 2010, l'accès à l'assainissement au Ghana est resté faible, à 13 pour cent, et le pays ne compte qu'environ 70 villages FDAL.

De même, en Tanzanie, le financement de la Fondation Gates par le biais de WSP Afrique a mis l'accent sur le marketing de l'assainissement – en concentrant ainsi la fourniture de matériel d'assainissement là où les approvisionnements étaient très réduits, voire absents. L'idée centrale était d'aider les communautés FDAL à grimper le long de l'échelle de l'assainissement. L'ATPC crée la demande et le marketing de l'assainissement comble le manque d'approvisionnement et contribue à établir un accès facile aux marchés. À mesure que les comportements d'hygiène collectifs changent, les communautés FDAL tendent à investir et à améliorer leurs toilettes selon leurs propres moyens, qui peuvent varier beaucoup d'une situation à une autre et entre les pays en fonction de nombreux facteurs biophysiques et sociaux. Lorsqu'une démarche de marketing de l'assainissement est amorcée parallèlement ou à l'issue du démarrage d'un processus ATPC, elle peut combler les attentes de ceux qui ont les moyens de mettre en place des modèles de latrine qui ont « fait leur preuves » et remédier aux risques que présentent les modèles plus rudimentaires. Mais dans certains endroits, les modèles sont prescrits ou deviennent disponibles avant, voire sans, les travaux de terrain nécessaires pour créer la demande, auquel cas ils agissent comme des prescriptions et écartent toute dimension d'innovation du processus ATPC. Au Cambodge, le marketing de l'assainissement s'est axé sur des modèles relativement coûteux, sans prêter vraiment attention aux modèles ou aux technologies susceptibles d'offrir une solution aux milliers de ménages qui ne peuvent pas se permettre d'installer des modèles onéreux.

D'un autre côté, le marketing de l'assainissement qui permet et encourage la progression régulière le long de l'échelle de l'assainissement une fois que le changement de comportement a été déclenché par le biais d'un processus réussi d'ATPC, peut combler des manques importants. Si le processus d'amélioration des latrines dépend de nombreux facteurs – y compris de l'existence et du fonctionnement de marchés de l'assainissement – même des communautés très reculées ont réalisé d'elles-mêmes des améliorations progressives, comme le fait de cimenter la plate-forme, d'utiliser des tuyaux en plastique pour la ventilation, d'utiliser de la cendre dans les latrines à fosse sèche pour réduire les mauvaises odeurs, rendant ainsi la latrine plus confortable. Les institutions ont besoin de trouver des moyens de soutenir ces innovations autogénérées en guise

d'améliorations marginales, en prenant ce genre de modèles plutôt que les modèles institutionnels comme point de départ pour des technologies perfectionnées. C'est ce processus qui a été adopté au Bangladesh en 2004-05 lorsque Plan Bangladesh a soutenu des revendeurs locaux pour qu'ils développent et vendent des modèles communautaires (voir Kar et Chambers 2008).

Davantage d'implication dans les questions touchant aux technologies de l'assainissement susceptibles de résoudre les problèmes potentiels de deuxième génération, par exemple la contamination des eaux souterraines dans les régions où les latrines sont concentrées, pourrait se révéler un élément nécessaire des processus de suivi de la part des praticiens de l'ATPC.

7. Annoncer de fortes récompenses pour l'obtention du statut FDAL au travers de l'ATPC. Le fait d'offrir de fortes récompenses pour l'obtention du statut FDAL au travers de l'ATPC comporte des risques importants. Si les récompenses peuvent faire office d'incitations efficaces à court terme, elles présentent aussi plusieurs inconvénients majeurs et peuvent menacer les principes fondamentaux de l'ATPC. Tout d'abord, les communautés peuvent être détournées de leur objectif en travaillant pour la récompense, alors que la cible devrait être l'obtention et le maintien du statut FDAL, et elles risquent aussi de perdre de vue le fait que le statut FDAL offre lui-même une superbe récompense à la communauté tout entière lorsqu'il s'inscrit dans la durée. Deuxièmement, les grosses récompenses comme celles offertes dans le cadre de la *One Million Initiative* au Mozambique – y compris des bicyclettes, des téléphones mobiles et des ordinateurs pour certains acteurs – sont peu durables dans la plupart des pays et bon nombre de pays pauvres ne peuvent même pas les envisager. Au Mozambique, il a été reconnu que le système de récompenses élaboré était impossible à maintenir à long terme et il n'a pas pu être mis à l'échelle ; suite à cette évaluation, une solution plus rentable a été recherchée en conservant toutefois la même approche à base de récompense.

Troisièmement, il y a le problème de savoir qui touche la récompense en se demandant si certains sont récompensés pour le travail et les efforts des autres. Ainsi, si les leaders naturels et les autorités formelles comme les chefs du village obtiennent la récompense, cela peut diviser les membres de la communauté qui sont en droit de se demander pourquoi ces personnes reçoivent des bénéfices supplémentaires pour les efforts assidus déployés par tout le monde. Cela peut se produire, par exemple, dans le contexte du *Nirmal Gram Puruskar* (NGP) en Inde, la grosse récompense en espèces accordée aux *gram panchayats* FDAL (collectivités locales, communes), dont le montant varie en fonction de la taille de la population de la commune. Il n'existe aucune garantie que la commune dépensera cet argent d'une manière qui profitera à tout le monde – de fait, il est fort possible que les membres plus puissants de la communauté accaparent la récompense (voir Mehta et Movik (2011) pour les mises en garde concernant les systèmes assortis de récompense).

Enfin, les grosses récompenses évoquent aussitôt le spectre de la corruption et de non-respect des règles, même lorsqu'on ne peut pas réellement parler de corruption. Lorsque de grosses sommes d'argent sont associées à une initiative, les membres de la communauté peuvent avoir de bonnes raisons de supposer

que la totalité de la somme n'est pas utilisée à ce à quoi elle était destinée et cela peut éroder leur bonne volonté même si cette crainte n'est pas justifiée. Les fausses déclarations de statut FDAL constituent aussi un problème notable en Inde, où de nombreux villages n'ayant pas obtenu le statut FDAL se sont quand même vu attribuer le NGP (voir Khale et Dyalchand 2011 ; Sanan 2011).

8. Mélange des approches PHAST ou SARAR avec l'ATPC. On obtient une autre forme de mélange lorsque des éléments d'approches plus anciennes comme PHAST sont intégrés dans les nouveaux programmes ATPC. WaterAid au Nigéria, par exemple, applique dans certaines régions une méthode qui utilise le déclenchement de l'ATPC, et quelques jours plus tard, elle organise une formation PHAST qui utilise des prescriptions en termes de comportement d'hygiène et les méthodes didactiques de l'approche antérieure. De surcroît, dans certaines régions du Nigéria, l'ATPC a aussi été accompagné d'une formation à la construction de latrines destinée aux maçons et d'une promotion d'un modèle de latrine SanPlat. Un inconvénient majeur de ces panachages dans un tel cas est que les leaders naturels potentiels n'ont pas été clairement identifiés durant le processus de déclenchement et n'ont pas trouvé l'occasion de s'épanouir et de prendre la tête du processus. Des personnes de l'extérieur ont continué d'éduquer, d'enseigner, d'offrir des solutions et un suivi au niveau des ménages à l'issue du déclenchement, autant de choses qui auraient pu être facilitées par les leaders naturels. De ce fait, la propagation et la mise à l'échelle de l'ATPC au Nigéria se sont heurtées à de graves difficultés.

Des panachages analogues ont aussi eu lieu en Asie. Par exemple, lors d'une visite au Cambodge, Knowledge Links²² a constaté que, dans la plupart des cas, des supports visuels élaborés pour des programmes PHAST – p. ex. des illustrations de l'échelle de l'assainissement – étaient parfois utilisés avant le déclenchement dans le cadre de la mise en œuvre de l'ATPC. En Érythrée, les premières tentatives d'introduction de l'ATPC en 2007 l'ont délibérément associé aux méthodes SARAR et PHAST antérieures : reconnaissant le rôle des communautés dans l'amélioration et la gestion de leur propre assainissement, il a été élaboré une stratégie qui tentait d'inclure une focalisation sur les options d'assainissement à bas coût gérées au niveau communautaire et l'utilisation, dans toute la mesure du possible, de matériaux disponibles localement. Toutefois, ces tentatives n'ont donné naissance à aucun village FDAL et une approche ATPC à part entière a finalement été adoptée en 2009.

Le problème avec l'ATPC est qu'en voulant le diluer, en mélangeant les approches ou en gérant des subventions en parallèle, on risque de gravement compromettre son efficacité prouvée à produire des résultats en termes de responsabilisation des villageois en matière de comportement d'hygiène, d'incitation à changer et de leadership et d'innovation pour y parvenir. Là où le panachage est inévitable, il devrait se faire avec beaucoup de circonspection et sans jamais perdre de vue les principes essentiels de l'ATPC.

22 Knowledge Links est un cabinet conseil basé en Inde qui organise des formations et une action de plaidoyer en faveur de l'ATPC.

6.4 Opportunités manquées

Un autre défi auquel est confronté l'ATPC est le fait qu'à mesure qu'il parvient à s'imposer dans différentes organisations, il peut devenir la victime des divisions structurelles qui existent en leur sein, et cela peut engendrer des opportunités manquées. Un investissement significatif est réalisé dans les communautés au cours du déclenchement et du suivi dans le cadre de l'ATPC, et le processus génère beaucoup d'énergie. Bien qu'il existe des exemples de canalisation réussie de cette capacité humaine dans de nouveaux travaux, le plus souvent, le processus s'arrête à l'obtention du statut FDAL.

Cela se traduit par l'imposition d'une mentalité de « projet », de sorte que l'énergie générée par un processus ATPC n'est pas répercutée sur un mouvement continu en faveur de l'assainissement une fois le statut FDAL obtenu. Beaucoup de leaders naturels sont créés durant le processus FDAL et cela génère beaucoup d'énergie communautaire. Néanmoins, le plus souvent, nous passons au village suivant sans exploiter ce potentiel énorme généré par le processus de facilitation. En général, nous n'utilisons pas les leaders naturels pour la vulgarisation de l'ATPC à d'autres villages – même si parfois, dans les circonstances appropriées, ils peuvent s'en charger eux-mêmes. À Kadadaba, dans l'État de Zamfara, au Nigéria, et dans le village de Sabadino, région SNNP en Éthiopie par exemple, il y a des rapports fiables d'autodéclenchement ayant eu lieu dans des villages situés à proximité de ceux ayant fait l'objet d'un déclenchement officiel.

Souvent ces leaders naturels pourraient passer de l'amélioration de la situation sanitaire du village et de son comportement d'hygiène à des questions touchant à la gestion des déchets solides et liquides, au nettoyage des axes routiers et des lieux publics, à la construction d'installations sanitaires sur les places de marché, près des arrêts de bus et dans les écoles. Cela s'est produit, par exemple, dans le GP de Loni, district de Solan, Himachal Pradesh – où les membres de la communauté ont repeint les arrêts de bus et ont commencé à s'attaquer à la gestion des déchets liquides et solides dans l'environnement immédiat ainsi qu'au nettoyage et à l'entretien des lieux publics. Il existe des exemples au Pakistan, au Kenya et au Malawi où il a été fait appel à des consultants communautaires dans le cadre de la mise à l'échelle mais nous avons besoin de plus d'exemples de cette progression.

Un second aspect réside dans le fait que beaucoup d'agences qui travaillent sur l'ATPC sont spécifiquement des agences d'eau et d'assainissement, ce qui peut limiter le potentiel de l'ATPC à faire une incursion dans d'autres domaines de moyens de subsistance et de développement rural, même si le processus engendre souvent l'énergie et l'autonomisation requises pour y parvenir. Il y a des exemples de leaders naturels qui ont progressé pour passer de l'assainissement à des questions plus vastes ayant trait aux moyens de subsistance. Au Bangladesh, par exemple, les leaders naturels et les communautés ayant fait l'expérience de l'ATPC se sont ensuite penchés sur l'inégalité des salaires entre hommes et femmes, la valorisation des négociations salariales avec les gérants, l'élimination du phénomène de famine saisonnière par le biais d'initiatives collectives, la scolarisation de tous les enfants de la communauté, la création de nouvelles

options de moyens de subsistance pour les pauvres sans terre et beaucoup d'autres questions (voir Bode *et al.* 2006). Mais, à moins que les agences impliquées dans l'ATPC n'aient déjà établi, ou s'efforcent d'établir, des liens solides avec des organismes ou des services qui travaillent dans d'autres secteurs, cette progression est très difficile à obtenir.

7 Dernières réflexions

L'établissement et la propagation de l'ATPC en Afrique a été une épopée en dents de scie pour moi-même et pour un grand nombre de praticiens et de défenseurs de l'ATPC travaillant dans plusieurs organisations différentes. Dès ses premiers pas expérimentaux en Ouganda, en Zambie et en Éthiopie, il s'est propagé comme une traînée de poudre dans beaucoup de villages, au sein des pays et des organisations, mais avec une grande variété de résultats. Dans certaines situations, il s'est épanoui ; dans d'autres, il s'est heurté à des obstacles frustrants ; d'autres fois encore, il a affiché des tendances qui méritent d'être examinées et évaluées.

Par rapport à l'ATPC en Asie, en Afrique, le processus de mise à l'échelle s'est déroulé rapidement. Cela s'explique en partie par les étapes mêmes de son histoire : lorsque l'approche s'est finalement imposée en Afrique, il existait des antécédents en Asie, ce qui exerçait un pouvoir de persuasion et conférait un peu d'expérience aux acteurs de l'ATPC. Cela est aussi dû en partie au solide leadership institutionnel rapidement assumé par l'UNICEF en Afrique et par de bons exemples de coordination et de collaboration entre les agences et les pouvoirs publics qui ont rendu possible l'intégration de l'approche dans plusieurs programmes d'assainissement à grande échelle.

Que veut dire la mise à l'échelle dans le cas de l'ATPC ? À un certain niveau, la mise à l'échelle concerne le degré de couverture, et c'est bien sur la couverture, en termes de nombre de pays et de districts, et d'indicateurs de succès en termes de nombre de villages au statut FDAL que nous nous concentrons le plus souvent – peut-être en toute légitimité. Mais la mise à l'échelle concerne aussi l'approfondissement et la pérennité ; il s'agit de savoir jusqu'où sont ancrés les principes de leadership communautaire, de mettre en avant les connaissances locales et la non-prescription au sein des agences qui promeuvent l'ATPC ; et de définir dans quelle mesure les évolutions de l'approche qui semblent avoir lieu contribuent à sa pérennité au sein des organisations qui assurent sa mise en place.

En termes de couverture, s'il ne fait aucun doute que les résultats sont probants, il reste encore bien des choses à faire. Si quelques pays ont fait des progrès étonnants, d'autres sont encore très nouveaux dans l'approche, et d'autres ont affiché des résultats décevants en termes de villages FDAL ou du nombre de personnes ayant désormais accès à un assainissement amélioré. En termes d'approfondissement et de pérennité, il est peut-être trop tôt pour une évaluation poussée. D'un côté, des centaines de personnes ont été formées ; plusieurs gouvernements se sont ralliés au projet ; et beaucoup d'ingénieurs en

assainissement ont abandonné les solutions normatives, axées sur la technologie pour préconiser cette approche, qui met en avant le potentiel de la communauté et le changement de comportement. Beaucoup d'adaptations sont apparues, depuis des termes génériques comme CATS, jusqu'à des systèmes faisant jouer différentes sortes de récompenses, en passant par différents degrés de panachage des approches. Que ce soit justement ces adaptations qui aient permis à l'ATPC de se propager si rapidement en Afrique ou qu'elles représentent des écarts susceptibles de gravement fragiliser l'approche sont des questions que les praticiens de l'ATPC auront besoin de continuer à se poser. Dans certains pays, comme au Nigéria et au Ghana, il semble clair que les approches panachées ou « étagées » ont créé de sérieux obstacles à la propagation et la mise à l'échelle de l'ATPC et il convient de reconnaître franchement les implications de cette tendance pour les efforts à venir.

Néanmoins, l'ATPC a changé la situation sanitaire de centaines de milliers de personnes en Afrique et il promet de faire de même pour des millions d'autres. Toutefois, il recèle aussi la promesse d'arriver à faire beaucoup plus que cela. L'ATPC a un potentiel énorme et il génère assez d'énergie pour engendrer un processus continu qui imprègne toutes sortes d'activités liées à l'hygiène ainsi que le développement des zones rurales et des moyens de subsistance en général. Il est né comme un premier pas ou comme un point de départ du travail sur les moyens de subsistance à beaucoup de niveaux différents et c'est peut-être dans ce rôle qu'il doit maintenant mûrir.

Nous risquerions d'éroder gravement cette approche si nous la traitions uniquement comme un moyen d'obtenir le statut FDAL. L'obtention du statut FDAL est certes une première étape, à partir de laquelle il devient possible de s'embarquer pour un voyage systématique dans trois directions différentes :

1. Un voyage vers le haut le long de l'échelle de l'assainissement en termes d'amélioration de la durabilité et de la qualité des latrines à fosse initiales, avec la participation active des ingénieurs de la communauté. Cela peut aussi déboucher sur le développement participatif de technologies et la construction de filières marchandes appropriées avec des consultants communautaires et des revendeurs locaux de matériels sanitaires (voir Kar 2003). Comme évoqué, les institutions ont besoin de promouvoir des améliorations technologiques autogénérées pour faciliter ce processus.
2. Un voyage vers l'atteinte de nouveaux jalons sur la route du changement de comportement d'hygiène comme se laver les mains, se couper les ongles, enlever les excréments d'animaux dans la cour, la manipulation sans risque des aliments et de l'eau potable et d'autres mesures d'hygiène personnelle comme l'hygiène menstruelle. La DAL n'est qu'un comportement sanitaire parmi d'autres, mais l'ATPC est une approche qui peut s'appliquer à chacun d'entre eux.
3. Un voyage vers l'extérieur qui veille à la couverture en matière d'assainissement dans des lieux publics comme les marchés, les arrêts de bus et les écoles, et gagnent des domaines plus larges de développement communautaire, de gestion des déchets et de développement des moyens de subsistance.

Tous ces changements interviennent sporadiquement çà et là en Afrique, en Asie et en Amérique latine mais si la participation institutionnelle systématique dans ces directions est rare, de grandes organisations travaillant dans l'assainissement consacrent des sommes énormes à ces autres domaines sans chercher à rallier leurs efforts à l'approche centrale de l'ATPC. La plate-forme de l'ATPC doit être utilisée au maximum de son potentiel. Il est temps que nous commencions à fusionner ces différents programmes créés en vase clos pour les intégrer dans l'ATPC.

Les graines que nous plantons lorsque nous entamons l'ATPC sont les graines de l'autonomisation de la communauté et c'est en partie sur cet indicateur que nous devons évaluer nos résultats. Au fil des quatre dernières années, une foule de personnes ont travaillé dur et de façon systématique pour promouvoir l'approche et transformer leur organisation et leur village. Les progrès ont été remarquables. Si l'énergie générée dans ce processus peut être exploitée avec enthousiasme, ce progrès peut représenter les premiers pas vers des transformations radicales de l'assainissement, de la santé et des conditions de vie en zones rurales.

Annexe 1 Chronologie de la participation de Kamal Kar et autres événements dans le développement de l'ATPC

Note : le texte en gras indique les événements intervenus en Afrique.

- 1998 Mission d'examen de WaterAid Bangladesh et leur partenaire local VERC. Kamal Kar dirigeait la mission. La mission recommandait de ne pas appliquer une subvention forfaitaire pour l'achat de matériel d'assainissement au niveau des ménages mais une subvention d'un montant différent en fonction du niveau de pauvreté. La mission recommandait une évaluation participative de l'impact dans différents districts du Bangladesh afin d'évaluer le besoin d'une subvention dans le domaine de l'assainissement.
- 1999 Sur la base de la recommandation de Kar, WaterAid a amorcé le processus d'évaluation participative de la pauvreté afin de déterminer une stratégie de subvention différentielle.
- Fév. 2000 Le premier exercice a eu lieu pour tenter de comprendre pourquoi les gens défèquent en plein air dans le village de Mosmoil. Première expérience d'un déclenchement ATPC à Mosmoil.
- 2001 Mission d'examen du DFID réalisée dans la région de Rajshahi, au Bangladesh. Vivek Srivastava, Chef de l'équipe nationale du WSP Asie du Sud à New Delhi, dirige la mission d'examen pour voir comment fonctionne l'ATPC sur le terrain et se dit convaincu. Parmi les autres membres de la mission figuraient Alistair Wray du DFID, Londres, et Archana Patkar de Mumbai, Inde, qui ont aussi été très impressionnés par le pouvoir de la participation communautaire pour éradiquer la défécation en plein air.
- Déc. 2001 WSP New Delhi, Inde, invite Kar à faire une présentation de l'approche pilotée par la communauté qu'il a développée au Bangladesh et lui demande son aide pour l'introduire en Inde.
- Fév. 2002 Atelier de l'Académie du développement rural réunissant des administrateurs haut placés de l'Inde et du Bangladesh à Bogra au Bangladesh. WSP Asie du Sud organise l'atelier de trois jours facilité par Kar pour mettre en commun la nouvelle expérience de l'ATPC au Bangladesh.

Août 2002	Kar présente l'approche ATPC lors d'un atelier de deux jours à Pune, Maharashtra, Inde, auquel sont invités tous les dirigeants des 32 districts et hauts responsables du gouvernement de Maharashtra (GoM). L'atelier est présidé par M. B.C. Khatua, Secrétaire principal, Approvisionnements en eau et assainissement, GoM.
Oct. 2002	WSP a joué un rôle en Inde : résultat immédiat de l'atelier de Bogra, le gouvernement de Maharashtra et WSP Asie du Sud décident conjointement d'amorcer un projet ATPC pilote dans deux districts de l'État. Kar est invité à évaluer le potentiel et présente l'ATPC dans les districts d'Ahmed Nagar et de Nanded en guise de tout premier projet pilote en Inde.
2002-05	Kar facilite d'importants ateliers de formation et des visites de suivi dans les États d'Haryana, d'Himachal Pradesh et d'Andhra Pradesh au cours des trois années suivantes. L'Haryana et l'Himachal Pradesh sont des États chefs de file de l'ATPC en Inde.
Avril 2003	Kar présente l'ATPC au Cambodge par le biais de Concern Cambodge à Pursat, dans les provinces de Kampong Cham, Kampong Chhnang et Siem Reap.
2003	Le document de travail 184 de l'IDS par Kamal Kar, <i>Subsidy or Self-Respect?</i> est publié et largement distribué lors de conférences internationales.
Oct. 2003	Lors de la 1 ^{ère} Conférence sud-asiatique sur l'assainissement (SACOSAN I) à Dhaka, Kar prononce un discours phare sur l'ATPC et plus de la moitié de la conférence est consacrée à cette approche émergente. Plus de 30 leaders naturels issus de villages FDAL du Bangladesh sont invités à dialoguer avec des ministres et des décideurs haut placés de différents pays d'Asie et d'une poignée de pays d'Afrique. Les modèles de plus de 50 types de latrines innovés par la communauté sont exposés par plusieurs ONG nationales et internationales, notamment Plan International, WaterAid et World Vision, et sont devenus très populaires. C'était la toute première grande manifestation à laquelle l'ATPC était présenté à un public mondial. La Déclaration de Dhaka par les ministres soulignait l'autonomisation de la communauté locale dans le domaine de l'assainissement.
Avril 2004	Kar prononce un discours phare sur l'ATPC devant la Commission des Nations Unies sur le développement durable (ONU CDD-12) à New York.
Juillet 2004	Népal : Kar présente l'ATPC au Népal par le biais du premier atelier de formation pratique dans le district d'Hetwada.

Juillet 2004	Pakistan : WSP Asie du Sud, Islamabad et New Delhi, le Conseil de concertation sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement (WSSCC), Genève, le ministère de l'Environnement et le ministère de la Santé du gouvernement du Pakistan organisent un atelier de deux jours sur l'assainissement total à Bhurban au Pakistan, où Kar présente le concept de l'ATPC.
Sept. 2004	Indonésie : Kar est invité par WSP AEP à Jakarta, Indonésie, pour évaluer la possibilité de l'ATPC en Indonésie. Kar se rend dans différentes îles d'Indonésie et fait des tests sur le terrain pour vérifier la faisabilité de l'ATPC là où le projet WSLIC-II financé par la Banque mondiale est en cours de mise en œuvre et il formule ses recommandations.
2004-2006	Kar présente l'ATPC à Plan International, CARE et à une ou deux ONG nationales du Bangladesh. L'approche reçoit un accueil très tiède de la part des grandes ONG nationales du Bangladesh qui reçoivent des dons énormes d'agences extérieures pour la subvention de l'assainissement. Il n'en reste pas moins que l'institutionnalisation de l'ATPC dans Plan International a démarré au Bangladesh. Edward 'Mac' Abbey et le D ^r Khairul Islam se sont imposés comme des ambassadeurs de l'ATPC au sein de la grande famille mondiale de Plan International.
Mars 2005	Kar facilite le premier atelier de formation pratique sur l'ATPC à Lumajang, Java oriental, Indonésie, événement phare de l'introduction de l'ATPC en Indonésie.
Nov. 2005	Publication du document de travail 257 de l'IDS, <i>Subsidy or Self Respect? Community Led Total Sanitation. An Update on Recent Developments</i> par Kamal Kar et Katherine Pasteur (Kar et Pasteur 2005).
Nov. 2005	Publication du <i>Guide pratique au déclenchement de l'Assainissement total piloté par la communauté</i> de Kar (Kar 2005).
Déc. 2005	Premier atelier d'Orientation sur l'ATPC facilité par Kar, organisé par le Bureau national de Plan Chine dans le comté de Pucheng, province de Shaanxi.
2006	Le DFID finance l'IDS, Sussex, Royaume-Uni pour entreprendre un projet sur trois ans de recherche, d'apprentissage par l'action et de réseautage sur l'ATPC.
2006	Le ministère de la Santé de l'Indonésie annonce l'inclusion de l'ATPC dans la politique nationale.
2006	Publication de Kar et Bongartz (2006) <i>Update on Some Recent Developments in Community Led Total Sanitation</i> .

Août et Nov. 2006	Kar se rend en Indonésie ; il dirige des ateliers de formation pratique et apporte un soutien au suivi de l'initiative ATPC, y compris une action de plaidoyer et de consultation auprès des principales parties prenantes, et il contribue au processus d'institutionnalisation.
Sept. 2006	SACOSAN II à Islamabad, Pakistan. Un atelier spécial à l'intention des praticiens de l'ATPC est organisé par l'IDS, une journée avant la conférence principale. L'ATPC est un sujet phare dans toutes les sessions de la conférence.
Déc. 2006	Premiers ateliers de formation pratique sur l'ATPC en Amérique latine organisés par l'UNICEF et d'autres grands acteurs du secteur de l'assainissement à La Paz et Potosi en Bolivie. Les ateliers sont facilités par Kamal Kar.
Juin 2006-avril 2007	Trois grands ateliers de formation pratique sur l'ATPC sont facilités par Kar à Mardan et Peshawar dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest et à Islamabad, au Pakistan.
2007	Atelier régional de formation et d'orientation à l'intention des décideurs et stratèges haut placés des pays francophones d'Afrique de l'Ouest à Bamako, Mali, facilité par Kar. Des stratèges et des décideurs haut placés du Burkina Faso, du Bénin, du Cameroun, du Tchad, de la République démocratique du Congo, du Sénégal, de la Côte d'Ivoire, du Mali, du Togo, de la Mauritanie, du Nigéria et du Ghana participent activement à cet atelier, se font une impression et acquièrent un aperçu de l'approche ATPC.
Fév. et mars 2007	Atelier régional de formation de Plan International à Dar es Salaam en Tanzanie, suivi d'un atelier à Awassa en Éthiopie dirigé par Kar.
Avril-mai 2007	Le premier atelier de formation à l'échelle nationale sur l'ATPC à l'intention de 65 militants communautaires issus de tous les Programmes de soutien rural (RSP) et du réseau de RSP du Pakistan est facilité par Kar à Rawalpindi et à Islamabad.
Avril 2007	Kar facilite le premier atelier de formation pratique sur l'ATPC au gouvernorat d'Ibb et un atelier national à Sana'a à l'intention du personnel du Fonds social pour le développement (SFD), au Yémen ainsi que les ONG nationales et les agences gouvernementales impliquées dans l'assainissement.
Sept. 2007	Kar facilite la première formation pratique sur l'ATPC et l'Assainissement total et le marketing de l'assainissement (<i>Total Sanitation and Sanitation Marketing – TSSM</i>) avec des formateurs indonésiens en Java oriental.

Oct. 2007	Premier atelier régional sur l'ATPC destiné aux instituts régionaux de formation soutenus par l'UNICEF organisé à Nairobi, Kenya. L'atelier réunit des centres du Réseau international de formation (<i>International Training Network – ITN</i>) du Ghana, du Burkina Faso, du Kenya, du Zimbabwe et du Mozambique ainsi que des bureaux de l'UNICEF au Kenya et en Éthiopie.
2008	Le gouvernement indien entame une formation de familiarisation à l'ATPC à l'intention de deux à quatre des élus sélectionnés dans chacun des 621 districts du pays, au Knowledge Resource Centre, ATI, Nainital, Uttaranchal.
2008	Le ministère indonésien de la Santé déploie le programme ATPC, baptisé CBTS.
Janvier 2008	L'ATPC est introduit en Sierra Leone, Afrique de l'Ouest, par Kar.
Janv.-fév. 2008	Premiers ateliers de formation pratique sur l'ATPC en Afrique de l'Ouest. Trois ateliers majeurs facilités par Kar sont organisés par l'UNICEF et Plan Sierra Leone à Freetown, Kennama et Port Loko, lors desquels se dégagent au moins une douzaine de formateurs en ATPC au niveau national.
Fév. 2008	Atelier spécial d'une journée à l'intention des praticiens de l'ATPC organisé par l'IDS, un jour avant l'AfricaSan à Durban, en Afrique du Sud.
Mai 2008	Un atelier de formation pratique de cinq jours est organisé conjointement par le Bureau régional de la santé de la région du Tigré et l'UNICEF Éthiopie à Mekele, facilité par Kar, avec 30 participants issus des pouvoirs publics et d'ONG internationales et locales. Outre les participants de l'Éthiopie, il y avait des stagiaires de Zambie, du Zimbabwe, du Ghana et du Burkina Faso francophone.
Juin 2008	Kar facilite trois ateliers de formation pratique sur l'ATPC au Malawi qui jettent les fondations de l'approche ATPC dans le pays.
Juillet 2008	Kar facilite un atelier de formation pratique dans le district de Kilifi près de Mombasa, au Kenya, auquel participent 65 participants des pays de Plan (Kenya, Soudan, Éthiopie, Égypte et Ouganda), des fonctionnaires de différents services gouvernementaux du Kenya, des ONG, l'UNICEF et WSP. Certains des meilleurs formateurs du Kenya sont sortis du lot lors de cet atelier.

Juillet 2008	Deuxième grand atelier de formation pratique sur l'ATPC en Zambie facilité par Kar.
Sept. 2008	Kar prononce un discours phare sur l'ATPC lors de la session d'inauguration de la Semaine mondiale de l'eau à Stockholm.
Oct. 2008	L'ATPC en Afrique lusophone : atelier national de formation à l'ATPC au Mozambique facilité par Kar auquel assiste des ministères, l'UNICEF, 18 personnes d'ONG partenaires nationales et internationales, et des techniciens eau et assainissement. Six fonctionnaires et du personnel de l'UNICEF venus d'Angola participent également à l'atelier.
2008-09	John Claude Somda, du CREPA au Burkina Faso, qui a été formé par Kar lors d'ateliers de formation de formateurs dans plusieurs pays, facilite plusieurs ateliers ATPC en français à Madagascar, au Burundi, en Mauritanie, au Cameroun, au Togo et en Haïti.
Nov. 2008	Premier atelier de formation pratique sur l'ATPC à l'intention des formateurs et des facilitateurs au Mali facilité par Kar à Kolokani, au Mali. Certains des meilleurs formateurs et facilitateurs ATPC ont été identifiés lors de cet atelier. Des stagiaires du Togo, du Burkina Faso et du Sénégal y ont aussi participé.
Nov. 2008	SACOSAN III à Delhi. Atelier de partage d'une journée en préparation de la conférence à l'intention des praticiens de l'ATPC, organisé par l'IDS.
Déc. 2008	Conférence sur la recherche liée à l'ATPC, IDS, Sussex, Royaume-Uni.
Fév. 2009	Premier atelier régional de formation pratique sur l'ATPC facilité par Kar à Otukpo, État de Benue au Nigéria.
Mars 2009	Atelier régional pour l'Afrique, Mombasa, Kenya, organisé par l'IDS.
Mars-avril 2009	Premier atelier de formation pratique sur l'ATPC facilité par Kar au Liberia.
Mai 2009	Premier atelier de formation pratique sur l'ATPC au Samar oriental, Philippines.
Mai 2009	Deuxième atelier de formation pratique sur l'ATPC facilité par Kar à Cochabamba, Bolivie.
Juin 2009	Premier atelier de formation pratique sur l'ATPC facilité par Kar à Keren, Érythrée.

Juillet 2009	Le premier atelier de formation pratique sur l'ATPC est organisé par Plan Soudan à Kosti dans l'État du Nil Blanc, facilité par Kar.
Sept. 2009	Premier atelier de formation pratique sur l'ATPC facilité par Kar à N'Djamena au Tchad.
Nov. 2009	L'ATPC en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique, Phnom Penh, Cambodge, organisé par l'IDS, Plan International, ministère de la Santé du gouvernement du Cambodge, l'UNICEF et WSP.
Mars 2010	Latino San-II à Foz do Iguacu, Parana, Brésil.
Juin 2010	Deuxième atelier national de formation pratique destiné aux formateurs en ATPC à Sarh au Tchad (organisé par le ministère fédéral des Ressources en Eau et de l'Assainissement et par UNICEF Nigéria).
Juillet-août 2010	Examen national des pratiques de l'ATPC au Nigéria et formation pratique de formateurs à l'ATPC – UNICEF et ministère fédéral des Ressources en Eau et de l'Assainissement, Nigéria (organisé par le ministère fédéral des Ressources en Eau et de l'Assainissement et UNICEF Nigéria).
Nov. 2010	Atelier de partage sur l'ATPC pour les pays anglophones d'Afrique organisé par l'IDS, l'UNICEF et Plan Zambie à Lusaka.
Déc. 2010	Atelier de partage à l'intention des formateurs et praticiens de l'ATPC dans les pays francophones d'Afrique organisé à Bamako, Mali, par l'IDS, l'UNICEF, Plan Zambie et le gouvernement du Mali.
Fév.-mars 2011	Examen à l'échelle nationale des pratiques de l'ATPC au Ghana et facilitation de deux ateliers nationaux de formation pratique à l'intention de formateurs en ATPC, financés par l'UNICEF, le ministère des collectivités territoriales et du développement rural du Ghana, Plan Ghana et WaterAid Ghana.
Avril-mai 2011	Examen des pratiques de l'ATPC au Kenya et facilitation d'un atelier de formation pratique au niveau national à l'intention de formateurs en ATPC, financé par le ministère de la Santé publique, UNICEF Kenya et SNV à Kisumu. La Campagne nationale pour la fin de la défécation en plein air dans les zones rurales du Kenya d'ici à 2013 est élaborée et inaugurée. L'Unité de coordination nationale/Centre de ressources sur l'ATPC est créé au sein du siège du ministère de la Santé à Afya House à Nairobi afin de renforcer et de

mettre à l'échelle l'ATPC au Kenya. Le site web de l'ATPC : cltskenya.org est inauguré par le ministre de la Santé publique.

Références

- Bevan, J. et Thomas, A. (2009) 'Community Approaches to Total Sanitation: Triggering and Sustaining Sanitation Behaviour Change in West Africa', Symposium régional ouest-africain sur l'assainissement et l'hygiène, Accra, Ghana, 3-5 novembre 2009
- Bode, B. ; Haq, A. ; Ahmed, S. ; Aziz, M.B. ; Roy, A.D. ; Majumder, M. et Kar, K. (2006) *From Dependency to Emancipation*, Dhaka : Social Development Unit, CARE Bangladesh
- Bongartz, P. ; Musyoki, S.M. ; Milligan, A. et Ashley, H. (eds) *Si la merde m'était contée : l'Assainissement total piloté par la communauté en Afrique*, PLA Notes 61. Londres : IIED et IDS et Plan International
- Chambers, R. (2009) *Going to Scale with Community-led Total Sanitation: Reflections on Experience, Issues and Ways Forward*, IDS Practice paper 2009 N°1, Brighton : IDS
- (2008) "'Shit" Matters: Community-Led Total Sanitation and the MDGs', 19 novembre 2010, www.ids.ac.uk/go/news/-shit-matters-community-led-totalsanitation-and-the-mdgs (consulté le 5 mai 2011)
- Gebresilase, Yenenesh (2010) 'Community Led Total Sanitation and Empowerment: The Case of Dorze Hyzo Community, SNNP Region of Ethiopia. (A Phenomenological Study)', *OIDA International Journal of Sustainable Development*, Septembre : 99-107
- Godfrey, Amaka (2009) *Preliminary Documentation and Evaluation of the Sanitation Component of the 'One Million Initiative' in Mozambique*, WSP, www.communityledtotalsanitation.org/sites/communityledtotalsanitation.org/files/C_LTS_Prelim_Documentation.pdf (consulté le 20 avril 2011)
- Kar, K. (2011) 'Community-Led Total Sanitation in Africa', dans L. Mehta et S. Movik (eds), *Shit Matters: The Potential of Community-Led Total Sanitation*, Rugby : Practical Action Publishing
- (2005) *Guide pratique au déclenchement de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC)*, Brighton : IDS, www.communityledtotalsanitation.org (consulté le 16 mai 2011)
- (2003) *Subsidy or Self Respect? Participatory Total Sanitation in Bangladesh*, IDS Working Paper 184, Brighton : IDS
- Kar, K. et Bongartz, P. (2006) *Update on Some Recent Developments in Community Led Total Sanitation*, Brighton : IDS
- Kar, K. et Chambers, R. (2008) *Manuel de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté*, Londres : Plan International (UK)
- Kar, K. et Pasteur, P. (2005) *Subsidy or Self-respect? Community-led Total Sanitation. An Update on Recent Developments*, IDS Working Paper 257, Brighton : IDS

- Khale, M. et Dyalchand, A. (2011) 'The Impact of Rural Sanitation on Water Quality and Water-borne Diseases', dans L. Mehta et S. Movik (eds), *Shit Matters: The Potential of Community-Led Total Sanitation*, Rugby : Practical Action Publishing
- Kumar, N. et Shukla, J.P. (2011) 'Doing CLTS in a Countrywide Programme Context in India: Public Good vs. Private Good', dans L. Mehta et S. Movik (eds), *Shit Matters: The Potential of Community-Led Total Sanitation*, Rugby : Practical Action Publishing
- Mahbub, Amina (2011) 'Social Dynamics of CLTS: The Inclusion of Children, Women and Vulnerable People', dans L. Mehta et S. Movik (eds), *Shit Matters: The Potential of Community-Led Total Sanitation*, Rugby : Practical Action Publishing
- Mehta, L. (2011) 'Introduction: Shit Matters: Community-Led Total Sanitation and the Sanitation Challenge for the 21st Century', dans L. Mehta et S. Movik (eds), *Shit Matters: The Potential of Community-Led Total Sanitation*, Rugby : Practical Action Publishing
- Mehta, L. et Movik, S. (2011) *Shit Matters: The Potential of Community-Led Total Sanitation*, Rugby : Practical Action Publishing
- Movik, S. et Mehta, L. (2010) *The Dynamics and Sustainability of Community-Led Total Sanitation (CLTS): Mapping Challenges and Pathways*, STEPS Working Paper 37, Brighton : STEPS Centre
- Musyoki, S.M. (2007) *Sceptics and Evangelists: Insights on Scaling up Community-Led Total Sanitation in Southern and Eastern Africa*, Brighton : IDS
- Ndimubanzi, P.C. ; Dickey, M. ; Nguyen, H. ; Qian, Y-J ; Rainwater, E. ; Reynolds, S. ; Budke, C. et Carabin, H. (2009) 'Global Burden of Neurocysticercosis, a Systematic Review', papier présenté à la 137^e Assemblée annuelle de l'APHA, Washington DC, 7-11 novembre 2009
- Ndimubanzi, P.C.; Carabin, H.; Budke, C.M.; Nguyen, H.; Qian, Y-J; Rainwater, E.; Dickey, M.; Reynolds, S. et Stoner, J.A. (2010) 'A Systematic Review of the Frequency of Neurocysticercosis with a Focus on People with Epilepsy', *PLoS Neglected Tropical Diseases* 4.11: e870
- OMS (à paraître) '1st Report on Zoonoses and Marginalised Infectious Diseases of Poverty (ZOOM-IN Annual Report)', Chapter 3, *Community Led or Community Directed Interventions*, Global Report for Research on Infectious Diseases of Poverty, Genève : OMS
- (2010) *Working to Overcome the Global Impact of Neglected Tropical Diseases: First WHO Report on Neglected Tropical Diseases*, Genève : OMS
- (2004) *Rapport sur la santé dans le monde 2004*, Genève : OMS
www.who.int/whr/2004/fr/index.html (consulté le 15 mai 2011)
- (2000) *Rapport sur l'évaluation de la situation mondiale de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement en 2000*, Genève : OMS

OMS et UNICEF (2008) *Progrès en matière d'eau potable et d'assainissement : volet spécial sur l'assainissement*, Programme commun de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, Genève : OMS ; New York : UNICEF

Sanan, D. (2011) 'CLTS: The Sanitation Story of the Millennium: The India Chapter', dans L. Mehta et S. Movik (eds), *Shit Matters: The Potential of Community-Led Total Sanitation*, Rugby : Practical Action Publishing

Scott, B. ; Curtis, V. ; Rabie, T. et Garbrah-Aidoo, N. (2007) *Health in our Hands, but not in our Heads: Understanding Hygiene Motivation in Ghana*, Oxford : Oxford University Press en association avec The London School of Hygiene and Tropical Medicine

UNICEF (2009) *Community Approaches To Total Sanitation Based on Case Studies from India, Nepal, Sierra Leone, Zambia*, New York : UNICEF

UNICEF et OMS (2008) *Progress Towards the MDG Sanitation Target Source: Snapshot on Sanitation in Africa*, juin, New York : UNICEF ; Genève : OMS

WaterAid (2007) *Community Led Total Sanitation (CLTS): An Evaluation of the WaterAid's CLTS Programme in Nigeria*, Londres : WaterAid