

Introduction aux stratégies

PARTICIPATIVES
ET DE
PROMOTION
EN MATIERE
D'HYGIENE ET
D'ASSAINISSEMENT



Auteurs : Andy Peal, Barbara Evans et Carolien van der Voorden.

L'accès aux liens renvoyant aux différentes publications et sites Web date de mars 2010.
Les auteurs ne seront pas tenus responsables des modifications ultérieures.

© 2011, Conseil de Concertation pour l'Approvisionnement en Eau et l'Assainissement (WSSCC),
Genève, Suisse

Design graphique : MH Design / Maro Haas

Imprimé par Phoenix Design Aid A/S - Denmark

Sur du papier recyclé à 100% et certifié par le Forestry Stewardship Council.



Ce rapport et d'autres publications du WSSCC sont également disponibles sur www.wsscc.org.

Introduction aux stratégies
**PARTICIPATIVES
ET DE
PROMOTION
EN MATIERE
D'HYGIENE ET
D'ASSAINISSEMENT**

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier les pairs examinateurs qui ont consacré du temps pour fournir des commentaires essentiels et/ou des œuvres originales qui ont contribué à améliorer exponentiellement la qualité du présent document :

Rokeya Ahmed, Jamie Bartram, Sally Bloomfield, Petra Bongartz, Sandra Callier, Robert Chambers, Jeremy Colin, Bernard Collignon, Jacqueline Devine, Peter Feldman, Sarah Fry, Param Iyer, Ina Jurga, Beth Karanja, Christoph Lüthi, Lyla Mehta, Ifeoma Charles Monwuba, Nilanjana Mukherjee, Michael Negash, Umesh Pandey, Nat Paynter, Eddy Perez, Susanne Reiff, Andy Robinson, Jason Rosenfeld, Dibalok Singha, Ron Sawyer, Marielle Snel, Elizabeth Tilley, David Trouba, Sophie Trémolet, Anthony Waterkeyn, Merri Weinger et Albert Wright, ainsi que les coordinateurs nationaux WASH et les partenaires locaux qui ont participé à la réunion annuelle de revue et de planification du WSSCC en mai 2009.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	II
Liste des abréviations et acronymes	V

INTRODUCTION	VII
Contexte	VII
Objectif et public visé	VII
Portée	VIII
Structure du document	VIII

PARTIE 1: À PROPOS DES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT	1
1.1 Que signifient «l'hygiène» et «l'assainissement»?	2
1.2 Que signifient les «stratégies participatives et de promotion» en matière d'hygiène et d'assainissement?	4
1.3 Pourquoi avons-nous besoin de «stratégies participatives et de promotion»?	4
1.4 Les stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement sont-elles toujours efficaces?	6
1.5 La genèse des stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement	6
1.6 Choisir une stratégie participative et de promotion	13
1.7 Méthodologie du présent document	14
1.7.1 À propos des groupes de stratégies participatives et de promotion	14
1.7.2 Que fournit-on comme information pour chaque stratégie participative et de formation?	15
1.7.3 Pourquoi manque-t-il des informations?	15
1.8 Aperçu	15

PARTIE 2: STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION	29
Groupe P: Les outils de planification participative	29
P1: L'Évaluation participative en milieu rural (EPMR)	30
P2: Estime de soi, force d'association, esprit d'initiative, planification de l'action et responsabilité (SARAR)	33
P3: La Méthodologie pour l'évaluation participative (MPA)	37
P4: La Planification des actions communautaires (CAP)	41
Groupe H: Amener un changement de comportement: la promotion de l'hygiène	45
Group H1: «L'hygiène totale» communautaire et participative	46
H1.1: La Transformation participative de l'hygiène et de l'assainissement (PHAST)	46
H1.2: La Formation des enfants à l'hygiène et à l'assainissement (CHAST)	50
H1.3: Les Clubs de santé communautaires (CSC)	53
H1.4: WASH dans les écoles	57
H1.5: L'Approche enfant à enfant (EAE)	61
Group H2: Le Marketing d'une intervention unique	65
H2.1: Saniya	66
H2.2: Le Partenariat public-privé pour le lavage des mains avec du savon (PPPHW)	69
H2.3: Le Traitement et le stockage sûr de l'eau dans les ménages (HWTS)	73
Groupe S: La création de la demande et des chaînes d'approvisionnement: la promotion de l'assainissement	77
Group S1: Les approches communautaires	78
S1.1: L'Assainissement total piloté par la communauté (ATPC)	79
S1.2: L'Assainissement total en milieu scolaire (ATMS)	83
Group S2: Le marketing des biens et des services d'assainissement	86
S2.1: Le Soutien aux petits fournisseurs indépendants (PFI)	88
S2.2: SaniMarts	92
Groupe F: Les cadres de programmation	95
F1: L'Approche stratégique d'assainissement/Planification stratégique de l'assainissement (ASA/PSA)	96
F2: Sanitation 21	101
F3: L'Assainissement environnemental centré sur les ménages (AECM)	103
F4: Le Cadre d'amélioration de l'hygiène (CAH)	106
F5: FOAM et SANIFOAM	109

PARTIE 3 : PROGRAMMES NATIONAUX ET MONDIAUX REGROUPÉS	113
3.1 L'Inde	114
3.1.1 Campagne d'assainissement total (CAT) en Inde	115
3.1.2 Organisation internationale des services sociaux de Sulabh en Inde	119
3.2 L'Éthiopie	122
3.2.1 Le SNNPR éthiopien	123
3.2.2 L'apprentissage par la pratique: passage à l'échelle de l'hygiène et de l'assainissement à Amhara	126
3.3 Le Bangladesh	128
3.3.1 Le programme WASH du BRAC au Bangladesh	129
3.3.2 L'Assainissement total décentralisé pour le développement durable (DISHARI) au Bangladesh	132
3.4 Le Bénin	134
3.4.1 Le Programme national de promotion de l'hygiène et de l'assainissement en milieu rural (PHA) au Bénin	135
3.5 Programmes mondiaux	137
3.5.1 Le Projet de passage à l'échelle mondiale de l'assainissement (GSUSP)	137
3.5.2 Le Passage à l'échelle mondiale du changement de comportement en matière de lavage des mains (GSUHBCP)	140
Glossaire	143

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 - La transmission fécale-orale de germes (le diagramme F) et les principales manières de rompre ce cycle	2
Graphique 2 - Le rapport coût-efficacité des interventions visant à assurer la survie des enfants	4
Graphique 3 - La nature dynamique du changement de comportement en matière d'assainissement et d'hygiène	13
Graphique 4 - Les approches énoncées dans le présent document	17
Graphique 5 - Formulaire vierge explicatif utilisé dans le présent document	18

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Chronologie des stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement et des événements importants du secteur	6
Tableau 2 - Tableau récapitulatif des stratégies participatives et de promotion énoncées dans le présent document	20

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AECM	Assainissement environnemental centré sur les ménages	EAE	Approche enfant à enfant
ATPC	Assainissement total piloté par la communauté	EASan	Conférence ministérielle de l'Asie de l'Est sur l'assainissement et l'hygiène
CRSP	Programme central d'assainissement en milieu rural	EAWAG	Institut Fédéral Suisse de Science Aquatique et de Technologie
ACAT	Approches communautaires en matière d'assainissement total	EHP	Projet de santé environnementale
ACDI	Agence canadienne de développement international	EPMR	Évaluation participative en milieu rural
AED	Académie du développement éducatif	ERMR	Évaluation rapide en milieu rural
AHEAD	Applied Health Education and Development (ONG zimbabwéenne)	FEDAL	Fin de la défécation à l'air libre
AMCOW	Conseil africain des ministres de l'Eau	FINNIDA	Agence finlandaise pour le développement international
ASDI	Agence suédoise de coopération au développement international	FOAM	L'accent sur les opportunités, les capacités et la motivation
ASA	Approche stratégique en matière d'assainissement	FRESH	Centrer les ressources sur une hygiène scolaire efficace
ATMS	Assainissement total en milieu scolaire	GCT	Groupe de conseillers techniques
AVCI	Année de vie corrigée du facteur invalidité	GE	Groupe d'entraide
BAD	Banque asiatique de développement	GEM	Mouvement pour l'éducation des filles
BASICS	Projet de soutien de base pour l'institutionnalisation de la survie de l'enfant	GOI	Gouvernement de l'Inde
BNWP	Partenariat pour l'eau Banque-Pays-Bas	GSUHBCP	Le passage à l'échelle mondiale du changement de comportements en matière de lavage des mains
BoH	Bureau of Health (Bureau de la Santé)	GSUSP	Projet de passage à l'échelle mondiale de l'assainissement
BRAC	Comité pour le progrès rural au Bangladesh	GWP	Partenariat mondial de l'eau
CAH	Cadre d'amélioration de l'hygiène	HIP	Projet d'amélioration de l'hygiène
CAP	Planification des actions communautaires	HWTS	Traitement et stockage sûr de l'eau dans les ménages
CAT	Campagne d'assainissement total	I AVR	Infection aiguë des voies respiratoires
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention de maladies	IDE	International Development Enterprises
CHAST	Formation des enfants à l'hygiène et l'assainissement	IDS	Institut d'études du développement
CLBSA	Assainissement de base pour tous piloté par la communauté	IEC	Information, éducation et communication
CSC	Club de santé communautaire	IFH	Forum scientifique international sur l'hygiène domestique
DAL	Défécation à l'air libre	IGL	Institution du gouvernement local
DANIDA	Agence danoise pour le développement international	IIED	Institut international pour l'environnement et le développement
DDC	Direction du développement et de la coopération	IRC	Centre international de l'eau et de l'assainissement
DFID	Ministère britannique du développement international	ISP	Inférieur au seuil de pauvreté
DGIS	Direction générale néerlandaise de la coopération pour le développement	ISP	Internationale des Services publics
DISHARI	Projet de réforme décentralisé et intégré en matière d'assainissement et d'hygiène	ISSDP	Programme indonésien de développement du secteur de l'assainissement
DPHE	Ministère de génie sanitaire	IWA	Association internationale de l'eau
		KfW	Banque de développement allemande
		LFC	Latrine à fosse classique
		LMS	Lavage des mains avec du savon

LSHTM	École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres	SAEMR	Systèmes d'assainissement environnemental en milieu rural
MoH	Ministère de la Santé	SaniFOAM	L'assainissement centré sur les opportunités, les capacités et la motivation
MPA	Méthodologie pour l'évaluation participative	SARAR	Estime de soi, force d'association, esprit d'initiative, planification de l'action et responsabilité
NETWAS	Réseau pour l'eau et l'assainissement	SCOTS	Assainissement total et durable appartenant à la communauté
NEWAH	L'eau pour la santé au Népal	SNNPR	Région des nations, nationalités et peuples du Sud, en Éthiopie
NORAD	Agence norvégienne de coopération pour le développement	SNV	Organisation néerlandaise pour le développement
OC	Organisation communautaire	SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement	SSD	Société pour le développement durable (ONG pakistanaise)
OMS	Organisation mondiale de la santé	SSHE	Éducation en matière d'assainissement et d'hygiène en milieu scolaire
ONEA	Office national de l'eau et de l'assainissement du Burkina Faso	SSP	Supérieur au seuil de pauvreté
ONG	Organisation non gouvernementale	SWS	Système d'eau salubre
PCS	Programme conjoint de surveillance	TSSM	Projet d'assainissement total piloté par la communauté et de marketing de l'assainissement
PEM	Procédures d'évaluation minimales	UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
PADEAR	Programme d'aide pour le développement du secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement en milieu rural (au Bénin)	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
PFI	Petits fournisseurs indépendants	USAID	Agence américaine pour le développement international
PHA	Programme national de promotion de l'hygiène et de l'assainissement en milieu rural au Bénin	VERC	Village Education Resource Centre (ONG bangladaise)
PHAST	Transformation participative de l'hygiène et de l'assainissement	VIP	Fosse d'aisance améliorée et ventilée
PLM	Programme de latrines améliorées	WASH	Eau, assainissement et hygiène
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement	WATSAN	Eau et assainissement
POUZN	Désinfection des points d'utilisation d'eau et traitement au zinc	WEDC	Centre pour l'eau, le génie et le développement
PPPHW	Partenariat public-privé pour le lavage des mains avec du savon	WELL	Centre de ressources pour l'eau, l'assainissement et la santé environnementale (géré par le LSHTM et le WEDC)
PROWESS	Promotion du rôle des femmes dans les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement	WES	Eau et assainissement environnemental
PSA	Planification stratégique en matière d'assainissement	WSP	Programme pour l'eau et l'assainissement
RiPPLE	Politique et pratique de l'apprentissage inspiré par la recherche	WSSCC	Conseil de Concertation pour l'Approvisionnement en Eau et l'Assainissement
RKMLP	Mission Ramakrishna Lokshiksha Parishad	WUP	Partenariat des sociétés d'eau
MSR	Marché sanitaire rural	WWC	Conseil mondial de l'eau
RWSG	Groupe régional sur l'eau et l'assainissement		
SACOSAN	Conférence d'Asie du Sud sur l'assainissement		

INTRODUCTION

CONTEXTE

L'assainissement est ancré dans les objectifs du Millénaire pour le développement et représente la pierre angulaire de la lutte contre la pauvreté. L'accès limité à un assainissement de base menace les vies de millions de personnes et est responsable d'un quart de la mortalité infantile dans les pays en développement chaque année¹. De la même manière, l'accès limité à l'assainissement et de mauvaises pratiques d'hygiène limitent fortement l'impact des interventions de développement en matière d'éducation et de santé en milieu rural et urbain.

De nombreuses ressources ont été mises à contribution afin de fournir des installations sanitaires. Toutefois, plus de 2,5 milliards de personnes n'ont toujours pas accès à des services d'assainissement de base (OMS/UNICEF – JMP, 2008). Dans le monde en développement, la faible couverture de l'assainissement ne laisse rien présager de bon. En outre, les stratégies participatives et de promotion en matière d'assainissement s'avèrent insuffisantes. À titre d'exemple, malgré la construction de nouvelles latrines et d'installations sanitaires et une couverture relativement élevée selon des sources officielles, l'usage approprié reste faible et ne donne que peu ou pas de résultats. En effet, les praticiens en santé publique sont de plus en plus sensibles au fait que les impacts attendus des services d'eau et d'assainissement améliorés et visant à améliorer la santé communautaire ne pourront être atteints que si les foyers et les communautés adoptent de bonnes pratiques en matière d'hygiène.

Au cours des quarante dernières années, les praticiens se sont efforcés de trouver des manières de réduire non seulement le nombre élevé de personnes qui n'ont pas accès à une latrine mais également le nombre de personnes qui ne les utilisent pas de façon hygiénique et ce, même lorsqu'elles sont disponibles. Les méthodes utilisées afin de faire face à ce problème s'attachent à impliquer des groupes cibles (des particuliers,

des ménages, des communautés, des institutions ou encore des organisations) dans le processus de développement de programmes visant à changer les comportements ou à créer une demande de services. Ces méthodes ou approches sont généralement appelées « stratégies participatives et de promotion » afin de les différencier de la fourniture d'équipements.

OBJECTIF ET PUBLIC VISÉ

Ce document décrit les différentes stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement qui ont été mises en œuvre au cours des quarante dernières années par des ONG, des agences de développement, des gouvernements nationaux ou locaux dans différents milieux (urbain, urbain informel et rural).

Ces stratégies participatives et de promotion sont nombreuses et prêtent souvent à confusion à l'égard de la portée d'une stratégie en particulier, ce qu'elle implique, quand, où et comment elle devrait être mise en œuvre, ou encore combien elle coûte. À l'heure actuelle, il n'existe aucun matériel de référence qui fournisse des explications quant aux différentes approches disponibles ou qui aide les praticiens à choisir celle qui s'avère être la plus appropriée à une situation en particulier. De plus, les nombreux « acronymes » et « marques » utilisés traduisent généralement des réalités différentes selon les personnes.

C'est la raison pour laquelle le présent document s'attache à tirer le secteur de la confusion en termes de terminologie et de langage utilisés et à fournir un « ouvrage de référence commode » ou encore à introduire quelques unes des approches les plus courantes. Ce document sert d'outil-ressource tant pour les nouveaux arrivants que pour les praticiens plus expérimentés qui aimeraient en savoir davantage sur des approches qu'ils ne connaissent pas très bien.

Le présent document a été commandé par le Secrétariat du Conseil de Concertation pour l'Approvisionnement en Eau et l'Assainissement (WSSCC) afin d'appuyer ses coordinateurs nationaux et partenaires des coalitions WASH (eau, assainissement et hygiène), ainsi que tous les planificateurs de projets et les travailleurs sur le terrain en vue de comprendre les différentes stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement. Le but

1. Ces chiffres proviennent de différentes publications d'intérêt réunies par Cumming (2008) dont : Prüss-Ustün, A., Bos, R., Gore, F. et Bartram, J. (2008). « Safer water, better health: Costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health ». Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse. Esrey S, Potash J, Roberts L, et Shiff C (1991). « Effects of Improved Water Supply and Sanitation on Ascariasis, Diarrhea, Dracunculiasis, Hookworm Infection, Schistosomiasis, and Trachoma ». Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé 69 (5): 609–21 16. Curtis V et Cairncross S (2003). « Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the Communauté: a systematic review. » The Lancet Infectious Diseases 2003; 3:275-281 UNICEF (2008). « L'état des enfants du monde ». UNICEF, New York, États-Unis.

est donc d'orienter le lecteur à travers chaque approche et d'indiquer au besoin des ressources supplémentaires.

Le présent document accompagne le Compendium des systèmes et technologies d'assainissement publié par le WSSCC et l'Eawag (Tilley et al., 2008) qui se concentre exclusivement sur les équipements utilisés dans le cadre des interventions d'assainissement.

PORTÉE

Le présent document présente un instantané chronologique des stratégies participatives et de promotion actuelles et fournit une analyse de base des différentes approches et de leur applicabilité dans certaines situations. Il se base sur une révision des informations publiées et existantes, ainsi que sur la littérature « grise », et vise à identifier les stratégies participatives et de promotion les plus importantes et les plus courantes.

Le présent document n'est pas une évaluation et n'entend pas établir des comparaisons ou classer les différentes stratégies participatives et de promotion. Soulignons qu'il n'entend pas non plus inclure toutes les approches en matière d'hygiène et d'assainissement et les auteurs sont conscients que certaines approches importantes aient été omises dû au manque de documentation. Il s'agit là d'un domaine qui doit faire l'objet d'une étude approfondie et nous encourageons les lecteurs à formuler des commentaires sur le document, à fournir des informations concernant les nouvelles approches ou des mises à jour des stratégies participatives et de promotion dans le cadre de la présente publication à travers le site Web du WSSCC à l'adresse

www.wsscc.org.

STRUCTURE DU DOCUMENT

La **PARTIE 1** du présent document vise à introduire le lecteur aux stratégies participatives et de promotion. Elle explique l'hygiène et l'assainissement, les stratégies participatives et de promotion dans le contexte de l'hygiène et de l'assainissement, les raisons pour lesquelles ces stratégies sont si importantes, pourquoi nous en avons besoin et quels sont les facteurs qui influencent son efficacité. Elle inclut une brève histoire sous forme de ligne du temps des stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement mettant en lumière les événements les plus importants des quarante dernières années. La **PARTIE 1** présente également les facteurs contextuels qui ont influencé l'élaboration des stratégies participatives et de promotion existantes, ainsi que l'importance du contexte lors du choix de la stratégie. Enfin, la **PARTIE 1** décrit la méthodologie adoptée dans le

cadre du présent document et inclut une description des quatre catégories de stratégies participatives et de promotion, les informations qui sont fournies, ainsi que les raisons de certaines lacunes.

La **PARTIE 2** examine en détail les stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement les plus importantes. Chaque approche est décrite séparément et inclut un tableau récapitulatif, une description des caractéristiques, l'utilisation la plus appropriée sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement, l'histoire de son utilisation, ses forces et ses faiblesses, les preuves de son efficacité, ainsi que les références des sources d'information, des boîtes à outils, des guides et de lectures supplémentaires. La **PARTIE 2** inclut également les principales approches participatives sur lesquelles se fondent bon nombre de stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement utilisées à l'heure actuelle, ainsi que les infrastructures de programmation les plus courantes utilisées généralement dans le cadre de la mise en œuvre de celles-ci.

La **PARTIE 3** contient une révision des programmes nationaux et mondiaux regroupés. Il s'agit d'approches qui ne correspondent pas forcément aux groupes de stratégies participatives et de promotion définis et qui combinent généralement différentes approches. Les cas cités sont considérés comme des programmes importants qui représentent des exemples intéressants de la manière dont les approches peuvent être combinées ou rapprochées. Elles ne représentent pas nécessairement les approches ou les modèles considérés par le WSSCC comme étant la norme ou meilleurs que d'autres cas qui ne sont pas inclus dans le présent document.

Afin de faciliter la compréhension, un glossaire des termes clés est mis en annexe à la fin de ce document.

RÉFÉRENCES :

Cumming, O. (2008). « Tackling the silent killer: The case for sanitation ». WaterAid, Londres, Royaume-Uni. http://www.wateraid.org/documents/tackling_the_silent_killer_the_case_for_sanitation.pdf – Consulté en mars 2010.

Programme de suivi conjoint pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement (JMP) de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2008). « Progress in Drinking-water and Sanitation: special focus on sanitation ». UNICEF, New York et OMS, Genève. http://www.wssinfo.org/en/40_MDG2008.html – Consulté en mars 2010.

Tilley, E., Lüthi, C., Morel, A., Zurbrügg, C. et Schertenleib, R. (2008). « Compendium des systèmes et technologies d'assainissement ». Institut de Recherche de l'Eau du Domaine des EPF (Eawag) et WSSCC, Dübendorf, Suisse. http://www.wsscc.org/fileadmin/files/pdf/publication/Compendium_of_Sanitation_Sys_and_Tech_2008.pdf – Consulté en mars 2010.

Partie 1 :

À PROPOS DES STRATÉGIES
PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION
EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET
D'ASSAINISSEMENT

1.1 QUE SIGNIFIENT « L'HYGIÈNE » ET « L'ASSAINISSEMENT » ?

Les termes « hygiène » et « assainissement » traduisent des réalités différentes selon les personnes. Aux fins de ce document, le terme « assainissement » fait référence à la gestion des excréments humains. Le terme « hygiène » fait référence aux comportements/mesures, dont notamment la gestion des excréments humains, utilisés afin de rompre le cycle de la transmission des infections dans les foyers et la communauté. Alors que la plupart des personnes reconnaissent que l'hygiène signifie le « lavage des mains », les autres implications prêtent parfois à confusion. De fait, les points suivants contribuent dans la mesure du possible à réduire le fardeau des maladies infectieuses au sein de la communauté :

- ▶ l'hygiène des mains et l'hygiène personnelle ;
- ▶ l'hygiène alimentaire (cuisine, stockage, prévention de la contamination croisée) ;
- ▶ la fourniture d'une eau salubre aux « points d'utilisation » ;
- ▶ l'hygiène respiratoire ;
- ▶ l'évacuation sûre des fèces (tant des animaux que des hommes) ;
- ▶ l'hygiène générale (lessive, surfaces, toilettes, baignoires, lavabos) ;
- ▶ la gestion des déchets solides, le contrôle des eaux usées et des eaux de pluies.

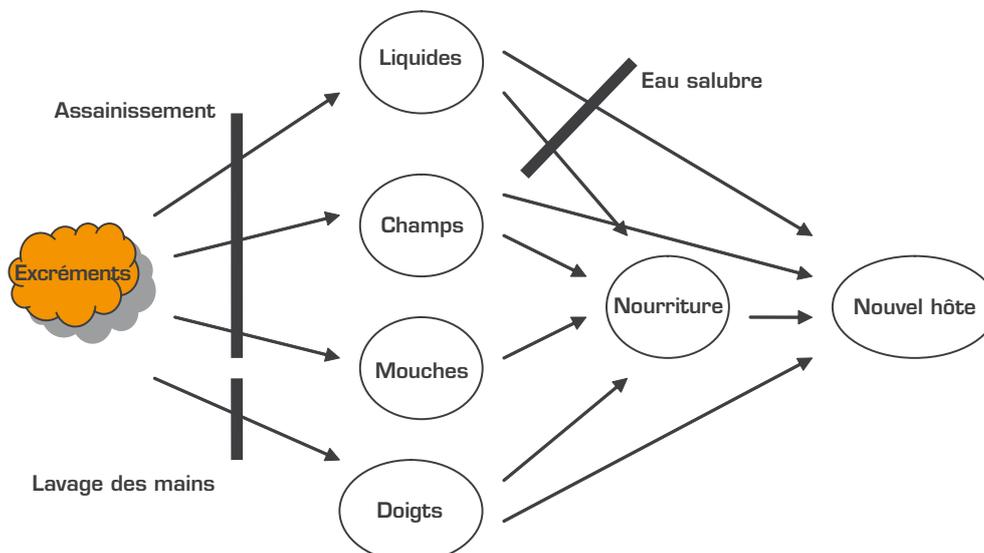
En théorie, tous les aspects de l'hygiène sont importants. Toutefois, il existe un consensus général selon lequel les programmes visant à promouvoir l'hygiène portent davantage leurs fruits en termes de changement de comportement s'ils se concentrent

sur un petit nombre d'activités à la fois. Cela signifie comprendre comment les maladies infectieuses sont transmises et accorder la priorité aux pratiques les plus risquées.

Dans les communautés où les installations pour l'évacuation sûre des fèces est inadéquate, la plupart des **maladies diarrhéiques** proviennent de fèces infectées. Les agents infectieux sont transmis des fèces aux mains et à la bouche (ce qui peut se produire directement ou indirectement à travers toute autre surface comme, par exemple, les surfaces des toilettes) ou à travers la consommation de nourriture ou d'eau contaminée par des organismes fécaux. La transmission « fécale-orale » est mise en évidence dans le diagramme-F du **graphique 1**. Il est possible de rompre le cycle de la transmission fécale-orale grâce à un assainissement amélioré et de bonnes pratiques d'hygiène. Les excréments d'animaux peuvent également être une source de maladies diarrhéiques, tout comme les aliments contaminés achetés dans un marché ou encore un approvisionnement en eau communautaire contaminée.

Les **infections des voies respiratoires** telles que les rhumes ou la grippe sont causées par l'aspiration de muqueuses infectées ou en frottant la muqueuse nasale ou les yeux avec des mains infectées par les muqueuses. Les données montrent qu'une bonne hygiène respiratoire (l'évacuation sûre des muqueuses nasales et le lavage des mains) peut réduire les risques d'infections respiratoires. À titre d'exemple, une étude menée par Luby et al. (2005) a établi des liens entre l'hygiène des mains et les infections aiguës des voies respiratoires (IAVR) chez les enfants de moins de cinq ans. Une réduction importante des IAVR a pu être observée lorsque

GRAPHIQUE 1 - LA TRANSMISSION FÉCALE-ORALE DE GERMES (LE DIAGRAMME F) ET LES PRINCIPALES MANIÈRES DE ROMPRE CE CYCLE



Références : d'après Wagner et Lanoix, 1958.

les mains des enfants étaient lavées en temps opportun. Le lien entre l'hygiène des mains et les IAVR est un sujet très actuel et a représenté une préoccupation au niveau mondial avec la propagation de syndromes respiratoires aigus sévères (SRAS) en 2003 et, plus récemment, avec la grippe A H1N1 ou grippe porcine. Les campagnes de lutte contre la propagation de ces maladies, en particulier de la grippe porcine, ont montré comment le lien entre le lavage des mains et la propagation des IAVR est utilisé pour encourager les personnes à changer leurs comportements et à adopter de bonnes pratiques d'hygiène¹.

En ce qui concerne les **infections cutanées et oculaires**, les mains sont probablement la principale voie de propagation des infections. Le trachome est souvent évitable à travers l'hygiène (le lavage du visage rompt le cycle de l'infection). Le contrôle des mouches à travers des latrines hygiéniques est tout aussi important.

Dans le cas des **géo-helminthes**, les mains et les excréments humains sont les principales voies de propagation de toute une variété de géo-helminthes qui, même s'ils ne contribuent pas nécessairement à la mortalité, constituent une source de morbidité importante chez les enfants de moins de 15 ans.

Parmi les infections mentionnées ci-dessous, les maladies diarrhéiques sont les plus mortelles, en particulier chez les enfants (voir Prüss-Üstün et al., 2008). C'est la raison pour laquelle l'objectif principal du secteur WASH est la réduction de leur propagation. L'identification de l'impact (et donc de l'importance) des différentes interventions est une tâche difficile. Toutefois, il est généralement connu que pour réduire les risques de transmission de maladies diarrhéiques, la priorité devrait être accordée à la promotion des trois interventions visant à rompre le cycle de la transmission fécale-orale comme le montre le **graphique 1** (Bloomfield, 2007):

- ▶ l'évacuation sûre des fèces à travers l'**assainissement**;
- ▶ le **lavage des mains** en temps opportun;
- ▶ un accès adéquat à une **eau salubre** aux points d'utilisation.

Le présent document se concentre avant tout sur les interventions susmentionnées. Toutefois, il existe d'autres pratiques d'hygiène toutes aussi importantes, telles que l'hygiène alimentaire et la gestion des déchets solides. Les praticiens introduisent généralement ces dernières une fois que les trois premières interventions ont été mises

1. Pour des exemples, consultez le slogan « Catch It, Bin It, Kill It » du gouvernement britannique (2009), ainsi que l'information concernant la grippe A H1N1 fournie par le ministère de la Santé et du Bien-être de la famille du site Web du gouvernement indien (2009).

POUR PLUS D'INFORMATIONS CONCERNANT LES PRINCIPES ET LES PRATIQUES EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ÉVACUATION SÛRE DES FÈCES DANS LES MÉNAGES ET LES COMMUNAUTÉS VOIR :

Bloomfield, S.F. et Nath, K.J. (2006). « Home hygiene in developing countries: prevention of infection in the home and peri-domestic settings. A training resource on hygiene for teachers, Communauté nurses, Communauté workers and health professionals in developing countries ». Forum scientifique international sur l'hygiène domestique (IFH), Royaume-Uni et le WSSCC, Genève, Suisse. <http://www.ifh-homehygiene.org/IntegratedCRD.nsf/571fd4bd2ff8f2118025750700031676/19155ab46073e67f8025752200546d83?OpenDocument> – Consulté en mars 2010.

Autres références utilisées dans le texte :

OMS (2009). Site Web de l'OMS, « Global Alert and Response » http://www.who.int/csr/don/2009_09_11/en/index.html – Consulté en mars 2010.

Gouvernement britannique (2009). Site Web fournissant des informations concernant la grippe porcine. http://www.direct.gov.uk/en/Swineflu/DG_177831 – Consulté en mars 2010.

Ministère de la Santé et du Bien-être familial, Gouvernement de l'Inde (2009). Page Web : <http://mohfw-h1n1.nic.in/> – Consulté en mars 2010.

Luby S., Agboatwalla, M., Feikin, D., Painter, J., Billhimer, W., Altaf, A. et Hoekstra, R. (2005). « Effect of hand-washing on child health: a randomised controlled trial », *The Lancet*, 366, 225-233. http://www.aku.edu/CHS/pdf/SoapHealth_ARILancet_Man.pdf – Consulté en mars 2010.

Bloomfield, S.F. (2007). « Focus on Home Hygiene in Developing Countries ». IFH, Royaume-Uni. <http://www.ifh-homehygiene.org/IntegratedCRD.nsf/34e8d616912421cc802575070003a15c/76a86658a2300e3080257522005814f6?OpenDocument> – Consulté en mars 2010.

Prüss-Üstün, A., Bos, R., Gore, F. et Bartram, J. (2008). « Safer water, better health: Coûts, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health ». OMS, Genève.

Wagner, E. et Lanoix, J. (1958). « Excreta disposal for rural areas and small communities ». Série de monographies de l'OMS, n°39. OMS, Genève.

en place. Il est bien entendu que le « classement » des risques peut varier d'une communauté à l'autre. Par exemple, les risques liés à une mauvaise hygiène alimentaire peuvent être plus élevés que ceux liés à une mauvaise qualité des eaux domestiques au sein d'une communauté.

1.2 QUE SIGNIFIENT LES « STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION » EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT ?

Le présent document définit les « équipements » en matière d'hygiène et d'assainissement comme

les toilettes, les tuyaux, les égouts, les robinets, le savon, ainsi que les équipements auxiliaires tels que les équipements de vidange de fosses. Le terme « **stratégies participatives et de promotion** » est largement répandu dans le secteur et couvre des activités se centrant sur la promotion de l'hygiène et/ou de l'assainissement. D'autres « **stratégies participatives et de promotion** » incluent l'élaboration de politiques, la formation, le suivi et l'évaluation, c'est-à-dire l'ensemble des éléments qui permettent de mettre en œuvre le programme.

Toutefois, aux fins du présent document, le terme « **stratégies participatives et de promotion** » en matière d'hygiène et d'assainissement sera limité aux interventions et/ou interactions sociales qui mettent en œuvre un ou plusieurs des points suivants :

- ▶ le renforcement de l'autonomie des particuliers, des écoles et/ou des communautés à travers les connaissances ;
- ▶ la facilitation d'un changement de comportement ;
- ▶ la création d'une demande de services ;
- ▶ la facilitation de la mise en place de chaînes d'approvisionnement ;
- ▶ l'amélioration de la planification et de la mise en œuvre de projets en matière d'hygiène et d'assainissement.

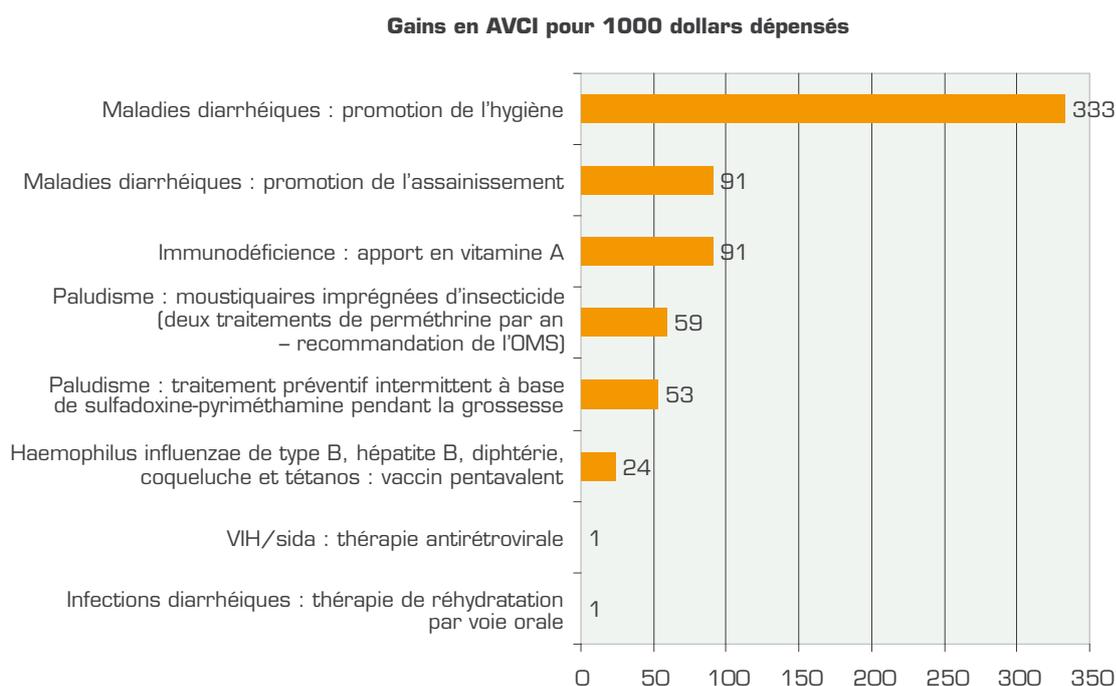
Les « **stratégies participatives et de promotion** » se centrent sur le comportement humain et l'interaction. C'est la raison pour laquelle elles portent avant tout sur les questions culturelles et sociales.

1.3 POURQUOI AVONS-NOUS BESOIN DE « STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION » ?

Le Programme commun de surveillance de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (JMP) de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance estime qu'en dépit des nombreux efforts visant à accroître l'accès à l'assainissement, plus de 700 millions d'Indiens sont encore et toujours obligés de déféquer à l'air libre (WHO/UNICEF-JMP, 2008) et le nombre d'Africains qui n'ont pas accès à un assainissement s'est élevé ces dix dernières années. En outre, une évaluation récente portant sur les preuves existantes laisse entendre que l'assainissement inadéquat est responsable de près d'un quart de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (Cumming, 2008).

À l'heure actuelle, les recherches indiquent que la promotion de l'hygiène est une façon de créer une demande pour l'assainissement et donc d'accroître la couverture. La promotion de l'hygiène a non seulement le potentiel d'accroître l'impact des programmes WASH (eau, assainissement et hygiène) sur la santé mais également d'accroître la couverture de l'assainissement. Toutefois, l'accroissement de la fourniture d'équipements d'assainissement n'est pas suffisant. De plus, il existe à présent des preuves indiquant que la promotion de l'hygiène et de l'assainissement est le moyen le plus économique de réduire les maladies diarrhéiques chez les enfants (**graphique 2**).

GRAPHIQUE 2 – LE RAPPORT COUT-EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS VISANT À ASSURER LA SURVIE DES ENFANTS



Références : Cumming (2008). Adapté de la Banque mondiale (2006). «Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition)». Banque mondiale.

La question est donc de savoir « comment » promouvoir ces interventions.

Même si le fait de décourager de mauvaises pratiques d'hygiène et d'encourager de bonnes pratiques est important, bon nombre de praticiens sont arrivés à la conclusion qu'il ne suffit pas seulement « d'éduquer » les personnes au sujet des bénéfices sur la santé de ces pratiques. Ce n'est pas parce que les personnes connaissent les maladies et leurs causes qu'ils changeront forcément leurs comportements pour mettre fin à leur propagation. En d'autres termes, l'éducation en matière d'hygiène n'est pas un remède miracle. À titre d'exemple, dans les communautés où la défécation à l'air libre est synonyme d'intimité, de commodité et de sûreté, celles-ci n'exprimeront sans doute pas le besoin de changer leurs « mauvaises habitudes » (ces dernières étant considérées d'un point de vue de la santé publique au sens large) (Welle, 2008).

Afin de mettre ce point en évidence, Jenkins et Sugden (2006) dressent une longue liste des bénéfices en matière d'hygiène et d'assainissement sur la base d'études de cas et de rapports de projets (fondés sur des interviews auprès des ménages, des sondages et des discussions de groupe dans différents environnements). Les conclusions de leurs recherches indiquent qu'une intimité, une commodité et une sûreté pour les femmes (surtout la nuit) et pour les enfants et une dignité accrues, ainsi qu'un statut social plus élevé sont bien plus importants que tout bénéfice en matière de santé ou visant à réduire les maladies. Bon nombre de programmes d'amélioration de l'approvisionnement en eau, de l'hygiène et de l'assainissement mis en œuvre dans les années 1990 ont inclus une composante d'éducation à l'hygiène. Toutefois, il s'agissait souvent d'une réflexion après coup centrée uniquement sur les bénéfices en matière de santé. Ces programmes s'inscrivaient dans ce qu'on appelait à l'époque une approche « descendante » et se sont généralement avérés inefficaces. C'est la raison pour laquelle ces approches sont considérées à l'heure actuelle comme désuètes et ont pour la plupart été remplacées.

En effet, ces dernières ont été remplacées par des approches « ascendantes » qui se concentrent sur la compréhension de la communauté ciblée et sur l'identification des nombreuses raisons qui poussent les personnes à améliorer l'assainissement et l'hygiène dans leurs foyers. C'est en répondant à ces motivations, à ces préoccupations et à ces contraintes réelles et fortement ancrées que les praticiens sont à même d'aider une communauté à changer de manière durable son comportement en matière d'hygiène et à créer une demande durable d'assainissement.

POUR PLUS D'INFORMATIONS CONCERNANT LA PROMOTION DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT VOIR :

Appleton, B. et van Wijk, C. (2003). « Hygiene Promotion: Thematic Overview Paper ». IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement, Pays-Bas. <http://www.irc.nl/page/27611> – Consulté en mars 2010.

Cairncross, S. (1999). « Why promote sanitation? » Fiche d'information du WELL, WEDC, Royaume-Uni. <http://www.lboro.ac.uk/orgs/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-htm/wps.htm> – Consulté en mars 2010.

Pour un aperçu des expériences et des recherches concernant les bénéfices et les stratégies en matière d'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement voir :

Pearson, J. et McPhedran, K. (2008). « A literature review of the non-health impacts of sanitation ». Waterlines, Waterlines Vol.27 n°1.

Welle, K. (2007). « Sanitation and hygiene in developing countries: A case study from Burkina Faso. Identifying and responding to barriers ». Tearfund, ACCEDES, et ODI, Londres, Royaume-Uni. <http://www.odi.org.uk/resources/download/3060.pdf> – Consulté en mars 2010.

WSSCC (2006). « Pour elle c'est la grande question ». WSSCC, Genève, Suisse. <http://www.wsscc.org> – Consulté en mars 2010.

Shordt, K. (2006). « Review of Safe Disposal of Faeces ». HIP/USAID/AED et IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement, Delft, Pays-Bas.

Jenkins, M. et Sugden, S. (2006). « Rethinking Sanitation: Lessons and Innovation for Sustainability and Success in the New Millennium ». Bureau du Rapport mondial sur le développement humain. Document occasionnel pour le Rapport mondial sur le développement humain 2006 (2006/27). PNUD et LSHTM, Londres, Royaume-Uni. <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2006/papers/jenkins%20and%20sugden.pdf> – Consulté en mars 2010.

Il est évident que ces stratégies participatives et de promotion « ascendantes » doivent être élaborées de manière adéquate afin de permettre aux praticiens de faciliter des changements adéquats et ouverts aux différences culturelles qui découlent du genre, de l'ethnicité, des croyances et des coutumes, ainsi qu'aux différentes attitudes des personnes vivant dans un milieu urbain ou rural.

À l'heure actuelle, ces approches représentent une composante essentielle des campagnes visant à améliorer la santé publique et à réduire tout particulièrement la morbidité et la mortalité au niveau mondial liées à l'hygiène et l'assainissement.

1.4 LES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT SONT-ELLES TOUJOURS EFFICACES ?

Au cours des quarante dernières années, différentes stratégies participatives et de promotion ont été testées et mises à l'essai mais en dépit de la volonté de bien faire, bon nombre se sont avérées être un échec en termes de changement de comportement durable et n'ont eu qu'un impact limité sur l'amélioration de la santé publique. C'est souvent la manière dont ces approches sont mises en œuvre qui est responsable de cet échec. Une planification adéquate et une mise en œuvre consciencieuse sont nécessaires pour qu'une stratégie participative et de promotion en matière d'hygiène ou d'assainissement soit pleinement efficace. Il est essentiel de disposer de politiques claires à suivre, d'un financement solide, d'organismes parrains (publics et/ou privés), ainsi que de personnes formées. De même, ces approches doivent être élaborées de manière adéquate et ciblées de manière appropriée et elles doivent pouvoir être reproduites. Tout cela doit être mis en œuvre consciencieusement afin de s'assurer que l'approche s'adapte au contexte local où elle est mise en place.

1.5 GENÈSE DES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT

Le **tableau 1** présente une chronologie des événements importants du secteur de l'assainissement en général, ainsi que des stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène

LES DEUX LIVRETS SUIVANTS REPRÉSENTENT DES RESSOURCES UTILES CONCERNANT L'EFFICACITÉ ET LA DURABILITÉ DES INTERVENTIONS DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT EN MATIÈRE D'HYGIÈNE :

Bolt, E. et Cairncross, S. (2004). «Sustainability of hygiene behaviour and the effectiveness of change interventions. Booklet 1: Lessons learned on research methodologies and research implementation from a multi-country research study». IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement, Delft, Pays-Bas.

Shordt, K. et Cairncross, S. (2004). «Sustainability of hygiene behaviour and the effectiveness of change interventions. Booklet 2: Findings from a multi-country research study and implications for water and sanitation programmes». IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement, Delft, Pays-Bas.

Tous deux sont disponibles à l'adresse suivante: <http://www.irc.nl/page/15266> – Consulté en mars 2010.

et d'assainissement au cours des trente à quarante dernières années.

La chronologie inclut la première utilisation de chaque approche décrite dans le présent document en plus de la mise en place d'organisations importantes au sein du secteur et d'événements et d'initiatives internationaux importants. Le tableau met en évidence les efforts et les engagements importants qui ont été fournis en vue d'améliorer l'hygiène et l'accès aux services d'assainissement tout au long de cette période. Il décrit également l'éventail d'expériences et d'informations sur lesquelles les praticiens peuvent se baser s'ils connaissent l'histoire du secteur.

Les organisations mentionnées dans cette chronologie ont joué un rôle clé dans

TABLEAU 1 – CHRONOLOGIE DES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT ET DES ÉVÈNEMENTS IMPORTANTS DU SECTEUR

ANNÉE	CHRONOLOGIE DES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT	CHRONOLOGIE DU SECTEUR DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT		
		Organisation	Évènement	Dialogue
1968		Centre international de référence pour l'approvisionnement en eau collective et l'assainissement mis en place par l'OMS et le gouvernement néerlandais (appelé par la suite IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement).		

ANNÉE	CHRONOLOGIE DES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT	CHRONOLOGIE DU SECTEUR DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT		
		Organisation	Évènement	Dialogue
années 1970-1980	Développement de l'évaluation rapide en milieu rural (ERMR).			
1970		Création de l'Organisation internationale des services sociaux de Sulabh en Inde.		
1971		Création du Centre pour l'eau, le génie et le développement (WEDC) qui fait partie du Département de génie civil et de la construction de l'Université de Loughborough au Royaume-Uni.		
1977			Conférence des Nations Unies sur l'eau à Mar del Plata, en Argentine.	Les années 80 ont été nommées Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement. Première utilisation officielle du terme « technologie appropriée » dans le cadre de l'eau et de l'assainissement.
1978		Création du Programme PNUD/Banque mondiale pour l'eau et l'assainissement à faible coût (appelé par la suite WSP) et du Groupe consultatif technique (GCT).		
1980	Projet d'eau et d'assainissement pour la santé (WASH) lancé par l'USAID.			
1981		WaterAid est mis sur pied en tant que fiducie caritative.		
1981-1990			Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement.	La décennie est considérée comme fructueuse – la couverture de l'approvisionnement en eau en milieu rural passe de 30% à 50% mais l'accroissement de la population dépasse tous les pronostics et l'assainissement passe inaperçu.
1983	Promotion du rôle des femmes dans les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement (PROWESS) lancée par le PNUD.			

ANNÉE	CHRONOLOGIE DES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT	CHRONOLOGIE DU SECTEUR DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT		
		Organisation	Évènement	Dialogue
mi-années 1980	L'approche SARAR est appliquée au secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement en Afrique de l'Est et de l'Ouest, au Népal, en Indonésie, au Mexique et en Bolivie.			
1986	Le Programme central d'assainissement en milieu rural (CRSP) est lancé en Inde.			
1987		Création du Programme PNUD/Banque mondiale pour l'eau et l'assainissement. Mise en place des Groupes régionaux pour l'eau et l'assainissement (RWSG).		
1987	Mise en place du Child-to-Child Trust afin de promouvoir l'approche enfant à enfant (EAE).			
1988		Accord visant à mettre en place le Conseil de coordination des organismes d'aide.	Consultation mondiale sur l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement.	
1988	Projet pilote de planification des actions communautaires au Sri Lanka soutenu par l'UNICEF et le gouvernement sri lankais.			
1989	Approche ASA/PSA mise en place par le WSP de la Banque mondiale à Kumasi City, au Ghana.			
années 1990	Élaboration de l'Évaluation participative en milieu rural (EPMR).			
années 1990	Développement des premières approches en matière de Traitement et de stockage sûrs de l'eau dans les ménages (HWTS).			
1990			Conférence Safe Water 2000 à New Delhi, en Inde.	La Conférence adopte des politiques en matière d'environnement, de santé, de réformes institutionnelles... « un peu pour tous vaut mieux que beaucoup pour peu de monde ».
1990		Création du Conseil de Concertation pour l'Approvisionnement en Eau et l'Assainissement (WSSCC).	Une résolution des Nations Unies accélère les progrès visant à atteindre une eau salubre, un assainissement et une hygiène pour tous.	
1992			Conférence internationale sur l'eau et l'environnement : le développement dans la perspective du 21 ^e siècle à Dublin, en Irlande.	Les quatre principes de Dublin sont adoptés, incluant « l'eau en tant que bien social et économique ».

ANNÉE	CHRONOLOGIE DES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT	CHRONOLOGIE DU SECTEUR DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT		
		Organisation	Évènement	Dialogue
1992			Sommet Planète Terre: Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement à Rio de Janeiro, au Brésil.	Ratification d'Action 21.
1993	L'UNICEF lance le premier marché de l'assainissement expérimental en Uttar Pradesh, en Inde.			
1993	Lancement de l'étude pilote PHAST dans quatre pays africains par le Programme pour l'eau et l'assainissement du PNUD-Banque mondiale et de l'OMS.			
1993	L'IRC et l'OMS mettent en œuvre des études et des ateliers sur l'hygiène, l'assainissement et l'eau dans les écoles et mettent en œuvre le projet «WASH dans les écoles».			
1994	Le cadre de l'amélioration de l'hygiène (HIF) est développé par l'USAID suite aux leçons tirées de son Projet de santé environnementale (EHP). L'EHP fait suite au projet WASH.			
1994	Les premiers Clubs de santé communautaire (CHC) sont mis en place par l'ONG zimbabwéenne AHEAD (Association for Applied Health Education and Development).			
1995	L'approche Saniya est développée et mise à l'essai au Burkina Faso par l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres (LSHTM) et l'UNICEF.			
1996	L'initiative de lavage des mains en Amérique centrale est mise en place par le Projet de soutien de base pour l'institutionnalisation de la survie de l'enfant (BASICS) et le Projet de santé environnementale (EHP). L'initiative prend fin en 1999.	Mise en place du Partenariat mondial de l'eau (GWP) et du Conseil mondial de l'eau (WWC).		
1996	Le Partenariat des sociétés d'eau (WUP) souligne l'importance de soutenir les Petits fournisseurs indépendants (PFI) de services d'eau et d'assainissement. Le WSP commande des études sur les PFI au niveau mondial.	Le Partenariat des sociétés d'eau (WUP) a été mis en place afin de faire face aux défis importants en matière de services et d'appuyer leurs partenaires dans la région.	Conférence internationale sur la réforme du secteur de l'eau en Afrique à Johannesburg, en Afrique du Sud.	
1997			Premier Forum mondial de l'eau à Marrakech, au Maroc.	
1998	La Méthodologie pour l'évaluation participative est élaborée par l'Initiative participative d'apprentissage et d'action du Programme pour l'eau et l'assainissement et l'IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement.			

ANNÉE	CHRONOLOGIE DES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT	CHRONOLOGIE DU SECTEUR DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT		
		Organisation	Évènement	Dialogue
1998	L'UNICEF et l'IRC publient le manuel Éducation en matière d'assainissement et d'hygiène en milieu scolaire (SSHE).			
1998	Le Projet de Système d'eau salubre de l'Internationale des services publics est lancé dans le cadre du traitement et du stockage sûr de l'eau dans les ménages.			
1999	L'Assainissement total piloté par la communauté est lancé au Bangladesh à travers la mise en œuvre de l'EPMR (par le VERC [Village Education Resource Centre] avec le soutien de WaterAid).			
1999	Le CRSP indien devient la Campagne d'assainissement total (CAT) et s'inscrit dans le cadre d'initiatives de réformes.			
2000			Sommet du Millénaire des Nations Unies à New York.	Accord sur les objectifs du Millénaire pour le développement visant à réduire de moitié le nombre de personnes qui n'ont pas accès à l'eau potable – cette cible fait partie de l'OMD 7 (l'assainissement ne s'inscrit que dans un contexte visant à améliorer les vies des habitants de bidonvilles).
2000			2 ^e Forum mondial de l'eau à La Haye, aux Pays-Bas.	
2000	Les principes de Bellagio sont adoptés par les membres du WSSCC lors de son 5 ^e Forum mondial à Iguazu, au Brésil.			
2000	Le Groupe de travail sur l'assainissement environnemental du WSSCC élabore l'approche Assainissement environnemental centré sur les ménages (AECM).			
2001	Lancement du Partenariat (mondial) public-privé pour le lavage des mains avec du savon.		Mise en place de l'Équipe spéciale africaine de l'eau et du Forum africain de l'eau.	
2002	Formation des enfants à l'hygiène et à l'assainissement (CHAST) développée sur base du PHAST en Somalie par Caritas en Suisse.		Conseil africain des ministres de l'Eau (AMCOW) à Abuja, au Nigéria.	Accord sur la « Déclaration ministérielle d'Abuja sur l'eau » – un élément clé visant à assurer le développement durable en Afrique.
2002			1 ^e Conférence d'AfricaSan sur l'assainissement et l'hygiène à Johannesburg, en Afrique du Sud.	1 ^e conférence intercontinentale – accord visant à rehausser le profil de l'assainissement et de l'hygiène et à renforcer davantage la cible de l'assainissement des OMD.

ANNÉE	CHRONOLOGIE DES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT	CHRONOLOGIE DU SECTEUR DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT		
		Organisation	Évènement	Dialogue
2002			Sommet mondial sur le développement durable à Johannesburg, en Afrique du Sud.	Les gouvernements ont établi une cible visant à réduire de moitié le nombre de personnes sans accès à un assainissement de base d'ici à 2015. Cette cible est incluse dans l'OMD 7.
2003	Lors d'une réunion des acteurs de l'OMS à Genève, ceux-ci ont décidé de mettre en place un Réseau international visant à promouvoir le traitement et le stockage sûr de l'eau dans les ménages.		1 ^{er} Conférence d'Asie du Sud sur l'assainissement (SACOSAN) à Dhaka, au Bangladesh.	Des représentants de neuf pays d'Asie du Sud ont participé à la conférence et ont adopté la Déclaration de Dhaka.
2003	Le Bureau de la Santé de la Région des nations, nationalités et peuples du Sud, en Éthiopie a piloté pour la première fois sa stratégie en matière d'hygiène et d'assainissement.		3 ^e Forum mondial de l'eau à Kyoto, au Japon.	
2004	Le projet DISHARI est lancé au Bangladesh par la Mission Dhaka.			
2004	Le Projet de santé environnementale de l'USAID touche à sa fin.			
2005	L'USAID lance le Projet d'amélioration de l'hygiène (HIP).			
2005	L'UNICEF met en place des projets pilotes d'Assainissement total en milieu scolaire (ATMS) au Népal et au Pakistan. Il s'agit d'une combinaison entre l'ATPC et leur programme d'éducation à l'assainissement et à l'hygiène en milieu scolaire.			
2006	Projets d'assainissement total piloté par la communauté et de marketing de l'assainissement (TSSM) lancés en Tanzanie, en Inde et en Indonésie.		4 ^e Forum mondial de l'eau à Mexico, au Mexique.	
2006	Projet de passage à l'échelle mondiale du changement de comportement en matière de lavage des mains au Pérou, au Sénégal, en Tanzanie et au Vietnam.		2 ^e Conférence du SACOSAN à Islamabad, au Pakistan.	Des représentants de 11 pays adoptent la Déclaration d'Islamabad.
2006	Mise en place du Sanitation 21 Task Force par l'Association internationale de l'eau (IWA).			
2006	Lancement du Projet d'eau salubre par le PATH en Inde dans le cadre du traitement des eaux domestiques et de la bonne conservation de l'eau.			
2006	Le Bureau de la Santé du gouvernement régional d'Amhara (en Éthiopie) met en œuvre un nouveau programme national en matière d'hygiène avec le soutien de l'USAID/HIP et du WSP Afrique.			
2006	Le programme WASH du BRAC est lancé au Bangladesh.			

ANNÉE	CHRONOLOGIE DES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT	CHRONOLOGIE DU SECTEUR DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT		
		Organisation	Évènement	Dialogue
2007			<p>1^e Conférence ministérielle de l'Asie de l'Est sur l'assainissement et l'hygiène (EASan) à Beppu City, au Japon.</p> <p>1^e Conférence Latinosan à Cali, en Colombie.</p>	<p>Les ministres et les dirigeants de 15 pays d'Asie de l'Est ont adopté la déclaration EASan.</p> <p>Des représentants de 22 pays d'Amérique latine ont adopté la déclaration de Cali.</p>
2008			L'Assemblée générale des Nations Unies lance l'Année internationale de l'assainissement.	
2008			1 ^e Journée mondiale du lavage des mains avec du savon le 15 octobre.	Des écoliers de plus de 80 pays participent à la journée.
2008			<p>2^e Conférence AfricaSan sur l'assainissement et l'hygiène à Durban, en Afrique du Sud.</p> <p>3^e Conférence SACOSAN à New Delhi, en Inde.</p>	<p>Adoption de la Déclaration de Thekwini, un plan d'action visant à aider l'Afrique à retrouver le droit chemin afin d'atteindre les OMD en matière d'assainissement.</p> <p>Les chefs des délégations de huit pays asiatiques ont adopté la Déclaration de Delhi.</p>
2009			5 ^e Forum mondial de l'eau à Istanbul, en Turquie.	

Références : Black (1998) et auteurs (2009).

le développement des différentes approches présentées dans les parties 2 et 3. Toutefois, nous sommes conscients que ces approches n'auraient pas pu être mises en œuvre sans les apports importants de particuliers et d'organisations clés au niveau local, en particulier les petites ONG nationales ou locales qui ne sont pas mentionnées dans le présent document.

1.6 CHOISIR UNE STRATÉGIE PARTICIPATIVE ET DE PROMOTION

Les approches en matière de promotion de l'assainissement et de l'hygiène sont fort nombreuses. C'est pourquoi il est parfois difficile pour les programmeurs de choisir l'approche la plus adéquate. Il est essentiel d'accorder une importance capitale au contexte local. Alors que de nombreuses autres dimensions doivent être prises en compte, les suivantes sont sans doute les plus importantes.

En premier lieu, il est nécessaire de répondre à la question la plus cruciale :

Quels comportements et investissements judicieux le programme cherche-t-il à changer ?

Il s'agit d'une question importante qui ne peut être comprise qu'en considérant les comportements en matière d'hygiène et l'utilisation de l'assainissement comme un processus (parfois appelé échelle). En termes d'assainissement, nous supposons que les personnes passent de la défécation à l'air libre à un lieu fixe et, parfois, partagé de défécation, à l'utilisation de toilettes hygiéniques privées et, enfin, à l'utilisation d'un système hygiénique avec un traitement adéquat et la réutilisation ou l'évacuation de tous les déchets. En termes d'hygiène, nous espérons en général observer un changement allant d'aucun comportement clé à la pratique efficace de tous les comportements clés et, enfin, à la mise en place d'un environnement salubre. Ces deux points sont illustrés dans le **graphique 3**.

En général, ces processus ne sont pas menés parallèlement et il est probable que les communautés et les ménages sautent certains échelons et montent ou descendent sur « l'échelle » selon les circonstances. Le praticien devra choisir avec soin les interventions qui correspondent aux comportements actuels et visent à grimper les

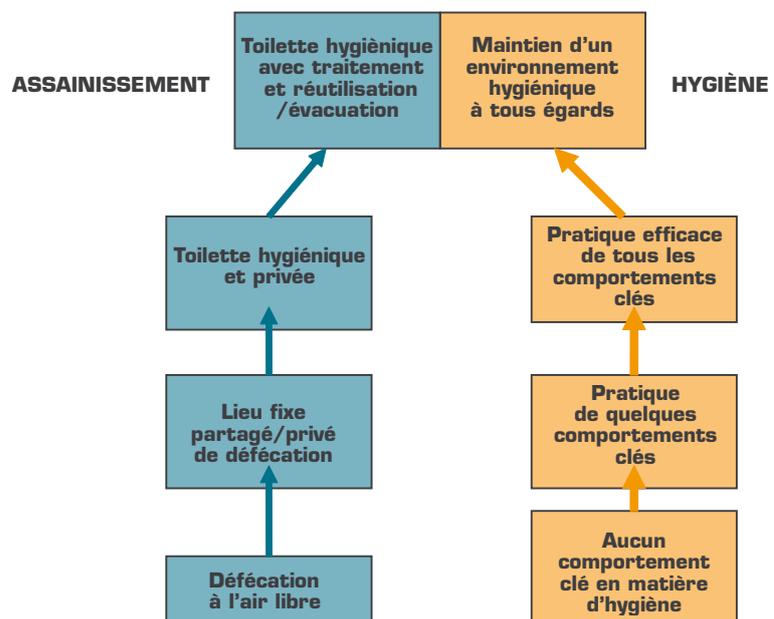
échelons de manière durable. L'assainissement total piloté par la communauté (**voir la section S1.1**) s'avère appropriée lorsqu'une communauté pratique la défécation à l'air libre et qu'il est nécessaire de passer à un lieu fixe de défécation. D'autres approches correspondent davantage à une communauté qui utilise déjà des latrines hygiéniques et adopte des comportements clés en matière d'hygiène. Il est donc nécessaire dans ce cas de passer à un environnement hygiénique à tous égards.

L'**environnement favorable** joue également un rôle clé visant à identifier l'approche la plus appropriée et comment la mettre en œuvre. L'environnement favorable inclut des facteurs politiques, juridiques, institutionnels, financiers et économiques, éducatifs, techniques et sociaux au sein desquels un programme en matière d'hygiène ou d'assainissement (ou tout type de projet de développement) est opérationnel. Il est également important de reconnaître que cet environnement comprend des caractéristiques tant positives (favorables) que négatives (contraignantes).

La plupart des éléments critiques de « l'environnement favorable », dont certains seront examinés ci-dessous, devraient être identifiés ou ressortir durant le processus du projet de développement. En théorie, ces éléments devraient être identifiés, du moins en termes génériques, avant le début de la planification et du processus consultatif afin d'éviter tout malentendu

L'Institut Fédéral Suisse pour la Science Aquatique et la Technologie (Eawag, 2005) laisse entendre

GRAPHIQUE 3 - LA NATURE DYNAMIQUE DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT EN MATIÈRE D'ASSAINISSEMENT ET D'HYGIÈNE



qu'afin de développer un « environnement favorable », il est nécessaire de tenir compte des points suivants :

- ▶ le niveau de **soutien de l'État** au projet en termes de soutien politique et de politiques et de stratégies nationales favorables ;
- ▶ le **cadre législatif**, ainsi que les normes et les codes appropriés tant au niveau national que municipal ;
- ▶ les **dispositions institutionnelles** qui correspondent et appuient l'approche du projet ;
- ▶ une **formation** et une **communication** efficaces visant à assurer les concepts à travers l'acquisition des compétences requises ;
- ▶ un **crédit** et toute autre **disposition financière** visant à atteindre le niveau requis de participation et d'implication de la communauté ;
- ▶ la **gestion des informations et des connaissances** afin de fournir un accès aux informations pertinentes, au partage des expériences, à la formation et aux ressources documentaires, au développement de nouvelles approches, ainsi qu'à la diffusion des résultats.

Enfin, il est nécessaire d'ajouter à cette liste deux autres facteurs tout aussi importants :

- ▶ les **facteurs socioculturels** : les attentes culturelles affecteront ce qui est considéré comme un niveau suffisant de participation de la communauté, ainsi que les manières de l'accroître. Ces attentes sont dynamiques et les interactions et les interventions mises en œuvre tout au long du projet devront sans doute être alignées sur ces différents points de vues ;
- ▶ **rural versus urbain** : le degré d'urbanisation, ainsi que la nature des communautés en termes de caractéristiques physiques, économiques et sociales influenceront la portée et le résultat de l'approche en question. Une approche différente sera de mise dans un quartier urbain surpeuplé plutôt que dans un village peu peuplé.

1.7 MÉTHODOLOGIE DU PRÉSENT DOCUMENT

1.7.1 À propos des groupes de stratégies participatives et de promotion

Tout comme nous l'avons expliqué ci-dessus (**section 1.1**), l'évacuation sûre des fèces à travers l'assainissement fait partie intégrante de l'hygiène. Toutefois, dû à leur importance et à leurs caractéristiques spécifiques, un certain nombre de stratégies participatives et de promotion ont été élaborées en vue de porter davantage sur la

POUR PLUS D'INFORMATIONS CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT FAVORABLE VOIR :

Eawag (2005). « Household-Centered Environmental Sanitation; Implementing the Bellagio Principles in Urban Environmental Sanitation – Provisional Guideline for Decision-Makers ». Eawag/WSSCC, Suisse. http://www.eawag.ch/organisation/abteilungen/sandec/publikationen/publications_sesp/hces_guidelines – Consulté en mars 2010.

Ci-dessous, une publication utile examinant en détail l'élaboration d'une intervention en matière d'hygiène et d'assainissement :

OMS (2005). « Sanitation and hygiene promotion: programming guidance ». USAID, WSSCC et OMS, Genève, Suisse. http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/sanhygpromotoc.pdf – Consulté en mars 2010.

promotion de l'assainissement plutôt que sur le changement de comportement en matière d'hygiène. C'est la raison pour laquelle aux fins du présent document les auteurs ont identifié deux groupes différents d'activités dans le cadre des stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement :

- ▶ les activités qui se concentrent avant tout sur la **promotion de l'hygiène**. Celles-ci visent à induire des changements de comportement et peuvent inclure des comportements tels que l'évacuation sûre des fèces à travers l'assainissement ;
- ▶ les activités qui se concentrent avant tout sur la **promotion de l'assainissement**. Celles-ci visent généralement à **créer une demande pour l'assainissement de chaînes d'approvisionnement** de biens et de services et peuvent également induire un changement de comportement.

Les approches en matière de promotion de l'hygiène peuvent également être divisées en deux groupes principaux : **(I)** « l'hygiène totale » communautaire et participative (incluant l'évacuation sûre des fèces à travers l'assainissement) et **(II)** le marketing d'une intervention unique.

De la même manière, les approches modernes en matière de promotion de l'assainissement peuvent être divisées en deux groupes : **(I)** les approches communautaires et **(II)** le marketing des biens et des services d'assainissement.

Soulignons que cette définition implique un éventail d'approches qui, pour la plupart, se basent sur des outils courants de planification participative. L'utilisation de ces outils ne se limite pas à l'hygiène et à l'assainissement et sont largement utilisés dans d'autres domaines du développement.

Les approches sont susceptibles de s'inscrire par la suite dans des cadres de programmation

courants. Ces cadres ont été développés afin d'améliorer la fourniture de projets et de programmes en matière d'hygiène et d'assainissement. Ceux-ci n'imposent pas une approche mais visent à aider les partenaires concernés à atteindre les objectifs du projet.

Par conséquent, aux fins du présent document, vous trouverez ci-dessous les différents groupes utilisés :

GROUPE P: Les outils de planification participative

GROUPE H: Amener un changement de comportement: la promotion de l'hygiène

GROUPE S: La création de la demande et des chaînes d'approvisionnement: la promotion de l'assainissement

GROUPE F: Les cadres de programmation

Les relations entre les quatre groupes sont décrites dans le **Figure 4**.

1.7.2 Que fournit-on comme information pour chaque stratégie participative et de formation ?

Le **graphique 4** illustre les différentes approches décrites dans le présent document et met en exergue le groupe auquel elle appartient. Des codes de couleur ont été attribués à chaque groupe afin d'aider à la compréhension. De la même manière, les codes de chaque groupe sont utilisés tout au long de ce document.

LA PARTIE 2 examine en détail chaque stratégie participative et de promotion. En général, nous avons identifié les mêmes catégories d'informations pour chacune d'entre elles. Le **graphique 5** fournit un formulaire vierge explicatif élaboré aux fins de ce document. Le formulaire inclut un tableau récapitulatif (indiquant l'objectif, le groupe cible principal et l'application de chaque approche), une description des caractéristiques principales, l'utilisation la plus appropriée sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement, l'histoire de son utilisation, ses forces et ses faiblesses, ainsi que les preuves de l'efficacité de la stratégie participative et de promotion. Enfin, il dresse une liste des sources d'information, des boîtes à outils pertinentes, des guides et des références de documents, d'articles et de sites Web d'intérêt.

Les données du tableau récapitulatif de chaque approche ont été extraites et incluses dans le tableau de la stratégie participative et de promotion décrite dans **LA PARTIE 2** du présent document. Le tableau permet au lecteur de différencier les approches et d'identifier les stratégies participatives et de promotion qui présentent des caractéristiques semblables.

LA PARTIE 3 décrit différents programmes nationaux et mondiaux regroupés. Aux fins de cette

section, le formulaire a dû être modifié car il s'agit d'initiatives indépendantes aux caractéristiques uniques. C'est la raison pour laquelle ces approches ne sont pas reprises dans le **tableau 2**.

1.7.3 Pourquoi manque-t-il des informations ?

Le présent document ne représente pas une évaluation et n'entend pas établir des comparaisons ou classer les différentes stratégies participatives et de promotion. Il se base sur des informations publiées existantes et sur la littérature « grise ». Les stratégies participatives et de promotion décrites ne disposent pas toutes d'informations. Les tableaux récapitulatifs fournissent l'information disponible la plus rigoureuse. C'est un problème surtout dans le cas de la section des preuves de l'efficacité, incluant les données sur le coût, le temps nécessaire, les forces et les faiblesses. Soulignons qu'il n'existe que très peu de preuves qui font l'objet d'une vérification indépendante pour la plupart des approches décrites.

Notons également que la section des forces et des faiblesses se fonde sur les avis de plusieurs professionnels « experts » du secteur de l'assainissement. Il s'agit de points de vues plutôt que de faits concrets et devraient être considérés comme tels.

Le manque d'évaluations indépendantes crédibles peut donner lieu à certains préjugés. Dans le cas des méthodes qui ont été soumises à une évaluation, il est possible d'examiner en détail les résultats et la durabilité contrairement aux approches qui n'ont pas été soumises à une évaluation indépendante. En outre, le lecteur pourrait conclure faussement que les premières réussissent mieux que les dernières.

1.8 APERÇU

Le **tableau 2** du présent document inclut 21 stratégies participatives et de promotion. Douze d'entre elles se fondent plus particulièrement sur la promotion de l'hygiène ou de l'assainissement – les groupes H et S (quatre des neuf autres sont des outils de planification participative [groupe P] et cinq sont des cadres de programmation [groupe F]). Le tableau illustre l'éventail d'approches disponibles, allant des approches correspondant à un environnement en particulier – rural, urbain ou urbain informel – aux approches applicables à plusieurs ou à l'ensemble de ces environnements.

Notons que huit des 12 approches des groupes « H » et « S » peuvent être mises en œuvre tant dans des environnements ruraux qu'urbains. Trois d'entre elles doivent être mises en place dans le cadre de programmes ruraux et une seule a été élaborée uniquement dans le cadre des environnements

urbains. Ceci met en exergue les éléments qui inciteraient le secteur à opter pour l'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène en milieu rural – considéré traditionnellement comme un milieu plus facile et nécessitant un soutien plus important. Les questions complexes concernant l'accroissement actuel et rapide de l'Urbanisation sont de plus en plus préoccupantes. Il est donc nécessaire de trouver de bons exemples, bien documentés et à l'échelle, de programmes urbains qui font face aux problèmes du secteur WASH.

En revanche, trois des cinq cadres de programmation du groupe «F» visent les zones urbaines, ce qui indique que le problème majeur des villes est de savoir comment améliorer la planification et la mise en œuvre de projets – la plupart supposent l'amélioration des systèmes d'assainissement existants et le renforcement des institutions municipales. Bon nombre d'habitants des bidonvilles utilisent à l'heure actuelle des latrines et la couverture est généralement élevée en comparaison avec les ménages ruraux. Toutefois, de nombreuses latrines urbaines sont insalubres – les systèmes d'évacuation s'avèrent souvent insuffisants et se déversent dans des zones inappropriées. Cela pose un défi important pour le secteur et les cadres de programmation doivent être élaborés en conséquence.

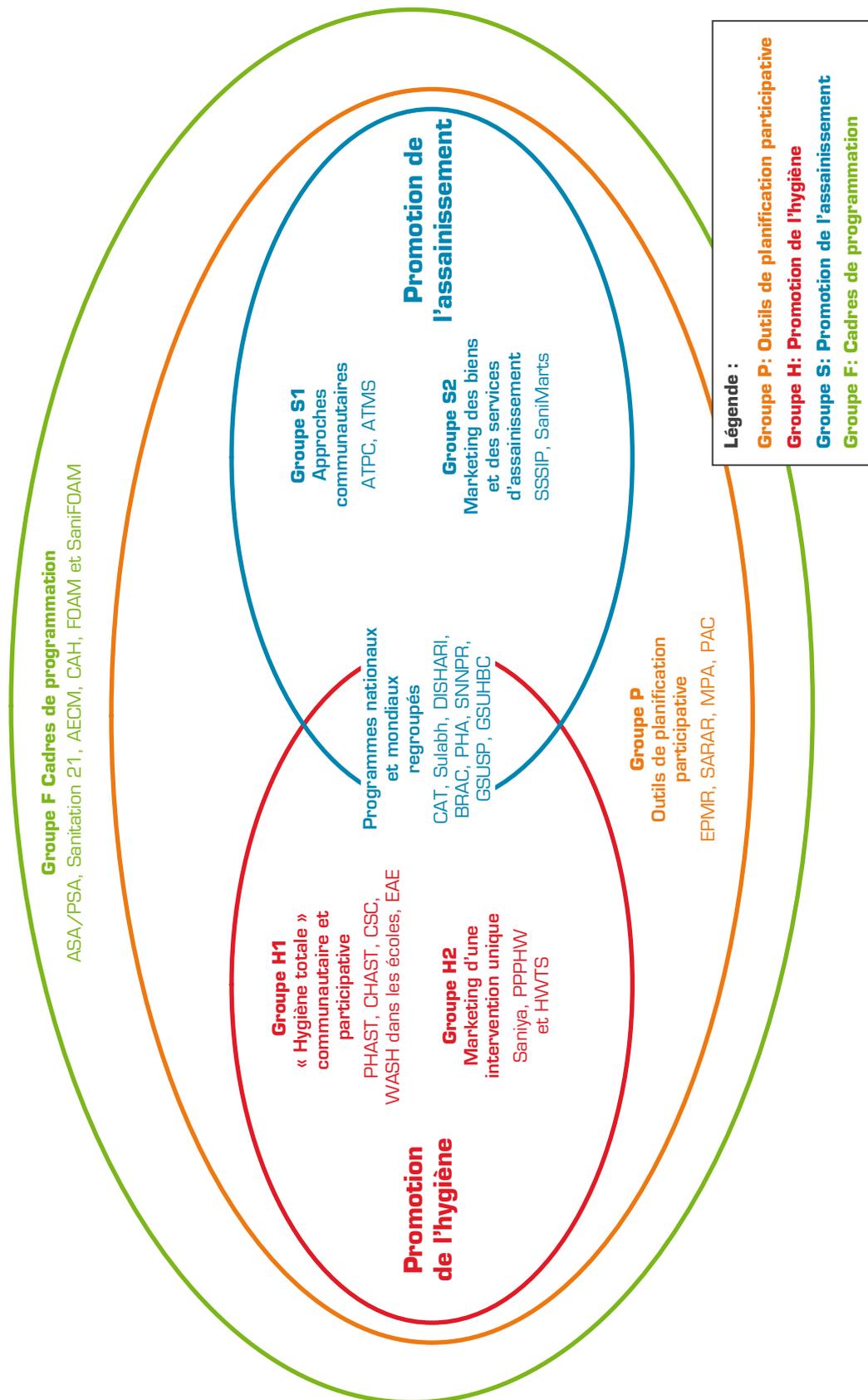
Le **tableau 2** identifie également les approches considérées comme «pilotes», «en expansion» ou «à l'échelle» et qui ont été mises en place «dans un seul pays», «dans plus d'un pays», «dans plus d'une région» ou «au niveau mondial». Soulignons que seul cinq approches sur 21 ont affiché des résultats positifs à l'échelle. Il s'agit de l'Évaluation participative en milieu rural, de la Transformation participative de l'hygiène et de l'assainissement, de l'Approche enfant à enfant, du Partenariat public-privé pour le lavage des mains avec du savon et de l'Assainissement total

piloté par la communauté. Onze autres approches sont considérées comme étant «en expansion» et les cinq dernières sont des projets pilotes. De la même manière, seul cinq des 21 approches sont actuellement mises en œuvre au niveau mondial. Ceci indique que le secteur innove constamment et tente de trouver de nouvelles solutions visant à répondre au problème de l'accès aux services d'assainissement et à améliorer les comportements en matière d'hygiène.

Le ciblage précis est un élément important de chaque approche. Par conséquent, le groupe cible est également indiqué dans le **tableau 2**. Les différentes cibles incluent les enfants, les particuliers, les ménages, la communauté, les écoles et la société. Nous pourrions penser que les approches ciblent plus d'un groupe. Toutefois, force est de constater que deux tiers des approches visent la «communauté», ce qui va de pair avec le courant de pensée actuel au sein du secteur et selon lequel il est essentiel que l'ensemble de la communauté change ses comportements (plutôt qu'une poignée de personnes, un groupe de ménages ou même une institution) afin d'atteindre pleinement les bénéfices d'une hygiène et d'un assainissement améliorés.

Les stratégies participatives et de promotion incluses peuvent être vues comme des approches externes développées par des «experts». Toutefois, comme les descriptions des stratégies participatives et de promotion le démontreront, chaque approche est façonnée selon le contexte local dont elle dépend fortement, les aspects socioculturels, ainsi que les connaissances autochtones (les approches modernes en matière d'hygiène et d'assainissement sont généralement décrites comme étant fondées sur les personnes). Celles-ci sont renforcées lorsque les connaissances des «experts» s'alignent pleinement sur les connaissances «autochtones».

GRAPHIQUE 4 - LES APPROCHES ENONCÉES DANS LE PRÉSENT DOCUMENT



TITRE DE L'APPROCHE – LES TITRES SONT IDENTIFIÉS PAR DES CODES DE COULEUR AFIN D'AIDER À LA COMPRÉHENSION – LES APPROCHES D'UN MÊME « GROUPE » ONT LA MÊME COULEUR.

Une brève description de l'approche incluant les points saillants et les principales caractéristiques.

Tableau récapitulatif

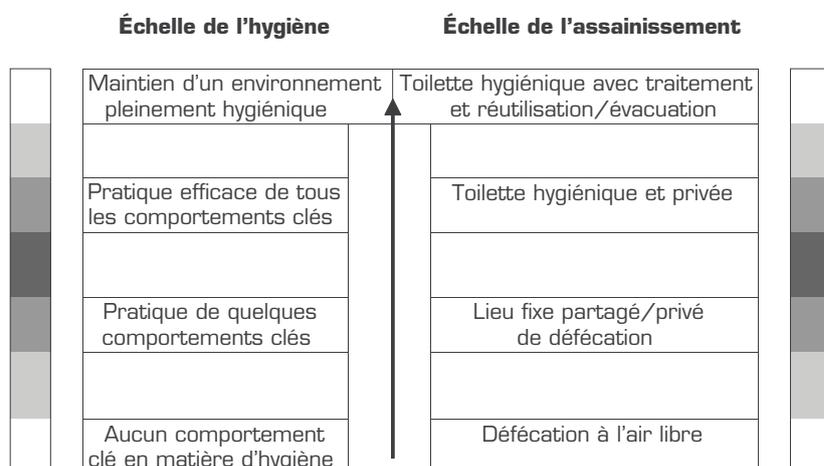
Objectif	Brève définition de l'objectif de l'approche et description de la portée de l'approche.
Groupe cible	Identification du groupe cible de l'approche. Le groupe cible peut inclure un ou plusieurs groupes allant des enfants aux particuliers, aux ménages, aux écoles, aux communautés ou à la société.
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	(a) Où l'approche a été mise en place – environnement rural, urbain ou urbain informel. Ces termes sont expliqués dans le glossaire pour plus de clarté. (b) Le niveau d'application de l'approche est donné. Trois choix sont proposés – pilote, en expansion ou à l'échelle. Où l'approche a été mise en place. Quatre choix sont donnés – dans un seul pays, dans un ou plusieurs pays, dans plus d'une région et au niveau mondial.

Description

Brève description de l'approche ou du cadre mettant en lumière ses caractéristiques et ce qui la distingue des autres approches.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?

L'ombrage sur les côtés des échelles indique l'utilisation la plus adéquate de la stratégie participative et de promotion. Plus l'ombrage est foncé, plus l'utilisation s'avère adéquate.



Genèse de l'approche

Année de mise en place	Suffisamment explicite	Année de clôture (s'il y a lieu)	Suffisamment explicite
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Noms des organisations ayant inventé l'approche.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Liste des organisations qui ont financé l'approche – noms de la banque de développement ou de l'organisme public.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Liste des pays dans lesquels l'approche a été mise en place jusqu'à présent.		
Expérience jusqu'à présent	Description des expériences importantes jusqu'à présent.		

Forces et faiblesses

Forces et faiblesses	Cette section inclut un résumé des principales forces et faiblesses de l'approche que les professionnels « experts » des secteurs de l'hygiène et de l'assainissement ont pu observer.
-----------------------------	--

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Liste des publications des organisations impliquées de près dans la mise en œuvre de l'approche et qui contiennent des évaluations ou des preuves de l'efficacité.
Évaluations externes publiées	Liste des publications d'organisations et de particuliers qui ne sont pas impliqués dans la mise en œuvre de l'approche et qui contiennent des évaluations ou des preuves de l'efficacité.
Impacts, résultats et durabilité	Cette section décrit les impacts importants, les résultats et les enjeux liés à la durabilité qui sont propres à l'approche et fournissent des preuves de l'efficacité à partir des documents cités ci-dessus.
Coût	Le coût de l'approche pour l'organisation de mise en œuvre (et non pour les ménages), incluant le coût total du projet, le coût par communauté, par ménage ou par personne, etc.
Ressources humaines	Le niveau de ressources humaines requis afin de mettre en œuvre l'approche. Celles-ci incluent non seulement le personnel sur le terrain mais également les formateurs, les formateurs de formateurs, les enseignants, ainsi que les techniciens et le personnel de soutien.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Il s'agit de la durée d'un projet « type » visant à mettre en œuvre une approche allant du premier contact au retrait des fonds.

Note : Pour bon nombre d'approches, il n'existe que très peu de preuves de l'efficacité vérifiées de manière indépendante. Dans ce cas, le terme « données insuffisantes » est indiqué dans le texte.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	Liste des références utilisées afin de réunir des informations dans le cadre du présent document.
Boîtes à outils ou guides	Liste des références des boîtes à outils ou des guides.
Lectures supplémentaires	Liste des références de livres, de revues et de sites Web.

Toute l'information supplémentaire concernant « nom de l'approche » a été fournie par « nom de la personne ».

TABLEAU 2 (PARTIE I) – TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION ÉNONCÉES DANS LE PRÉSENT DOCUMENT

GROUPE P : OUTILS DE PLANIFICATION PARTICIPATIVE						
GROUPE	APPROCHE	OBJECTIF				
		Renforcement de l'autonomie des communautés à travers les connaissances	Changement des comportements en matière d'hygiène	Création de la demande d'assainissement	Création des chaînes d'approvisionnement	Amélioration de la planification et de la mise en œuvre des projets d'hygiène et d'assainissement
P1	Évaluation participative en milieu rural (EPMR)	X				
P2	Estime de soi, force d'association, esprit d'initiative, planification de l'action et responsabilité	X				
P3	Méthodologie pour l'évaluation participative (MPA)					X
P4	Planification des actions communautaires (CAP)					X

Notes:	
X	Objectif principal
O	Objectif secondaire

GROUPE CIBLE						APPLICATION									
Enfants	Particuliers	Ménages	Communauté	Écoles	Société	Rural	Urbain	Urbain informel	Pilote	En expansion	À l'échelle	Dans un seul pays	Dans plus d'un pays	Dans plus d'une région	Au niveau mondial
			X			X	X	X			X				X
			X			X				X			X		
			X			X	X	X		X				X	
			X		X		X	X		X				X	

TABLEAU 2 (PARTIE II) – TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION ÉNONCÉES DANS LE PRÉSENT DOCUMENT

GROUPE H : AMENER UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT : LA PROMOTION DE L'HYGIÈNE						
GROUPE	APPROCHE	OBJECTIF				
		Renforcement de l'autonomie des communautés à travers les connaissances	Changement des comportements en matière d'hygiène	Création de la demande d'assainissement	Création des chaînes d'approvisionnement	Amélioration de la planification et de la mise en oeuvre des projets d'hygiène et d'assainissement
H1	L'hygiène totale communautaire et participative					
H1.1	La transformation participative de l'hygiène et de l'assainissement (PHAST)	O	X	O		O
H1.2	La formation des enfants à l'hygiène et à l'assainissement (CHAST)	O	X	O		
H1.3	Les clubs de santé communautaires (CSC)	O	X	O		O
H1.4	WASH dans les écoles		X	O		
H1.5	L'approche enfant à enfant (EAE)	O	X			
H2	Marketing d'une intervention unique					
H2.1	Saniya		X			
H2.2	Partenariat public-privé pour le lavage des mains avec du savon (PPPHW)		X			
H2.3	Traitement et stockage sûr de l'eau dans les ménages (HWTS)		X			

Notes:	
X	Objectif principal
O	Objectif secondaire

GROUPE CIBLE																APPLICATION															
Enfants	Particuliers	Ménages	Communauté	Écoles	Société	Rural	Urbain	Urbain informel	Pilote	En expansion	À l'échelle	Dans un seul pays	Dans plus d'un pays	Dans plus d'une région	Au niveau mondial																
			X			X	X				X			X																	
X						X			X				X																		
X	X	X	X			X		X		X			X																		
X			X	X		X	X	X		X					X																
X				X		X	X	X			X				X																
X	X	X					X		X			X																			
					X	X	X	X			X				X																
	X	X				X	X	X		X			X																		

TABLEAU 2 (PARTIE III) – TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION ÉNONCÉES DANS LE PRÉSENT DOCUMENT

GROUPE S : LA CRÉATION DE LA DEMANDE ET DES CHAÎNES D'APPROVISIONNEMENT : LA PROMOTION DE L'ASSAINISSEMENT						
GROUPE	APPROCHE	OBJECTIF				
		Renforcement de l'autonomie des communautés à travers les connaissances	Changement des comportements en matière d'hygiène	Création de la demande d'assainissement	Création des chaînes d'approvisionnement	Amélioration de la planification et de la mise en œuvre des projets d'hygiène et d'assainissement
S1	Approches communautaires					
S1.1	Assainissement total piloté par la communauté (ATPC)	O	O	X		
S1.2	Assainissement total en milieu scolaire (ATMS)	O	O	X		
S2	Marketing des biens et des services d'assainissement					
S2.1	Soutien aux petits fournisseurs indépendants (PFI)			O	X	
S2.2	SaniMarts			O	X	

Notes:	
X	Objectif principal
O	Objectif secondaire

GROUPE CIBLE						APPLICATION									
Enfants	Particuliers	Ménages	Communauté	Écoles	Société	Rural	Urbain	Urbain informel	Pilote	En expansion	À l'échelle	Dans un seul pays	Dans plus d'un pays	Dans plus d'une région	Au niveau mondial
		X	X			X					X				X
X			X	X		X			X				X		
	X				X	X	X	X		X			X		
	X	X			X	X	X	X		X				X	

TABLEAU 2 (PARTIE IV) – TABLEAU RÉCAPITULATIF DES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION ÉNONCÉES DANS LE PRÉSENT DOCUMENT

GROUPE F : LES CADRES DE PROGRAMMATION					
GROUPE	APPROCHE	OBJECTIF			
		Renforcement de l'autonomie des communautés à travers les connaissances	Changement des comportements en matière d'hygiène	Création de la demande d'assainissement	Création des chaînes d'approvisionnement
F1	Approche stratégique en matière d'assainissement/Planification stratégique en matière d'assainissement (ASA/PSA)				X
F2	Assainissement 21				X
F3	Assainissement environnemental centré sur les ménages (AECM)				X
F4	Cadre d'amélioration de l'hygiène (CAH)				X
F5	FOAM et SANIFOAM				X

Notes:	
X	Objectif principal
O	Objectif secondaire

GROUPE CIBLE						APPLICATION									
Enfants	Particuliers	Ménages	Communauté	Écoles	Société	Rural	Urbain	Urbain informel	Pilote	En expansion	À l'échelle	Dans un seul pays	Dans plus d'un pays	Dans plus d'une région	Au niveau mondial
		X	X		X		X	X		X			X		
		X	X		X		X	X	X					X	
	X	X	X		X		X	X		X				X	
X	X	X	X		X	X	X	X		X				X	
X	X	X				X	X	X	X					X	

Partie 2:

LES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION

GROUPE P

Outils de planification participative

Cette section vise à décrire les outils de planification participative qui sont largement utilisés dans le contexte de nombreuses approches en matière d'assainissement et d'hygiène décrites dans la **PARTIE 2**. Certaines approches, telles que la Méthodologie pour l'évaluation participative (MPA), combinent des outils spécifiques afin de former des approches indépendantes.

[P1] L'ÉVALUATION PARTICIPATIVE EN MILIEU RURAL (EPMR)

L'EPMR appartient à la famille des approches et des méthodes qui mettent l'accent sur les connaissances locales et qui permettent aux populations de mettre en œuvre leurs propres évaluations, analyses et plans. L'EPMR vise à renforcer l'autonomie des populations locales à travers la planification et la gestion de projets et de programmes de développement et à les encourager à soutenir leurs propres initiatives et actions. De nombreuses méthodes EPMR impliquent des groupes et des moyens visuels afin de produire, de partager et d'analyser les connaissances. Les méthodes EPMR ont d'autres applications telles que la recherche.

Tableau récapitulatif

Objectif	Renforcement de l'autonomie des communautés à travers les connaissances.					
Groupe cible	Enfants	<input checked="" type="checkbox"/>	Particuliers	<input checked="" type="checkbox"/>	Ménages	<input checked="" type="checkbox"/>
	Communauté	<input checked="" type="checkbox"/>	Écoles	<input checked="" type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input type="checkbox"/>	À l'échelle	<input checked="" type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input checked="" type="checkbox"/>		

Description

L'EPMR est apparue fin des années 1980, début des années 1990 et se fonde sur l'Évaluation rapide en milieu rural (ERMR). L'Évaluation rapide en milieu rural représente une série de techniques utilisées par les praticiens du développement dans les zones rurales afin de réunir et d'analyser des données. L'Évaluation rapide en milieu rural (ERMR) a été développée dans les années 1970 et 1980 en réponse aux problèmes posés par les enquêtes par questionnaires et le «tourisme du développement rural» (une visite subjective et de courte durée en milieu rural) vus comme des manières de s'approcher des réalités rurales. Il est généralement admis que les individus sont les meilleurs «experts» au sujet de leur situation et de leur réalité et ce, peu importe s'ils sont considérés comme pauvres ou peu instruits. Les doctrines clés de l'ERMR se fondent sur le travail d'équipe, la flexibilité, l'ignorance optimale (ne réunissant que les informations nécessaires), ainsi que la triangulation. Les outils spécifiques de l'ERMR incluent des entrevues semi-structurées et des groupes de discussion.

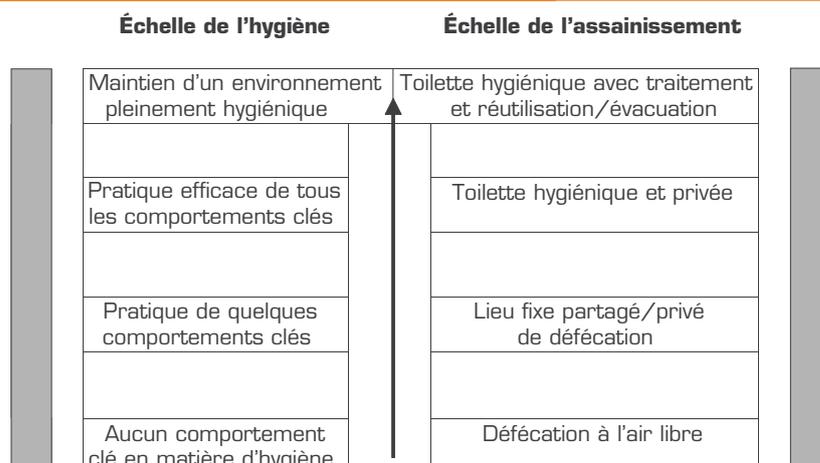
L'EPMR va au-delà des outils qu'il inclut à travers la participation et le renforcement de l'autonomie. En effet, l'EPMR n'entend pas être extractif. Le comportement et les attitudes des facilitateurs sont primordiaux dans le cadre de l'EPMR et sont bien plus importants que les méthodes. La plupart des EPMR se fondent sur des activités de groupe visant à faciliter le partage d'informations, l'analyse et les actions des partenaires. Même si, dans un premier temps, l'EPMR portait sur les zones rurales, son approche et ses méthodes ont été utilisées avec succès dans le cadre d'applications visant les ressources naturelles, l'agriculture, la santé, la pauvreté, l'assainissement et de nombreux autres domaines, dont les environnements urbains et organisationnels.

Au sein d'une communauté, les activités EPMR peuvent être combinées et recourir à une série de méthodes. Les outils EPMR sont constamment réinventés. Vous trouverez ci-dessous quelques uns des outils les plus courants :

- ▶ la cartographie et la modélisation sociales et des ressources ;
- ▶ l'élaboration de matrices ;
- ▶ le classement du bien-être (richesse) ;
- ▶ la schématisation de l'établissement du lien causal
- ▶ le tri et/ou le classement de cartes ou de symboles.

La facilitation de l'EPMR se veut inclusive et met l'accent sur la participation des personnes marginalisées, comme c'est souvent le cas des femmes, des enfants, ainsi que des groupes de statut inférieur et des minorités.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	Fin des années 1980, début des années 1990
Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	L'EPMR a été développé par des innovateurs d'ONG de l'Inde et de l'Afrique de l'Est, ainsi que l'Institut international pour l'environnement et le développement (IIED) qui s'est chargé de diffuser l'approche dans de nombreux pays à travers la mise en place de réseaux par l'IIED et l'Institut d'études du développement de l'Université du Sussex, au Royaume-Uni.
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Tous les donateurs et organismes prêteurs importants.
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Au niveau mondial
Expérience jusqu'à présent	Les avantages des outils EPMR ont été clairement démontrés et ont été mis en œuvre dans de nombreuses situations. Ils jettent les fondements de nombreuses stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement.

Forces et faiblesses

Forces	<p>L'EPMR encourage la participation de l'ensemble des membres de la communauté et se base sur des outils interactifs et, pour la plupart, visuels en vue de faciliter la participation quelque soit le niveau d'alphabétisation.</p> <p>L'EPMR démystifie la recherche et les processus de planification en se basant sur les expériences quotidiennes.</p> <p>L'autonomie des participants est renforcée grâce à leur participation et ceux-ci ont le sentiment que leurs contributions sont valorisées.</p> <p>L'EPMR est généralement considéré comme une méthode rentable et efficace.</p>
Faiblesses	<p>L'approche requiert une formation de facilitateurs et exige des ressources humaines importantes qui s'avèrent être coûteuses.</p> <p>La participation n'est pas un remède universel et ne se prête pas à toutes les circonstances. Il est également essentiel de ne pas tomber dans la manipulation – consciente ou inconsciente, par exemple, lorsqu'un «communicateur social en participation» a des idées préconçues et mène la discussion. Le processus peut être «formalisé» à travers l'utilisation d'une approche abrupte et autoritaire afin de respecter un délai. Toutefois, les résultats obtenus n'ont pas été convaincants.</p> <p>Le coût de substitution lié au temps consacré par les membres de la communauté doit également être pris en considération. «Demandez-leur» est un précepte en matière d'EPMR qui vise à demander aux personnes le temps et le lieu le plus approprié pour se réunir.</p> <p>Lorsque les attentes ont été identifiées et qu'aucun résultat tangible n'est atteint, les communautés en sont déçues et pourraient souffrir de dégâts à long terme.</p>

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Aucune.
Évaluations externes publiées	Aucune.
Impacts, résultats et durabilité	Les principes de l'EPMR forment la base de nombreuses stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement et ne sont pas considérés comme un outil indépendant. C'est pourquoi les preuves spécifiques de son efficacité s'inscrivent dans le cadre des preuves de l'efficacité d'approches qui en découlent.
Coût?	Le coût varie même si l'approche est généralement considérée comme une méthode rentable et efficace.
Ressources humaines	Un certain nombre de facilitateurs qui adoptent des comportements et des attitudes appropriés. On considère que l'approche exige des ressources humaines relativement importantes.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Dépend de nombreux facteurs et de son objectif.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	Banque mondiale (sans date). «The World Bank Participation Sourcebook». Banque mondiale. États-Unis. http://www.worldbank.org/ – Consulté en mars 2010. Rietbergen-McCracken, J. et Narayan, D. (1998). «Participation and Social Assessment Guidebook on Tools and Techniques». Banque mondiale. Washington D.C., États-Unis. http://www-wds.worldbank.org/external/default/main – Consulté en mars 2010.
Boîtes à outils ou guides	Il s'agit d'une liste générale de boîtes à outils EPMR et non spécifiques à l'hygiène et/ou l'assainissement : Tapia, M., Brasington, A. et Van Lith, L. (2007). «Participation Guide: Involving those directly affected in Health and Development Communication Programmes». HIV/AIDS Alliance. Brighton, Royaume-Uni. http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/participation_guide.pdf – Consulté en mars 2010. Bradley, D. (2004). «Participatory Approaches: A facilitator's guide». VSO. Londres, Royaume-Uni. http://community.eldis.org/.59c6ec19/ – Consulté en mars 2010. Mukherjee, N. (2002). «Participatory learning and action: with 100 field methods. (Studies in rural participation 4)». New Delhi, Inde. Jayakaran, R. I. (2002). «Ten seed technique». World Vision, Chine. http://www.fao.org/participation/Ten-Seed%20Technique-Revised.pdf – Consulté en mars 2010. Kumar, S. (2002). «Methods for Community Participation: a complete guide for practitioners». Vistaar Publications. New Delhi, Inde. ISBN: 81-7829-072-3. Braakman, L., et Edwards, K. (2002). «The Art of Building Facilitation Capacities: a training manual». RECOFTC. Bangkok, Thaïlande. ISBN: 974-90746-2-9 http://www.recoftc.org/site/index.php?id=412 – Consulté en mars 2010. Il existe également un grand nombre de boîtes à outils EPMR réunies par l'IRC. La liste suivante contient également des ressources non spécifiques à l'hygiène et à l'assainissement disponibles à l'adresse: http://www.irc.nl/page/6167 – Consulté en mars 2010.
Lectures supplémentaires	International HIV/AIDS Alliance (2006). «Tools Together Now». International HIV/AIDS Alliance, Brighton, Royaume-Uni. ISBN: 1-905055-11-0. http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Tools_Together_Now_2009.pdf – Consulté en mars 2010. Chambers, R. (1992). «Rural Appraisal: Rapid, Relaxed, and Participatory». Document d'analyse 311, Institut d'études du développement. Sussex, Royaume-Uni. Theis, J. et Grady, H. (1991). «Participatory Rapid Appraisal for Community Development». Save the Children Fund. Londres, Royaume-Uni. McCracken, J., Pretty, J. et Conway, G. (1988). «An Introduction to Rapid Rural Appraisal for Agricultural Development». Institut international pour l'environnement et le développement. Londres, Royaume-Uni.

Toute l'information supplémentaire concernant l'EPMR a été fournie par Robert Chambers et Lyla Mehta de l'IDS au Royaume-Uni.

[P2]

ESTIME DE SOI, FORCE D'ASSOCIATION, ESPRIT D'INITIATIVE, PLANIFICATION DE L'ACTION ET RESPONSABILITÉ (SARAR)

Le SARAR est une approche participative visant à renforcer l'autonomie et la formation des communautés et qui se base sur les connaissances locales. Cette approche vise à renforcer les compétences des personnes en matière d'évaluation, de priorisation, de planification, de création, d'organisation et d'évaluation. Elle vise également à renforcer les connaissances locales et l'estime de soi.

Tableau récapitulatif

Objectif	Renforcement de l'autonomie des communautés à travers les connaissances.					
Groupe cible	Enfants	<input type="checkbox"/>	Particuliers	<input type="checkbox"/>	Ménages	<input type="checkbox"/>
	Communauté	<input checked="" type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input checked="" type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input checked="" type="checkbox"/>		

Description

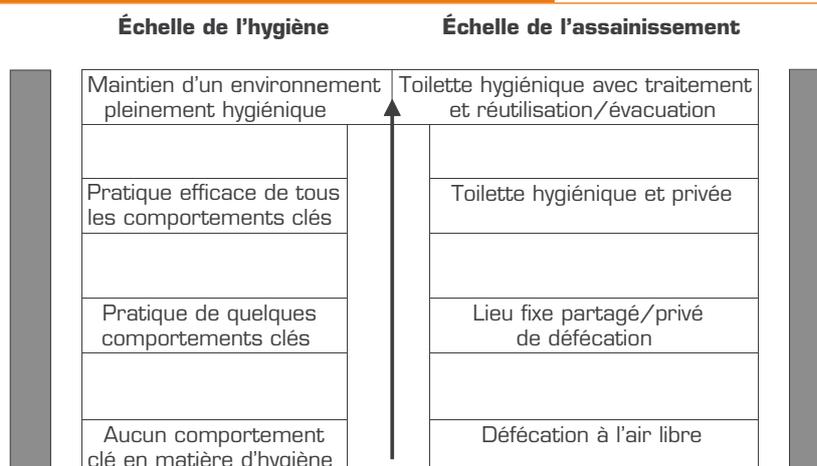
Le SARAR est une méthodologie fondée sur l'éducation et la formation à travers la collaboration avec les personnes à différents niveaux afin de renforcer leurs compétences créatives en matière de planification, de résolution de problèmes et d'évaluation. L'objectif de l'approche SARAR n'est pas de faire passer un message en particulier ou d'enseigner une matière mais de provoquer chez les apprenants la pensée originale à travers leurs problèmes et de les aider à développer leurs propres compétences analytiques, créatives et de planification. L'acronyme SARAR signifie cinq qualités et compétences essentielles minimales dans le cadre de la participation à un processus dynamique et autonome :

- ▶ l'estime de soi qui se traduit par un sentiment d'amour propre des personnes considérées comme des acteurs importants de développement ;
- ▶ la force d'association est la capacité de définir et de fournir des efforts visant à atteindre une vision commune à travers le respect mutuel, la confiance et les efforts communs ;
- ▶ l'esprit d'initiative se traduit par la capacité de visualiser des solutions innovantes aux problèmes et ce, contre toute attente, ainsi que par la volonté de relever des défis et de prendre des risques ;
- ▶ la planification de l'action combine la pensée critique et la créativité dans le but d'élaborer des plans innovants, efficaces et basés sur les réalités, dans le cadre desquels les participants jouent des rôles utiles et pleinement satisfaisants ;
- ▶ la responsabilité vise la continuation des efforts et ce, jusqu'à la réalisation des engagements pris et des bénéfices escomptés.

Le SARAR se fonde sur le principe de promotion et de renforcement de ces cinq qualités chez les personnes à tous les niveaux, en particulier chez les membres de la communauté. Ce processus vise à renforcer les compétences de ces personnes en termes d'autodétermination et de gestion et à améliorer la qualité de la participation de l'ensemble des participants.

Le SARAR peut être mis en place à tous les niveaux du processus de résistance au changement mais il s'avère être particulièrement intéressant lorsque les obstacles sont de plus en plus importants et que la participation des personnes est essentielle afin de les surmonter – et lorsque les personnes ont besoin d'être motivées afin de faire des choix plus durables.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place Début des années 1970 **Année de clôture (s'il y a lieu)** En cours

Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand) Lyra Srinivasan est considérée comme une pionnière dans l'élaboration des principaux outils SARAR pour des ONG nationales et internationales (telles que Save the Children et World Education) au début des années 1970. Ces outils ont été adaptés en vue de leur utilisation dans le cadre du programme PROWWESS/PNUD sur l'eau et l'assainissement mi-années 1980.

Le SARAR a été utilisé pour la première fois dans le cadre de programmes sur l'eau et l'assainissement en Afrique de l'Est et de l'Ouest, dans les Philippines, en Indonésie (World Education), au Népal, en Inde (ACDIL), au Mexique (Sasar Transformación), au Guatemala et en Bolivie (Project Concern).

Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu) Le SARAR a été adopté et créé par le PROWWESS/PNUD au début des années 1980 et a été transféré par la suite vers le Programme pour l'eau et l'assainissement (WSP) du PNUD/Banque mondiale au début des années 1990.

Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent Au niveau mondial

Expérience jusqu'à présent Suite au transfert du programme PROWWESS vers le WSP du PNUD/Banque mondiale, le SARAR s'est converti en méthodologie de base pour l'ensemble de ses programmes en Afrique (dont les Centres du Réseau international de formation), le programme pilote Yakupaj en Bolivie, ainsi que les programmes en Asie (p. ex. au Pakistan, au Vietnam et en Mongolie). Mi-années 1990, le WSP, l'OMS et l'UNICEF ont collaboré à l'élaboration de l'application du SARAR à la promotion de l'hygiène et de l'assainissement (**voir PHAST section H1.1**); En réponse aux besoins émergents et aux expériences, la méthodologie a été élargie afin d'inclure le suivi participatif et les approches d'évaluation et de faciliter les processus de développement institutionnel.

Le SARAR a été institutionnalisé avec succès au sein du programme éducatif en matière d'assainissement et d'hygiène du ministère de la Santé indonésien (Rietbergen-McCracken et Narayan, 1998). En 1999, le SARAR, ainsi que les outils PHAST, se sont convertis en outils de référence pour le programme des travailleurs de la santé du ministère de la Santé salvadorien pour ensuite être mis en place dans d'autres pays d'Amérique latine.

Le SARAR a également été mis en œuvre à grande échelle dans le cadre de la promotion de l'assainissement écologique durable (en Amérique latine, en Afrique subsaharienne, ainsi qu'en Asie centrale, du Sud et de l'Est). À titre d'exemple, le SARAR est utilisé dans le cadre de l'exercice appelé «Processus de résistance au changement» afin d'aider les participants à prendre conscience de leur propre résistance à construire et à utiliser des toilettes écologiques, à surmonter cette résistance et à les promouvoir de manière efficace au sein de leurs communautés (Sawyer, 2003).

Forces et faiblesses

Forces	<p>Même si le SARAR se concentrait davantage sur le milieu rural, il fait preuve de flexibilité en termes d'adaptation des environnements urbains et a été mis en place dans de nombreux secteurs tels que le développement rural, la santé, le VIH/sida (Breslin et Sawyer 1999), la foresterie, ainsi que l'éducation en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène.</p> <p>Le SARAR vise l'ensemble des communautés. Toutefois, il s'est avéré très utile afin d'accorder une attention spéciale aux groupes de population, tels que les femmes, dont les contributions et les besoins sont difficilement évalués avec des approches de développement traditionnelles.</p> <p>La formation dans le cadre du SARAR permet de pallier aux nombreux préjugés inconscients des agents de vulgarisation et propres aux sociétés et aux structures gouvernementales paternalistes et de libérer une énergie et une lucidité créatives qui peuvent avoir de nombreux effets sur les particuliers, les groupes et la communauté.</p> <p>Même si les outils interactifs et fondés sur les processus peuvent sembler puérils pour les non habitués, les participants observent rapidement les impacts positifs d'une plus grande satisfaction, d'une rétroaction immédiate et de l'apprentissage collectif, d'un engagement plus fort et du temps consacré au processus d'apprentissage collectif.</p>
Faiblesses	<p>En plus de l'ensemble des techniques participatives, il est essentiel d'éviter la manipulation et d'assurer le respect des coûts de substitution liés au temps consacré par les membres de la communauté.</p> <p>L'efficacité peut également se voir limitée par une résistance de l'ensemble de la communauté – qui émane généralement des fonctionnaires et décideurs de haut niveau plutôt que de la communauté – à l'utilisation des techniques qualitatives, informelles et visuelles.</p> <p>La formation de facilitateurs SARAR qualifiés requiert un engagement en termes de développement humain, ainsi qu'un investissement initial que les planificateurs de l'État et les politiciens en quête d'un remède rapide sont peu enclins à entreprendre.</p>

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Aucune.
Évaluations externes publiées	Harnmeijer, J. (1994). «PROWWESS Eastern Africa Assessment Report: Views of PROWWESS trained persons in 9 African Countries». WSP-Afrique de l'Est et ETC International, Harare, Zimbabwe.
Impacts, résultats et durabilité	<p>Variet d'un projet à l'autre. Là où les données visant à évaluer l'ensemble de l'impact du SARAR sont insuffisantes, le rapport d'évaluation PROWWESS (Harnmeijer, 1994) a indiqué que les apprenants étaient en général fortement affectés par la méthodologie et l'appliquaient souvent à d'autres domaines et secteurs: «Il existe un groupe converti au SARAR qui 'vit la méthodologie' et qui va au-delà de l'apprentissage. Pour ces personnes, le SARAR a une infinité d'applications».</p> <p>En termes de durabilité, la Bolivie est sans doute le cas le plus remarquable car, depuis le premier atelier parrainé par le PROWWESS en 1986, il existe à présent un grand nombre d'ONG et d'agences publiques qui utilisent le SARAR sous une forme ou l'autre (ou un dérivé du PHAST) généralement en combinaison avec d'autres outils et approches (Sawyer, 2009).</p>
Coût	Les coûts spécifiques varient en fonction du pays et du programme. Toutefois, comme dans le cas des approches efficaces de renforcement de l'autonomie des communautés et de changement des comportements, il est nécessaire de prendre des engagements et d'investir dans une formation de formateurs, le développement et la production de matériel et d'ateliers communautaires, ainsi que le suivi (Sawyer, 2009).
Ressources humaines	En général, un atelier SARAR nécessite un ou deux facilitateurs, de préférence de deux à cinq formateurs nationaux expérimentés, ainsi qu'environ 25 participants ou apprenants – si possible accompagnés d'un ou deux artistes locaux (Rietbergen-McCracken et Narayan, 1998).

Preuves de l'efficacité

Temps nécessaire pour compléter l'intervention

En théorie, un programme complet de formation sur le terrain devrait accorder un délai pour :

- ▶ deux à trois jours pour « l'atelier de planification préparatoire » avec les principaux formateurs et les artistes ;
- ▶ un atelier de formation de 10 à 12 jours ;
- ▶ la production de matériel visuel élaboré par un ou plusieurs artistes ;
- ▶ des essais sur le terrain de techniques et de matériel ;
- ▶ plusieurs visites sur le terrain avec la communauté ;
- ▶ un atelier de revue et des activités de suivi.

Les processus communautaires du SARAR exigent un investissement de temps considérable. Le temps consacré n'est pas spécifié.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information

Sawyer, R. (2009). Communication personnelle par courrier électronique. Banque mondiale (Sans date). Recueil d'informations sur la participation de la Banque mondiale. Banque mondiale, États, Unis – Consulté en octobre 2008.

Breslin, E. et Sawyer, R. (1999). « A participatory approach to community-based HIV/AIDS awareness ». *Development in Practice* août 1999 ; 9(4) : 473-9.

PROWWESS/RWSG (1995). « The promotion of a participatory development approach within the water and sanitation sector ». PROWWESS/ Groupe Régional pour l'Eau et l'Assainissement en Afrique de l'Ouest, Banque mondiale, Kenya.

Boîtes à outils ou guides

Dayal, R., van Wjik, C. et Mukherjee, N. (2000). « METGUIDE Methodology for Participatory Assessments with Communities Institutions and Policy Makers. Linking Sustainability with Demand, Gender and Poverty ». http://www.schoolsanitation.org/Resources/Readings/global_metguideall.pdf – Consulté en mars 2010.

Rietbergen-McCracken, J. et Narayan, D. (1998). « Participation and Social Assessment Guidebook on Tools and Techniques ». Banque mondiale, Washington D.C., États-Unis. http://gametlibrary.worldbank.org/FILES/216_Guidelines%20for%20participation%20&%20social%20assessment%20-%20World%20Bank.pdf – Consulté en mars 2010.

Narayan, D. et Srinivasan, L. (1994). « Participatory Development Tool Kit ». Banque mondiale, Washington D.C., États-Unis.

Srinivasan, L. (1992). « Options for Educators: A monograph for decision makers on alternative participatory strategies ». PACT/CDS, Service de développement des communications, New York, États-Unis.

Srinivasan, L. (1991). « Designing SARAR Materials: A manual for artists ». Série technique du PROWWESS/PNUD, New York, États-Unis.

Srinivasan, L. (1990). « Tools for Community Participation. A Manual for Training Trainers in Participatory Techniques ». Série technique du PROWWESS/PNUD, New York, États-Unis.

Lectures supplémentaires

Sawyer, R. (2003). « Sanitation as if it really matters: Taking toilets out of the (water) closet and into the loop ». Sarar Transformación SC, Mexico, Mexique. <http://www2.gtz.de/Dokumente/oe44/ecosan/en-taking-toilets-out-of-closet-into-loop-2003.pdf> – Consulté en mars 2010.

Mukherjee, N. (2002). « Planning and monitoring for sustainability and equity ». 28^e Conférence internationale du WEDC, Calcutta, Inde. <http://wedc.lboro.ac.uk/resources/conference/28/Mukherjee.pdf> – Consulté en mars 2010.

Clark, L., Simpson-Hebert, M. et Sawyer, R. (1996). « The PHAST initiative: participatory hygiene and sanitation transformation: a new approach to working with communities ». (Participatory hygiene and sanitation transformation [PHAST]; n°1). OMS, Genève, Suisse.

Narayan, D. (1993). « Participatory Evaluation. Tools for managing change in water and sanitation ». Document technique de la Banque mondiale n°207. Banque mondiale, Washington D.C., États-Unis. <http://www-wds.worldbank.org/external/default> – Consulté en mars 2010.

Srinivasan, L. (1975). « Perspectivas acerca del Aprendizaje No-formal del Adulto ». World Education, Boston, États-Unis.

Toute l'information supplémentaire concernant le SARAR a été fournie par Ron Sawyer de Sarar Transformación à Mexico, au Mexique.

[P3] LA MÉTHODOLOGIE POUR L'ÉVALUATION PARTICIPATIVE (MPA)

La Méthodologie pour l'évaluation participative (MPA) est une méthode exhaustive d'évaluation sociale qui reconnaît l'importance des approches tenant compte des genres et de la pauvreté.

Tableau récapitulatif

Objectif	Amélioration de la planification et de la mise en place des projets en matière d'hygiène et d'assainissement.					
Groupe cible	Enfants	<input type="checkbox"/>	Particuliers	<input type="checkbox"/>	Ménages	<input type="checkbox"/>
	Communauté	<input checked="" type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input checked="" type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input checked="" type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		

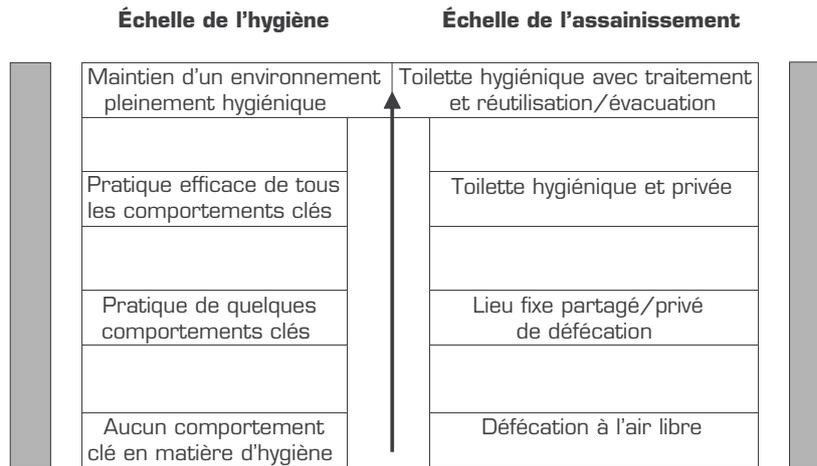
Description

Le MPA a été développé par le secteur de l'eau et de l'assainissement afin de fournir un cadre d'utilisation des données réunies à partir des techniques participatives dans le cadre d'analyses quantitatives. Le MPA inclut :

- ▶ un cadre combinant les analyses en matière d'équité sociale et les analyses de la durabilité de l'approvisionnement en eau géré au niveau local, ainsi que les interventions en matière d'assainissement ;
- ▶ une série d'indicateurs propres au secteur afin de mesurer et de suivre la durabilité et l'équité des services communautaires en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement et des pratiques des utilisateurs ;
- ▶ une série d'outils participatifs visant à évaluer les indicateurs en conjoint avec les communautés utilisatrices, les organismes/institutions chargés des projets, ainsi que les décideurs ;
- ▶ un système d'attribution de points visant à quantifier les données découlant des évaluations participatives et à les classer sur des échelles ordinales et proportionnelles testées et approuvées afin de construire une base de données et d'effectuer des analyses statistiques, des présentations graphiques, ainsi que des analyses comparatives de la durabilité.

Les communautés utilisent les points et les résultats qualitatifs afin d'identifier, d'analyser, d'établir des liens entre leurs problèmes, d'améliorer leurs plans et de lancer de nouveaux projets. Le personnel du projet se fonde sur les points afin d'établir des comparaisons entre les communautés sur base de facteurs communs en vue d'évaluer et d'améliorer les résultats, les méthodes, ainsi que les approches.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	1998	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Le MPA a été développé par l'Initiative participative d'apprentissage et d'action du Programme pour l'eau et l'assainissement en conjoint avec l'IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement dans 15 pays de cinq régions au sein desquelles opère le WSP. Le MPA se fonde sur l'EPMR, le SARAR et le PHAST et combine les différents éléments de ces approches avec des méthodes quantitatives et des outils analytiques.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	La Banque mondiale, le gouvernement canadien, néerlandais, norvégien et suédois, ainsi que le PNUD pour l'Afrique, dans le cadre du développement. Le gouvernement australien, canadien, danois, belge, luxembourgeois, suédois, néerlandais et britannique, ainsi que la Banque mondiale et la BAD, dans le cadre la mise en place.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Indonésie, République démocratique populaire du Laos, Cambodge, Vietnam, Les Philippines, Pérou, Bolivie, Équateur, Colombie, Inde, Népal, Sri Lanka, Bénin, Kenya, Malawi, Afrique du Sud, Zambie, Tanzanie, Ouganda, Cameroun et Ghana.		
Expérience jusqu'à présent	<p>Dix-huit évaluations ont été menées dans 88 communautés dans 15 pays. Les évaluations soulignent l'importance d'approches régies par la demande et tenant compte des genres et de la pauvreté afin de fournir des résultats positifs en matière de services (Dayal et al., 2000).</p> <p>En Indonésie, la planification, le suivi et l'évaluation fondés sur le MPA sont utilisés dans l'ensemble des projets nationaux d'approvisionnement en eau et d'assainissement en milieu rural de 2002 à ce jour (Gouvernement d'Indonésie, 2002). Le gouvernement indonésien a adopté le MPA en tant que méthodologie visant à traduire ses Politiques communautaires en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement environnemental en actions (Gouvernement d'Indonésie, 2002). Tous les districts disposent d'une assistance technique du gouvernement national afin de développer leurs propres plans stratégiques à moyen terme sur base du MPA en tant qu'outil de planification communautaire.</p> <p>Le gouvernement de la République démocratique populaire du Laos a intégré le MPA dans ses programmes d'eau et d'assainissement rural pour la planification participative, le suivi et l'évaluation, incluant l'évaluation du secteur en 2001-2002 dans le cadre de laquelle le MPA a été utilisé afin d'évaluer la durabilité et l'équité des résultats des services fournis par les projets donateurs (Chantaphone et Lahiri, 2003).</p> <p>Aux Philippines, le MPA a été utilisé afin d'évaluer la durabilité et l'équité de modèles de services d'approvisionnement en eau dans des petites villes (WSP-EAP, 2003a), de projets d'assainissement et d'assainissement urbain (WSP-EAP, 2003b), et de projets d'approvisionnement en eau en milieu rural (WSP-EAP, 2004). Au Vietnam, la Banque mondiale a soutenu l'évaluation d'un programme d'assainissement en milieu urbain sur base du MPA.</p> <p>En Indonésie, au Cambodge et au Vietnam, le MPA a été utilisé dans le cadre de la recherche visant à éclairer la réforme en matière de politiques d'assainissement rural (WSP-EAP, 2000, 2002a, 2002b; Mukherjee, 2001).</p> <p>Le MPA est considéré comme un exemple de «bonne pratique» par le Département d'évaluation des opérations de la Banque mondiale (Hopkins et Mukherjee, 2005).</p>		

Forces et faiblesses

Forces	<p>Le MPA est considéré comme un outil efficace de planification et de suivi de la durabilité et de l'équité des services communautaires d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Le MPA semble correspondre davantage aux évaluations participatives des services d'eau et d'assainissement visant à évaluer la durabilité, le ciblage de la pauvreté et l'équité de genre des résultats des projets.</p> <p>Le MPA permet de quantifier les résultats des évaluations participatives et d'établir des comparaisons entre les groupes communautaires dans le cadre de différents projets, tant au niveau des districts que des provinces. Il permet également de produire des données au niveau de la communauté qui doivent être renforcées et utilisées dans les bases de données au niveau local, provincial et national, ainsi que dans les analyses des politiques.</p>
Faiblesses	<p>Tout comme dans le cas de l'EPMR et du SARAR, le MPA requiert une formation de facilitateurs et un investissement considérable en ressources humaines.</p> <p>Sur base de l'utilisation du MPA au Népal, Paudyal et al. (2002) expliquent qu'il est nécessaire de le simplifier et de l'adapter afin de faciliter son utilisation sur le terrain, l'analyse des données et l'interprétation des résultats.</p> <p>En plus des techniques participatives, il est essentiel d'éviter la manipulation et d'assurer le respect des coûts de substitution liés au temps consacré par les membres de la communauté.</p> <p>On observe à l'heure actuelle plusieurs obstacles liés à la production de données quantitatives crédibles basées sur des techniques de collecte de données participatives et qualitatives.</p>

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Hopkins, R. et Mukherjee, N. (2005). «Assessing the Effectiveness of Water and Sanitation Interventions in Villages in Flores (FLOWS), Indonesia». Chapitre 4 de «Influential Evaluations: Detailed Case Studies». Département d'évaluation des opérations de la Banque mondiale, Washington D.C., États-Unis.
Évaluations externes publiées	Aucune.
Impacts, résultats et durabilité	Données insuffisantes.
Coût	Le Département d'évaluation des opérations de la Banque mondiale décrit l'évaluation fondée sur le MPA dans le cadre du projet FLOWS en Indonésie comme étant «extrêmement rentable» – son coût étant de 150 000 dollars en 2001 (Hopkins et Mukherjee, 2005).
Ressources humaines	En général, une évaluation durable et complète fondée sur le MPA nécessite deux facilitateurs formés qui consacreront deux à trois jours par communauté de référence afin de mener des séances d'évaluation en groupe avec les hommes, les femmes et les enfants quand cela leur convient, ainsi qu'une réunion d'une journée avec les participants (évaluation institutionnelle) au niveau local. L'utilisation du MPA dans le cadre d'interventions de micro-planification communautaire nécessite des évaluations de chaque communauté du projet et les coûts devraient se centrer sur la mise en œuvre du projet. Les ateliers d'évaluation des politiques fondés sur le MPA avec la participation des décideurs ne durent pas plus d'un jour (Mukherjee, 2009).
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Voir ci-dessus.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information

- Mukherjee, N. (2009). Communication personnelle par courrier électronique. 13 juillet 2009.
- WSP-EAP (2004). « Identifying Elements of Sustainability: Lessons Learned from RWSS projects in the Philippines ». WSP-EAP, Jakarta, Indonésie.
- Chantaphone, S. et Lahiri, S. (2003). « Looking Back to See Forward: Learning from communities about use and sustainability of RWS services in Lao PDR ». Document sur la planification et le suivi de la durabilité. WSP, Banque mondiale et IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement.
- WSP-EAP (2003)a. « Management Models for Small Town Water Supply: Lessons from Case studies in The Philippines ». WSP-EAP, Jakarta, Indonésie.
- WSP-EAP (2003)b. « Urban Sewerage and Sanitation: Lessons from case studies in The Philippines ». WSP-EAP, Jakarta, Indonésie.
- Paudyal, L., Moffat, M. et James, V. (2002). « Linking demand, gender and poverty for sustainability ». 28^e Conférence internationale du WEDC « Services d'eau et d'assainissement environnemental durables », Calcutta, Inde. WEDC, Loughborough, Royaume-Uni.
- Gouvernement d'Indonésie (2002). « National Policy of Community Managed Water Supply and Environmental Sanitation Facilities and Services ». WSP-EAP, Jakarta, Indonésie.
- WSP-EAP (2002)a. « Selling Sanitation in Vietnam: What Works? ». Rapport du Vietnam sur les études d'évaluation des politiques participatives. WSP-EAP, Jakarta, Indonésie. http://www.wsp.org/UserFiles/file/eap_vietnam_san.pdf – Consulté en mars 2010.
- WSP-EAP (2002)b. « Learning What Works for Sanitation: Revisiting sanitation successes in Cambodia ». WSP-EAP, Jakarta, Indonésie. http://www.wsp.org/UserFiles/file/eap_lww.pdf – Consulté en mars 2010.
- Mukherjee, N. (2001). « Achieving Sustained Sanitation for the Poor: Policy and Strategy lessons for participatory assessments in Cambodia, Indonesia, Vietnam ». WSP-EAP, Jakarta, Indonésie. http://www.wsp.org/UserFiles/file/319200750242_Achievingsustainedsanitation.pdf – Consulté en mars 2010.
- WSP-EAP (2000). « Is it Selling Toilets? No, a Lifestyle ». Rapport de l'Indonésie sur les études d'évaluation des politiques participatives. Jakarta, Indonésie. WSP-EAP, Jakarta, Indonésie.
- Dayal, R., van Wijk, C. et Mukherjee, N. (2000). « METGUIDE Methodology for Participatory Assessments with Communities Institutions and Policy Makers. Linking Sustainability with Demand, Gender and Poverty ». Banque mondiale WSP, Washington D.C., États-Unis. http://www.schoolsanitation.org/Resources/Readings/global_metguideall.pdf – Consulté en mars 2010.

Boîtes à outils ou guides

- Mukherjee, N. et Wijk van, C. (2003). « Sustainability planning and monitoring in community water supply and sanitation: a guide on the methodology for participatory assessment (MPA) for community-driven development programmes ». Banque mondiale, Washington D.C., États-Unis. http://www.wsp.org/UserFiles/file/328200785925_sustainplanningandmonitoring.pdf – Consulté en mars 2010.

Lectures supplémentaires

- van Wijk, C. et Postma, L. (2003). « MPA: A new methodology for participatory monitoring ». Waterlines, Volume 22, n°1, juillet 2003, Londres, Royaume-Uni.
- Reiff, S. (2003). « Using the MPA in Benin ». Waterlines, Volume 22, n°1, juillet 2003, Londres, Royaume-Uni.
- van Wijk-Sijbesma, C. (2002). « The best of two worlds? Methodology for participatory assessment of community water services ». WSP, Université de Wageningen et IRC, Pays-Bas. <http://www2.irc.nl/products/publications/title.php/117> – Consulté en mars 2010.
- Mukherjee, N. (2002). « Planning and monitoring for sustainability and equity ». 28^e Conférence internationale du WEDC, Calcutta, Inde. <http://wedc.lboro.ac.uk/resources/conference/28/Mukherjee.pdf> – Consulté en mars 2010.
- Gross, B., van Wijk, C. et Mukherjee, N. (2001). « Linking Sustainability with demand, gender and poverty: a study in community managed water supply projects in 15 countries ». Banque mondiale-WSP, Washington D.C., États-Unis.

Toute l'information supplémentaire concernant le MPA a été fournie par Nilanjana Mukherjee, consultante indépendante.

[P4] LA PLANIFICATION DES ACTIONS COMMUNAUTAIRES (CAP)

La Planification des actions communautaires (CAP) est une technique interdisciplinaire, collaborative et communautaire. Elle vise notamment à créer et à gérer l'ensemble de l'environnement communautaire construit, ainsi que ses équipements sanitaires.

Tableau récapitulatif

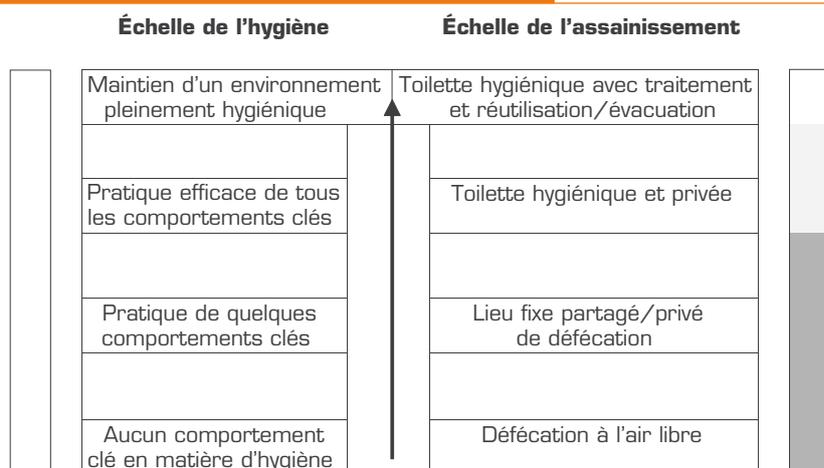
Objectif	Renforcement de l'autonomie des communautés à travers les connaissances.					
Groupe cible	Enfants	<input type="checkbox"/>	Particuliers	<input type="checkbox"/>	Ménages	<input type="checkbox"/>
	Communauté	<input checked="" type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input checked="" type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input checked="" type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input checked="" type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		

Description

Le CAP découle de pratiques de planification communicative développées dans les années 1970. La technique a depuis évolué – et continue à évoluer – à partir d'expériences sur le terrain dans le monde entier. Le CAP fait partie d'un groupe émergent d'approches en matière de « planification communautaire » ou « conception communautaire » qui vise à faciliter la participation des personnes lors de la création et de la gestion de leur environnement construit.

La philosophie sous-jacente du CAP est interdisciplinaire, collaborative et communautaire. On part du principe que les meilleurs environnements sont construits lorsque les communautés locales prennent les rennes et travaillent en étroite collaboration et directement avec un panel de spécialistes. En tant que technique clairement définie, un événement CAP dure de deux à cinq jours et implique un travail de planification de nombreux acteurs qui définit les étapes à suivre afin d'améliorer le futur d'un quartier. Les résultats de cet atelier se traduisent par un plan de développement qui inclut une liste de problèmes prioritaires, de stratégies et de choix visant à pallier auxdits problèmes, ainsi qu'un plan de travail préliminaire identifiant qui fait quoi, quand et comment. L'approche se fonde sur le lien entre les résultats professionnels et techniques et la communauté. Les ateliers devraient toujours être organisés au sein de la communauté afin d'encourager la participation. La principale différence avec l'approche AECM (F3) est que le CAP vise l'ensemble de l'environnement construit, ainsi que les structures et les services urbains de base.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	1988	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	R. Goethert et N. Hamdi, Institut de technologie du Massachusetts, États-Unis.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Le programme pilote a été mis en place au Sri Lanka dans les années 1980 par l'UNICEF et le gouvernement sri lankais.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Sri Lanka, Bangladesh, Chili, Pérou, Kenya, Afrique du Sud et Pologne.		
Expérience jusqu'à présent	L'expérience du CAP au niveau mondial est décrite dans la publication suivante: « Action Planning for Cities, A Guide to Community Practice » de Goethert et Hamdi, 1997.		

Forces et faiblesses

Forces	<p>Le CAP est une procédure exhaustive de planification de l'action visant à élaborer des plans de développement en vue de l'amélioration des environnements.</p> <p>Le CAP vise la résolution de problèmes dans des délais courts.</p> <p>Le CAP encourage la création d'un consensus entre les différents groupes d'intérêts et le renforcement de l'intégration.</p>
Faiblesses	<p>Le CAP s'avère inefficace sans le soutien des institutions locales ou lorsque l'environnement favorable (politiques, règlements, finances...) a un effet négatif.</p> <p>Bon nombre de villes ne jouissent pas d'une autonomie financière et technique visant à soutenir ou à mettre en œuvre le type de prise de décisions suggéré dans le cadre du processus CAP. C'est la raison pour laquelle le CAP ne devrait être pris en compte que dans le cas d'engagements politiques solides visant à fournir des efforts durables et essentiels afin d'avoir un impact positif.</p> <p>En plus des techniques participatives, il est essentiel d'éviter la manipulation et d'assurer le respect des coûts de substitution liés au temps consacré par les membres de la communauté.</p>

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Goethert, R. et Hamdi, N. (1988). «Making Microplans: a Community-based Process in Programming and Development». Intermediate Technology, Londres, Royaume-Uni. Goethert, R. et Hamdi, N. (1997). «Action Planning for Cities – A Guide to Community Practice», John Wiley and Sons, New York, États-Unis.
Évaluations externes publiées	Aucune.
Impacts, résultats et durabilité	Bien que les plans d'action communautaire ne représentent pas des projets d'aménagement approuvés, les autorités municipales sont plus enclines à les soutenir car lesdits plans impliquent de nombreux acteurs et définissent les actions de mise en œuvre. De nombreux donateurs internationaux ont utilisé l'approche CAP dans le cadre de programmes d'amélioration des environnements.
Coût	Les coûts de la planification varient en fonction des pays et du niveau de compétences impliquées. Un évènement CAP de trois à quatre jours peut coûter près de 2 000 dollars (Lüthi, 2009).
Ressources humaines	1. un bon modérateur/facilitateur d'équipe qui soit accepté par la communauté ; 2. un rapporteur qui s'assure que tous les résultats des groupes soient enregistrés de manière structurée ; 3. des experts techniques (en santé, génie, développement social...), autant que nécessaire.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Un évènement CAP peut durer de deux à cinq jours et peut prendre différentes formes telles que des activités hebdomadaires, des conférences «Future Search» ou encore des ateliers de micro-planification.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	Lüthi, C. (2009). Communication personnelle par courrier électronique, 22 juin 2009.
Boîtes à outils ou guides	Wates, N. (1999). «The community planning handbook: How people can shape their cities, towns and villages in any part of the world». Earthscan, Londres, Royaume-Uni.
Lectures supplémentaires	Site Web du Groupe d'intérêt spécial sur les environnements urbains de l'Institut de technologie du Massachusetts, aux États-Unis. Disponible à : http://web.mit.edu/sigus/www/NEW/index.html – Consulté en mars 2010.

Toute l'information supplémentaire concernant le CAP a été fournie par Christoph Lüthi du SANDEC en Suisse.

Partie 2:

LES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION

GROUPE H

Amener un changement de comportement: la promotion de l'hygiène

D'une façon générale, les approches en matière de promotion de l'hygiène peuvent être divisées en deux catégories. D'une part, les approches holistiques qui visent un changement de comportement complet ou « d'hygiène totale ». D'autre part, les approches qui visent un comportement spécifique en matière d'hygiène.

Nous avons identifié huit approches de promotion de l'hygiène aux fins du présent document. Cinq d'entre elles sont considérées comme des approches en matière « d'hygiène totale » et font partie du **Groupe H1**. Les trois autres ciblent un comportement spécifique en matière d'hygiène et sont décrites dans le **Groupe H2**.

[H1] « L'HYGIENE TOTALE » COMMUNAUTAIRE ET PARTICIPATIVE

Cette section se centre sur les approches holistiques en matière d'hygiène et visant un changement de comportement complet ou « d'hygiène totale ». Le terme « hygiène totale » inclut l'évacuation sûre des fèces à travers l'assainissement, le lavage des mains et le traitement domestique de l'eau potable. Celui-ci peut également inclure l'hygiène alimentaire améliorée et l'évacuation sûre des déchets.

L'ensemble des approches de cette section vise à encourager la participation des particuliers dans un processus collectif indépendamment de l'âge, du sexe, de la classe sociale ou du niveau de scolarité. Les méthodes participatives sont davantage adaptées à la planification au niveau communautaire et sont élaborées afin de renforcer l'estime de soi et le sens des responsabilités lors des prises de décisions. En général, ces approches s'avèrent être utiles en termes d'encouragement de la participation des femmes, des enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées qui, dans certaines cultures, sont peu enclins ou n'ont pas les capacités d'exprimer leurs points de vue ou ne savent pas lire et/ou écrire.

POUR PLUS D'INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LES APPROCHES HOLISTIQUES OU D'HYGIÈNE TOTALE VISANT À PROMOUVOIR L'HYGIÈNE VOIR :

Bloomfield, S., Exner, M., Fara, G., Nath, K., Scott, E. et van der Voorden, C. (2009). « The global burden of hygiene-related diseases in relation to the home and community. An IFH expert review ». Disponible à : <http://www.ifh-homehygiene.org/IntegratedCRD.nsf/111e68ea0824afe1802575070003f039/29858aa006faaa22802572970064b6e8?OpenDocument> – Consulté en mars 2010.

[H1.1] LA TRANSFORMATION PARTICIPATIVE DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT (PHAST)

Le PHAST est une méthodologie d'apprentissage participative qui vise à aider les communautés à améliorer les comportements en matière d'hygiène, à réduire les maladies diarrhéiques et à encourager une gestion communautaire efficace des services d'eau et d'assainissement.

Tableau récapitulatif

Objectif	Changement de comportement en matière d'hygiène.					
Groupe cible	Enfants	<input type="checkbox"/>	Particuliers	<input type="checkbox"/>	Ménages	<input type="checkbox"/>
	Communauté	<input checked="" type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input type="checkbox"/>	À l'échelle	<input checked="" type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input checked="" type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		

Description

Le PHAST est avant tout un outil d'aide à la prise de décision qui se fonde sur une approche participative en « sept étapes » visant à faciliter la planification et l'action communautaire. Les sept étapes incluent :

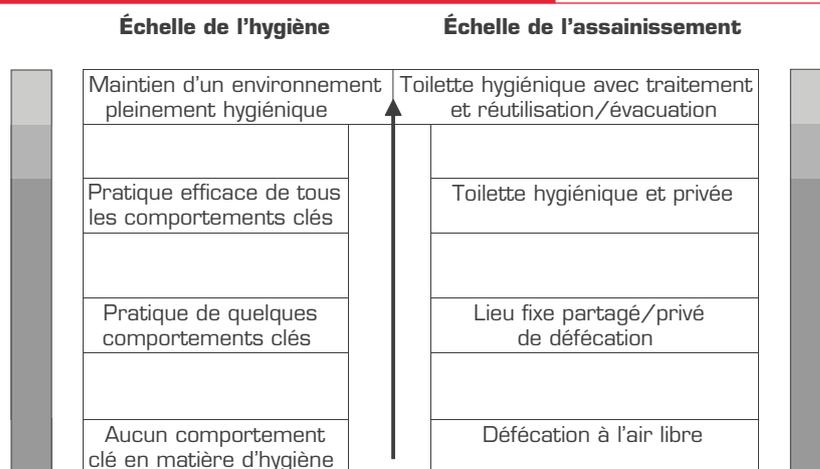
- ▶ l'identification des problèmes ;
- ▶ l'analyse des problèmes ;
- ▶ la planification des solutions ;
- ▶ la sélection des options ;
- ▶ la planification en vue de nouvelles installations et du changement de comportement ;
- ▶ la planification du suivi et de l'évaluation ;
- ▶ l'évaluation participative.

Le PHAST repose sur le principe selon lequel, lorsque les communautés prennent conscience de leur propre situation en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène à travers des activités participatives, elles renforcent leur autonomie et élaborent leurs propres plans visant à améliorer cette situation. Les plans adoptés peuvent inclure la construction et la gestion de nouvelles installations physiques, ainsi que des comportements individuels et collectifs plus sûrs.

Le PHAST se base avant tout sur des outils élaborés afin de couvrir les questions de l'eau, de l'assainissement, du VIH/sida et de la santé en général. Ces outils comprennent une série d'images qui illustrent la situation locale. On demande alors aux groupes de personnes de mettre ces problèmes en relation avec la situation locale (mais jamais avec eux) et ce qu'ils devraient mettre en œuvre afin de résoudre les problèmes qu'ils ont identifié.

Lorsque certaines connaissances individuelles sont requises, un processus appelé vote à l'aide d'un tableau à pochettes est utilisé et permet aux participants de préserver le secret de leur vote. Les résultats sont alors discutés en groupe. Toutefois, un particulier ne devra jamais fournir d'explications concernant son choix.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place 1993 Année de clôture (s'il y a lieu) En cours

Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)

Le Programme pour l'eau et l'assainissement, la Banque mondiale et l'OMS en conjoint avec les partenaires du secteur en Afrique. Le PHAST se base sur le SARAR (estime de soi, force d'association, esprit d'initiative, planification de l'action et responsabilité, voir **approche P2**).

Le PHAST a été piloté pour la première fois au Botswana, au Kenya, en Tanzanie, en Ouganda et au Zimbabwe afin de tester l'utilisation de méthodes participatives de promotion des comportements en matière d'hygiène, d'amélioration de l'assainissement et de gestion communautaire des installations d'eau et d'assainissement.

Genèse de l'approche

Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	La Banque mondiale et l'OMS. Des donateurs bilatéraux tels que le DANIDA, le SIDA, le FINIDA, le NORAD, etc.
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Botswana, Kenya, Ouganda, Tanzanie, Zimbabwe, Afrique du Sud, Ghana, Burkina Faso, Swaziland et Myanmar. Depuis 1994, le PHAST s'inscrit dans le cadre d'un Programme officiel du ministère de la Santé zimbabwéen, ainsi que dans le cadre de programmes d'assainissement en Ouganda et au Kenya.
Expérience jusqu'à présent	Le PHAST a été mis en œuvre dans de nombreux pays avec plus ou moins de succès. Il n'a pas encore été possible de démontrer l'efficacité du PHAST en termes de changement des comportements en matière d'hygiène ou de réduction des maladies diarrhéiques. Les personnes chargées de la mise en œuvre du PHAST et les bénéficiaires ont été fort critiqués pour le caractère « puénil » des méthodes utilisées : des méthodes trop simples sous-estiment le public ciblé. Les facilitateurs doivent être sensibles à chaque situation et à chaque changement au niveau de l'environnement – sans les adaptations requises au niveau de la communauté où la méthode est mise en place, celle-ci risque d'être jetée aux oubliettes.

Forces et faiblesses

Forces	<p>Le PHAST est extrêmement enrichissant tant pour les membres de la communauté que pour les travailleurs communautaires et ce, grâce notamment à la participation des communautés dans la planification et la mise en place de leurs projets, ainsi qu'aux techniques participatives. Les communautés acquièrent la confiance et la responsabilité nécessaires afin de mettre en place leurs propres projets et d'avoir leur mot à dire sur ce qu'ils veulent ou ne veulent pas.</p> <p>La participation efficace de la communauté lors du suivi et de l'évaluation est nécessaire afin de s'assurer que les services mis en place répondent aux besoins de la communauté et qu'une rétroaction directe et essentielle soit fournie en vue de modifier les activités selon les besoins.</p> <p>Les travailleurs communautaires formés en matière de techniques participatives, avec une orientation et une gestion propres, peuvent s'avérer un atout durable pour le programme et la communauté (Banque mondiale, 2008).</p> <p>L'utilisation d'images et les activités à la troisième personne permettent aux communautés de partager des informations et de planifier de telle sorte que les personnes analphabètes ne soient pas désavantagées et que les individus puissent exprimer leurs sentiments sans avoir à s'exposer.</p>
Faiblesses	<p>Le PHAST requiert une formation des travailleurs en matière de techniques participatives. Cette formation dure en moyenne deux semaines et doit être régulièrement suivie de cours de recyclage.</p> <p>L'identification et la sélection des travailleurs communautaires est cruciale. En général, il est nécessaire de sélectionner des travailleurs communautaires expérimentés pour la formation. Cette sélection peut toutefois donner lieu à différents problèmes potentiels tels que :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ l'adaptation difficile des travailleurs communautaires expérimentés aux approches participatives ;▶ les travailleurs communautaires doivent faire preuve de certains traits de caractère dans le cadre de l'approche PHAST : ils doivent être extravertis et savoir comment la communauté répondra aux outils participatifs afin d'apporter les changements nécessaires lors de la mise en œuvre. <p>Le PHAST requiert une structure importante de gestion. Celle-ci est réalisable dans le cadre de projets locaux mais pose des problèmes lors du passage à l'échelle.</p> <p>L'utilisation des outils PHAST exige beaucoup de temps et les communautés bénéficiaires doivent être disponibles afin de compléter les exercices participatifs. Cela imposerait un fardeau si ce point n'a pas été discuté avec les communautés à l'avance.</p> <p>Ces faiblesses peuvent se traduire par un usage incorrect du PHAST et l'inefficacité de l'approche.</p>

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	<p>Lilonde, R. (sans date). «PHAST Overview». WSP-EA, Banque mondiale. http://www.wsp.org/UserFiles/file/319200741517_PHASToverview.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>WSP (1998). «Prospective Review Of PHAST». WSP-Banque mondiale. http://www.wsp.org/UserFiles/file/319200741041_participatoryhygieneandsanitationpdf.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
Évaluations externes publiées	<p>Biran, A. (2008) «Hygiene promotion, social marketing and the IRC». LSHTM, Londres, Royaume-Uni.</p> <p>Malebo, H.M. et al. (2007). «Evaluation of performance of the PHAST strategy in Tanzania. Focusing on Effectiveness and Sustainability of Water, Sanitation and Hygiene Activities in Four Districts of Mainland Tanzania». WaterAid, UNICEF, WSP et le ministère de la Santé et du Bien-être de Tanzanie.</p>
Impacts, résultats et durabilité	<p>Une évaluation initiale menée par le WSP en 1998 a indiqué que le PHAST fonctionne et est efficace en termes de promotion de comportements durables en matière d'hygiène et d'amélioration de l'assainissement. Toutefois, Malebo et al. (2007) ont souligné qu'en Tanzanie, où le PHAST a été utilisé depuis plus de huit ans, l'approche est un outil efficace en termes de diffusion de messages clés en matière de santé et bien moins efficace en termes de changement de comportements en matière d'hygiène.</p> <p>En outre, Biran (2008) a indiqué que le PHAST n'a pas été soumis à une évaluation rigoureuse, qu'il se fonde essentiellement sur les compétences des facilitateurs et que le passage à l'échelle présente de nombreux obstacles. Les conditions sur le terrain signifient généralement que le PHAST est mis en œuvre de manière sous-optimale et se traduit par une série d'activités qui se déroulent au niveau de la communauté plutôt que par un processus de changement piloté par la communauté.</p>
Coût	<p>Malebo et al. (2007) estiment que le coût par habitant s'élève à 3,83 dollars en Tanzanie tandis que Sugita (2006) explique que le coût annuel (de quatre programmes utilisant le PHAST en Ouganda) s'élevait à 0,49 dollars par habitant.</p>
Ressources humaines	<p>Sa mise en place requiert de nombreuses ressources en termes d'engagement, de ressources humaines (et de soutien financier). Le coût actuel n'est pas mentionné.</p>
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	<p>L'utilisation des outils PHAST exige un temps considérable. Le temps actuel requis n'est pas mentionné.</p>

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	<p>Banque mondiale (2008). Pages Web sur les Approches en matière de promotion de l'hygiène du Guide de ressources sur l'assainissement, l'hygiène et le traitement des eaux usées – Consulté en mars 2010.</p>
Boîtes à outils ou guides	<p>Sawyer, R., Simpson-Hébert, M. et Wood, S. (1998). «PHAST Step-by-Step Guide: a participatory approach for the control of diarrhoeal disease». WSP/Banque mondiale, PNUD et OMS, Genève, Suisse. http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene – Consulté en mars 2010.</p>
Lectures supplémentaires	<p>Sasaki, S., Nyirenda, F., Mulenga, P. et Suzuki, H. (2006) «Participatory approach to promote hygiene and sanitary practice in informal-urban areas, Lusaka, Zambia». 32^e Conférence internationale du WEDC, Colombo, Sri Lanka.</p> <p>Sugita, E. (2006). «PHAST: Experiences and lessons from Uganda». WSP-Afrique, Nairobi, Kenya.</p> <p>Waterkeyn, A. et Waterkeyn, J. (2004). «Taking PHAST the Extra Mile Through Community Health Clubs». Rapport soumis au WSP-EA/Banque mondiale.</p> <p>Simpson-Hebert, M., Sawyer, R. et Clarke, L. (1997). «The PHAST Initiative: Participatory Hygiene and Sanitation Transformation – A new approach to working with communities». WSP/Banque mondiale, PNUD et OMS. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_EOS_96.11.pdf – Consulté en mars 2010.</p>

Toute l'information supplémentaire concernant le PHAST a été fournie par Anthony Waterkeyn d'Africa AHEAD, au Zimbabwe.

[H1.2] LA FORMATION DES ENFANTS À L'HYGIÈNE ET À L'ASSAINISSEMENT (CHAST)

Le CHAST est une approche développée il y a peu afin de promouvoir les bonnes pratiques en matière d'hygiène des enfants des zones rurales de Somalie. Le CHAST se fonde sur l'approche PHAST et met en pratique une série d'exercices et de jeux éducatifs afin d'enseigner aux enfants les liens directs entre l'hygiène personnelle et une bonne santé.

Tableau récapitulatif

Objectif	Changement de comportement en matière d'hygiène.					
Groupe cible	Enfants	<input checked="" type="checkbox"/>	Particuliers	<input type="checkbox"/>	Ménages	<input type="checkbox"/>
	Communauté	<input type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input type="checkbox"/>	Urbain informel	<input type="checkbox"/>
	Pilote	<input checked="" type="checkbox"/>	En expansion	<input type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		

Description

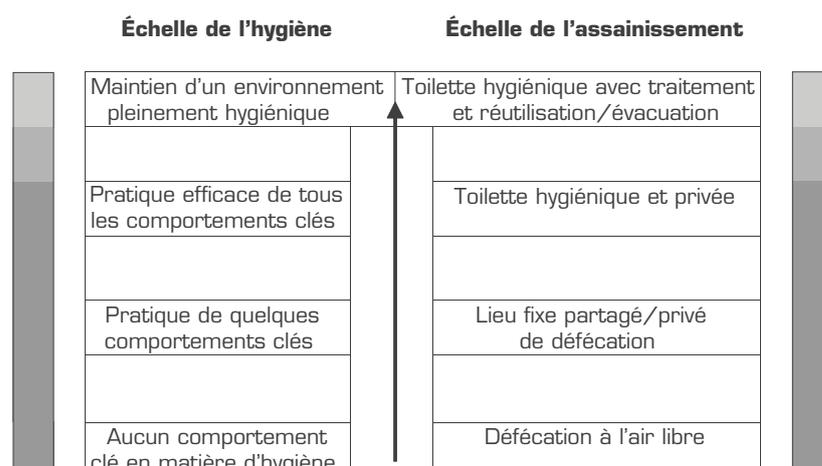
Le CHAST part du principe que les pratiques en matière d'hygiène personnelle sont généralement acquises au cours de l'enfance – et il est plus facile de changer les habitudes des enfants que celles des adultes. Étant donné le fait que l'approche PHAST a été élaborée dans un premier temps pour les adultes, celle-ci a été soigneusement révisée et adaptée afin de répondre aux besoins des enfants. Les enfants sont par nature plus curieux et ont soif de connaissances car leurs connaissances et leur expérience sont moins nombreuses, ils ont moins de responsabilités et ont une conception différente du temps et de l'avenir.

L'approche CHAST tire profit de ces qualités naturelles. Le CHAST encourage les enfants à participer de manière active à des discussions et ouvertes et, si possible, à partager leurs expériences et leurs idées avec leurs pairs.

Lors des exercices CHAST, les enfants sont encouragés à travailler de manière indépendante par deux ou en petits groupes et à présenter leurs idées et résultats au groupe en général. Les outils CHAST s'efforcent avant tout d'être ludiques – incluant des jeux, des exercices et des jeux de rôle qui invitent les enfants à discuter et à vraiment comprendre les problèmes clés liés à la propreté et à l'hygiène personnelles.

Le CHAST est étroitement lié à l'approche PHAST et utilise des méthodes participatives semblables. Les facilitateurs PHAST ne nécessitent qu'une formation minimale visant à comprendre les exigences spécifiques des enfants en matière d'apprentissage et à se familiariser avec les principaux outils et méthodes CHAST.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	2002	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	SwissGroup/Caritas Suisse/Luxembourg Somalie		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Union européenne et le gouvernement suisse et luxembourgeois.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Somalie, Kenya, Soudan du Sud.		
Expérience jusqu'à présent	« Le CHAST est une bonne approche en termes d'éducation participative en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène, incluant le développement de comportements améliorés tant chez les enfants de tous âges que chez leurs parents, par ricochet. Aucune étude n'a été menée à ce jour afin de déterminer la rentabilité, les défis et les coûts en termes de réplique et de passage à l'échelle ». (Beth Karanja, NETWAS, Kenya par courrier électronique).		

Forces et faiblesses

Forces	Inconnue à ce jour. Similaire au PHAST.
Faiblesses	Inconnue à ce jour. Similaire au PHAST.

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Aucune.
Évaluations externes publiées	Aucune.
Impacts, résultats et durabilité	Données insuffisantes.

Preuves de l'efficacité

Coût Données insuffisantes.

Ressources humaines Données insuffisantes.

Temps nécessaire pour compléter l'intervention Données insuffisantes.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information de Vreede, E. (2004). «CHAST Children's Hygiene and Sanitation Training. School Sanitation and Hygiene Education Symposium: The Way Forward: Construction is not enough». IRC, Delft, Pays-Bas. <http://www.irc.nl/page/13170> – Consulté en mars 2010.

Boîtes à outils ou guides Bockhorn-Vonderbank, M. (2003). «Children's Hygiene and Sanitation Training: A Practical Guide». Caritas Luxembourg/Caritas Suisse (SwissGroup). <http://ochaonline.un.org/OchaLinkClick.aspx?link=ocha&docId=1108772> – Consulté en mars 2010.

Lectures supplémentaires Aucune.

Toute l'information supplémentaire concernant le CHAST a été fournie par Beth Karanja, NETWAS, au Kenya.

[H1.3] LES CLUBS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES (CSC)

Les Clubs de santé communautaires (CSC) sont des organisations sans but lucratif, volontaires et communautaires et mis en place afin de fournir un forum visant à partager des informations et des bonnes pratiques liées à l'amélioration de la santé des familles. La taille et la composition de ces clubs sont très variées, allant de 40 à 200 personnes dont des hommes, des femmes et des enfants de tous les niveaux d'éducation, et sont facilités par un travailleur de la santé formé aux activités participatives de promotion de la santé.

Tableau récapitulatif

Objectif	Changement de comportement en matière d'hygiène.					
Groupe cible	Enfants	<input checked="" type="checkbox"/>	Particuliers	<input checked="" type="checkbox"/>	Ménages	<input checked="" type="checkbox"/>
	Communauté	<input checked="" type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input checked="" type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		

Description

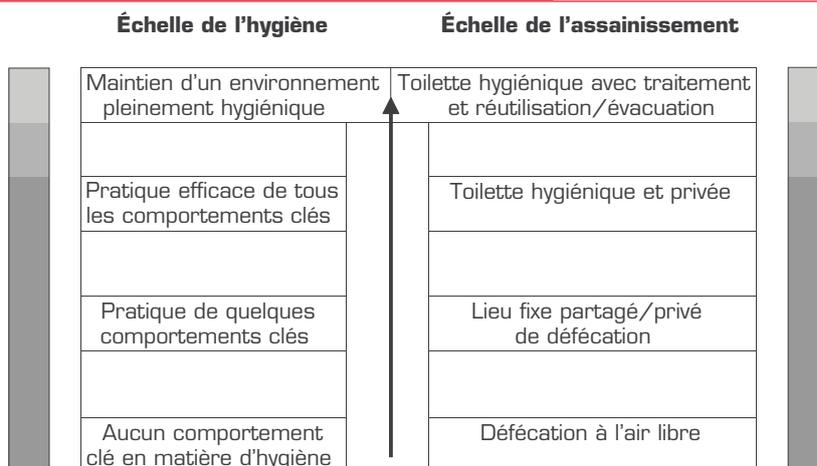
Les Clubs de santé communautaires (CSC) visent à promouvoir une « culture de la santé » là où une vie saine est fortement mise en valeur et à amener un changement de comportement à travers l'influence exercée par les pairs ou le souhait de se conformer. La principale activité se traduit par des réunions régulières afin d'apprendre et de discuter des façons d'améliorer l'hygiène des ménages et de la communauté. Les réunions s'organisent en séances sur base d'un système d'adhésion qui est ouvert à tous les membres de la communauté indépendamment de l'âge, du sexe, du niveau de scolarité ou d'une déficience. Les séances sont facilitées par un travailleur formé de la santé publique ou par un facilitateur formé de la communauté ciblée. Étant donné le fait que les femmes sont davantage concernées par les questions sanitaires, elles suivent généralement une formation de facilitatrices et sont l'âme des CSC.

Les réunions hebdomadaires des CSC peuvent aborder près de 30 sujets différents sur une période de six mois. Chaque séance encourage la participation active de tous les membres inscrits et la mise en pratique des nouvelles connaissances acquises au sein de leurs foyers à travers des pratiques hebdomadaires recommandées ou des devoirs. Ces derniers peuvent inclure de simples modifications telles que le recouvrement des eaux stockées ou l'utilisation d'une louche, ainsi que des défis plus exigeants tels que la construction de latrines ou la protection des sources d'eau communales. Ces changements progressifs sont atteints à travers l'encouragement de dialogues entre les membres des CSC en vue d'induire des changements au niveau des normes et des valeurs liées aux pratiques WASH.

Tous les membres reçoivent une carte de membre qui dresse une liste des sujets couverts et des pratiques recommandées qui devront être mises en place au sein de leurs foyers. Ce point est essentiel car il procure un sentiment d'identité et encourage d'autres personnes à se joindre à eux tout en identifiant des objectifs d'apprentissage, en servant d'outil de suivi pour les directeurs de programme et en empêchant les intrus de cueillir des lauriers non mérités. Des certificats de présence sont remis à chaque membre qui participe à toutes les séances de promotion de la santé et met en œuvre toutes les pratiques recommandées au sein de son foyer. Ces certificats confèrent un statut social élevé et visent à encourager les membres à compléter les étapes de promotion de la santé.

Même si les CSC sont prêts à s'inscrire dans des initiatives de développement plus importantes qui ne sont pas nécessairement liées à la promotion de l'hygiène, ceux-ci représentent une première étape importante visant à renforcer la compréhension et le consensus de la communauté. Les CSC se traduisent de plus en plus par des organisations communautaires (OC) et représentatives qui jouissent d'un leadership de confiance et mis à l'épreuve, gèrent des ressources importantes et mettent en place les systèmes de suivi nécessaires.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	1994	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	L'ONG zimbabwéenne Applied Health Education and Development (AHEAD). District de Makoni, au Zimbabwe.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Ministère du Développement international (DFID, Royaume-Uni) et DANIDA.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Zimbabwe, Sierra Leone, Guinée-Bissau, Ouganda, Afrique du Sud et Éthiopie.		
Expérience jusqu'à présent	L'approche n'a été utilisée qu'en Afrique mais elle s'est avérée efficace et fonctionne dans le cadre de nombreuses structures et contextes sociaux de zones rurales africaines. Les CSC ont été mis en œuvre de manière efficace dans le cadre de projets WASH «courants» (au Zimbabwe, en Éthiopie et en Afrique du Sud), de camps de personnes déplacées (IDP) (en Ouganda), de pays sortant de conflits (en Sierra Leone), de projets de santé maternelle et infantile (en Guinée-Bissau), et plus récemment dans le cadre d'environnements informels (en Afrique du Sud).		

Forces et faiblesses

Forces	<p>Les bénéfices pour les membres des CSC sont divers et incluent un accroissement de l'apprentissage, un statut social plus élevé (en particulier pour les femmes) et des opportunités de participer à des activités rémunératrices liées à une meilleure santé. En outre, les autres membres des familles sont également bénéficiaires à travers les participants.</p> <p>Les CSC renforcent l'autonomie et le statut des femmes au sein de leurs familles et de la communauté. Le succès ne dépend pas nécessairement du niveau d'alphabétisation des participants.</p> <p>Les CSC ont un effet renversant au niveau social – l'hypothèse selon laquelle les CSC renforcent le capital social d'une communauté, un des éléments essentiels du succès des initiatives de développement durables, est actuellement à l'étude.</p> <p>Les CSC s'avèrent efficaces à tous les niveaux de l'échelle de l'hygiène et de l'assainissement car ils se concentrent sur le dialogue communautaire et la création d'une unité commune visant à améliorer les pratiques en matière de santé au sein d'une communauté.</p> <p>L'utilisation du suivi communautaire des progrès vise à encourager le soutien social et à renforcer l'adoption des pratiques recommandées.</p>
---------------	--

Forces et faiblesses

Faiblesses	<p>Dans certains cas, les donateurs imposent une éducation sanitaire d'une durée de six mois car ils préféreraient voir des améliorations au niveau des infrastructures.</p> <p>Les hommes ne participent pas toujours de manière active, du moins durant les premières étapes de l'adhésion, ce qui met à mal l'adoption des pratiques recommandées et limite leur voix et leur participation au sein des projets de développement communautaire.</p> <p>La durabilité du projet peut être restreinte dû à l'embauche de membres compétents de la communauté par l'agence de mise en œuvre car la responsabilité liée à l'embauche et à la rémunération des facilitateurs doit être soutenue à long terme.</p> <p>Le facilitateur décide ou non d'impliquer les jeunes. C'est la raison pour laquelle des projets CSC en milieu scolaire doivent être mis en place en parallèle.</p>
-------------------	---

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	<p>Waterkeyn, J. et Cairncross, S. (2005). «Creating demand for sanitation and hygiene through Community Health Clubs: a cost-effective intervention in two districts of Zimbabwe». 61. <i>Social Science & Medicine</i>. p. 1958-1970 http://africaahead.org/wp-content/uploads/2008/01/creating-demand-for-sanitation-and-hygiene-through-chc_cost-effective-in-zimbabwe_waterkeyn_cairncross_2005.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Sidibe, M. et Curtis, V. (2002) «Hygiene Promotion in Burkina Faso and Zimbabwe: New Approaches to Behaviour Change». Note de terrain n°7 de la Série Or bleu, Programme pour l'eau et l'assainissement – Région Afrique, Nairobi. http://www.wsp.org/UserFiles/file/af_bg_bf-zm.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
Évaluations externes publiées	<p>Poverty-Environment Partnership (2008). «Placing Environmental Health on Countries' Development Agendas». Poverty-Environment Partnership, Document interinstitutions. http://www.unpei.org/PDF/Pov-Health-Env-CRA.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
Impacts, résultats et durabilité	<p>Deux ans après le lancement, 2 400 latrines ont été construites à Makoni et à Tsholotsho au Zimbabwe. La couverture des latrines a atteint 43% en comparaison avec les 2% de la zone de contrôle (Waterkeyn et Cairncross, 2005). Les 57% restants – les membres du Club de Tsholotsho qui ne disposent pas de latrines – pratiquaient l'enfouissement des fèces, une méthode qui auparavant leur était inconnue. D'autres indicateurs substitutifs, tels que le recouvrement des eaux stockées, le lavage des mains avec du savon et l'amélioration des latrines, étaient également très répandues.</p> <p>Impacts : L'hygiène des membres des Clubs différait fortement de celle d'un groupe de contrôle qui incluait 17 pratiques essentielles en matière d'hygiène, dont le lavage des mains. Ceci indiquait que dans le cas où une structure communautaire solide est mise en place et que les normes de la communauté sont modifiées, les comportements en matière d'assainissement et d'hygiène ont tendance à s'améliorer (Waterkeyn et Cairncross, 2005). Waterkeyn (2009) explique également qu'aucun cas de choléra n'a été rapporté dans le district zimbabwéen de Makoni (où les CSC sont actifs depuis 1994) lors de la poussée épidémique de choléra.</p> <p>Durabilité : Une fois que les CSC fondés sur la promotion de la santé se convertissent en OC, celles-ci nécessitent un niveau initial de soutien et de mentorat. Toutefois, au fil du temps, elles peuvent devenir entièrement indépendantes de tout suivi ou aide extérieure. Les CSC du district zimbabwéen de Makoni fournissent d'autres preuves de la durabilité des pratiques adoptées par les membres, ainsi que des initiatives de développement qu'ils ont mis en œuvre, incluant la création d'un centre communautaire pour les réunions et la vente de biens élaborés par les membres et visant à aider les membres vulnérables de la population (Waterkeyn, 2009).</p>
Coût	<p>Le coût calculé est de 0,52 dollars par personne par an (Sidibe et Curtis, 2002). Une fois que les Clubs de santé communautaires ont été mis en place, ils peuvent continuer à dépendre des dépenses nominales avec un minimum de suivi. Ainsi, le coût par habitant diminue au fil du temps (AHEAD Afrique, sans date).</p>

Preuves de l'efficacité

Ressources humaines	Varie d'un projet à l'autre et de la méthode de mise en œuvre. Dans le cas des agents de vulgarisation formés du ministère de la Santé, comme dans le cas du Zimbabwe (Agents d'hygiène de l'environnement), ces derniers mèneront les séances sur l'hygiène et suivront les progrès des membres inscrits. Dans le cas d'une approche « communautaire », les facilitateurs compétents de chaque communauté ciblée sont chargés de la mise en œuvre et du suivi.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Au moins six mois sont nécessaires afin de compléter la phase de promotion de l'hygiène. Toutefois, les expériences ont démontré que l'obtention de diplômes et l'adhésion des membres d'une communauté ou d'une zone ciblée peut durer jusqu'à quatre ans (Waterkeyn et Cairncross, 2005).

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	AHEAD Afrique (sans date). Page d'accueil [en ligne] disponible à : http://www.africaahead.org/tag/health-clubs/ – Consulté en mars 2010. Waterkeyn, A. (2009). Communication personnelle.
Boîtes à outils ou guides	USAID/HIP (2009). «WASH Training Package for the Prevention of Diarrheal Disease: Guide for Training Outreach Workers». USAID/HIP, AED, Washington D.C., États-Unis. Bureau de Santé du gouvernement régional d'Amhara (2005). «Woreda Resource Book; Community-Led Total Behavior Change in Hygiene and Sanitation. The Amhara Experience in Line with the Health Extension Program». Bureau de Santé du gouvernement régional d'Amhara soutenu par le WSP, l'USAID et le HIP. http://www.wsp.org/UserFiles/file/Amhara_Woreda_Community_Led_Sanitation_Hygiene.pdf – Consulté en mars 2010. Favin, M., Naimoli, G. et Sherburne, L. (2004). «Improving Health through Behavior Change, A Process Guide on Hygiene Promotion». Publication conjointe n°7. USAID, PLAN et OMS, Washington D.C., États-Unis. http://www.ehproject.org/PDF/Joint_Publications/JPO07-CIMCIPProcessGuideWeb.pdf – Consulté en mars 2010.
Lectures supplémentaires	Waterkeyn, J., Matimati, R. et Muringaniza, A. (2009). «Scaling up the Community Health Club Model to meet the MDGs for sanitation in rural and urban areas: Case Studies from Zimbabwe and Uganda». Études de cas présentées dans le cadre de la Conférence de l'IWA, Mexico, Mexique. http://www.africaahead.org/wp-content/uploads/2010/01/Zim-Case-Study.pdf – Consulté en mars 2010. Rosenfeld, J. et Waterkeyn, J. (2009). «Using Cell Phones to Monitor and Evaluate Behavior Change Through Community Health Clubs in South Africa». 34 ^e Conférence internationale du WEDC, Addis Ababa, Éthiopie. http://wedc.lboro.ac.uk/resources/conference/34/Rosenfeld_J_-_192.pdf – Consulté en mars 2010. Barebwoha, G. (2007). «Girl's education movement (GEM) clubs in promoting water, sanitation and hygiene in schools». Document présenté lors du Congrès national des femmes leaders sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène: de la vision à l'action. L'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) pour tous (From Vision To Action; WASH for All). Kampala, Ouganda, 2007. http://www.wsscc.org/fileadmin/files/pdf/publication/GEM_clubs.pdf – Consulté en mars 2010. Okot, P., Kwame, V., et Waterkeyn, J. (2005). «Rapid Sanitation Uptake in the Internally Displaced People Camps of Northern Uganda through Community Health Clubs». 31 ^e Conférence internationale du WEDC, Kampala, Ouganda. Waterkeyn, J et Waterkeyn, A (2000). «Demand led sanitation in Zimbabwe». 26 ^e Conférence internationale du WEDC, L'eau, l'assainissement et l'hygiène: les défis du Millénaire, Dhaka, Bangladesh. Mathew, B. et Mukuwe, R. (1999). «Health Clubs – Hygiene Education in Bikita IRWSP». 25 ^e Conférence internationale du WEDC, Addis Ababa, Éthiopie. Fisher, J. (sans date). «The Consensus Approach: Health promotion through Community Health Clubs». Note d'information 38). WELL, Royaume-Uni http://www.lboro.ac.uk/well/resources/Publications/Briefing%20Notes/BN%2038%20Consensus.htm – Consulté en mars 2010.

Toute l'information supplémentaire concernant les CSC a été fournie par Anthony Waterkeyn et Jason Rosenfeld, AHEAD Afrique, au Zimbabwe.

[H1.4] WASH DANS LES ÉCOLES

L'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) dans les écoles (appelée à l'origine l'assainissement en milieu scolaire et l'éducation à l'hygiène [SSHE]) vise à fournir aux enfants un environnement d'apprentissage sain et efficace et à changer les comportements en matière d'hygiène des écoliers. L'approche reconnaît et se fonde sur les aptitudes des enfants à agir en tant qu'agents de changement au sein d'une communauté.

Tableau récapitulatif

Objectif	Changement de comportement en matière d'hygiène.					
Groupe cible	Enfants	<input checked="" type="checkbox"/>	Particuliers	<input type="checkbox"/>	Ménages	<input type="checkbox"/>
	Communauté	<input checked="" type="checkbox"/>	Écoles	<input checked="" type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input checked="" type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input checked="" type="checkbox"/>		

Description

WASH dans les écoles est une approche holistique qui englobe tant la fourniture d'équipement que les stratégies participatives et de promotion nécessaires pour amener des changements de comportement en matière d'hygiène des élèves et, à travers ces derniers, de l'ensemble de la communauté. Les équipements sont définis comme «un paquet complet de conditions et d'installations sanitaires disponible au sein de l'environnement scolaire». Les stratégies participatives et de promotion sont définies comme «les activités visant à promouvoir des conditions au sein des écoles et l'adoption de pratiques par le personnel scolaire et les enfants afin d'aider à prévenir les maladies liées à l'eau et à l'assainissement».

L'approche reconnaît qu'un écolier qui comprend les avantages de bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement est un messager qui transmet ces messages bien au-delà des limites de l'école et un agent d'amélioration durable non seulement de sa santé ou de son bien-être mais également de celle de sa famille et de l'ensemble de la communauté.

Les interventions en matière d'assainissement en milieu scolaire et d'éducation à l'hygiène dépendent du contexte. Un programme WASH dans les écoles efficace inclut généralement les activités suivantes :

- ▶ une formation de formateurs ou une orientation de la communauté et des groupes de parents, tels que le comité d'administration des écoles, les associations parents-enseignants, ainsi que les groupes d'entraide ;
- ▶ les parents (riches ou pauvres, les enseignants et les groupes communautaires se mettent d'accord sur les technologies, l'élaboration et la rémunération sur base d'outils participatifs ;
- ▶ une enquête de référence ou une étude portant sur l'école ;
- ▶ la préparation des plans en matière d'eau et d'assainissement (WATSAN) et de la contribution de la communauté ;
- ▶ la formation des enseignants en chef à travers la fourniture de plans de leçon et de matériel ;
- ▶ l'enseignement en salle de classe, par exemple, une heure par semaine ;
- ▶ des clubs scolaires d'enfants actifs au sein des écoles, des foyers et de la communauté ;
- ▶ la construction de points d'eau, de toilettes et d'urinoirs et d'installations de lavage des mains et de stockage de l'eau ;
- ▶ l'utilisation et le maintien continus des installations et le suivi dans les écoles.

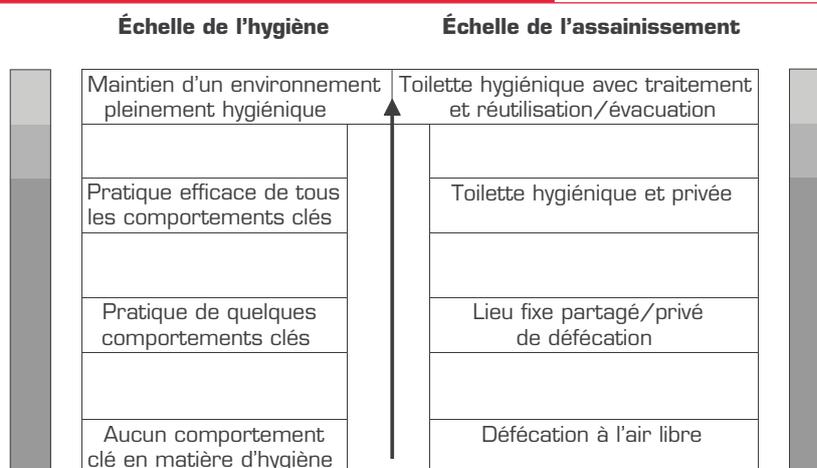
Description

Lorsque les conditions mentionnées ci-dessus ont été mises en place, un programme WASH dans les écoles efficace présente les caractéristiques importantes suivantes :

- ▶ un environnement scolaire physique sain ;
- ▶ des enfants actifs et organisés ;
- ▶ la participation de la communauté et des parents au programme ;
- ▶ un personnel scolaire formé et engagé (actif) ;
- ▶ une éducation à l'hygiène amenant un changement de comportement en matière de santé ;
- ▶ la construction d'installations ;
- ▶ l'utilisation correcte et le maintien des installations d'eau et d'assainissement ;
- ▶ des liens forts avec les foyers et la communauté.

Certains pays ont lancé des programmes «Écoles amies du WASH» qui ont identifié des normes qui devront être respectées par les écoles. Ces programmes disposent également de comités d'évaluation officiels qui déterminent si une école est prête à recevoir le label tant convoité.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place 1998 **Année de clôture (s'il y a lieu)** En cours

Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand) Le Centre international de l'eau et de l'assainissement (IRC), L'UNICEF et l'OMS. Piloté dans six pays dont le Burkina Faso, la Colombie, le Népal, le Nicaragua, le Vietnam, et la Zambie.

Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu) Le DFID, le DGIS-SNV, l'USAID, l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale.

Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent Plusieurs pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine.

Expérience jusqu'à présent La mise en place d'un partenariat efficace de diverses parties prenantes est essentielle au succès du programme WASH dans les écoles. À titre d'exemple, le ministère de l'Éducation de chaque pays se charge des écoles dans le cadre de son système d'éducation publique. Toutefois, les installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement dépendent d'un autre ministère. C'est la raison pour laquelle un plaidoyer de haut niveau est généralement nécessaire au même titre que la coordination et la collaboration entre le ministère de l'Éducation et les autres partenaires. La coopération entre les différents secteurs est essentielle au succès du programme WASH dans les écoles. Une coordination et une collaboration inadéquates sont responsables de nombreux échecs (IRC/UNICEF, 2007).

Forces et faiblesses

Forces	<p>Le programme se fonde sur des réseaux existants dans les écoles de chaque pays, ainsi que sur la participation des enfants, des enseignants et des parents afin d'amener un changement de comportement.</p> <p>Le programme a un impact direct sur les écoliers, en particulier les filles, et un impact indirect sur l'ensemble de la communauté.</p>
Faiblesses	<p>Il s'agit d'une approche moyennement coûteuse. Les enseignants nécessitent une formation en matière de promotion de l'hygiène et de l'assainissement, ainsi que du matériel de formation. Le programme inclut également la fourniture d'équipements – qui peuvent inclure de nouvelles toilettes ou de nouvelles installations de lavage des mains. Il est évident que les dépenses augmenteront car les coûts de l'approche incluront la construction de matériel, la main d'œuvre et la gestion de la construction. Si l'équipement est déjà en place, il est évident que les coûts diminueront sensiblement.</p>

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	<p>Shordt, K., Snel, M., Cairncross, S., Biran, A. et Schmidt, W. (2008). «Summary of results of the study on the impact and sustainability of WASH in schools research: Kenya and Kerala, 2006-2007». NETWAS Réseau pour l'eau et l'assainissement, Nairobi, Kenya ; École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres (LSHTM) et IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement, Delft, Pays-Bas. http://www.irc.nl/page/48277 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Bolt, E., Shordt, K. et Krukkert, I (2006). «School Sanitation and Hygiene Education Results from the assessment of a six-country pilot project». IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement, Delft, Pays-Bas. http://www.schoolsanitation.org/Resources/Readings/UNICEF6Country.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Snel, M. (2003). «School Sanitation and Hygiene Education». Article d'aperçu thématique. IRC. http://www.irc.nl/redir/content/download/4331/51919/file/sshe.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
Évaluations externes publiées	<p>Aucune.</p>
Impacts, résultats et durabilité	<p>Bolt et al. (2006) indiquent que l'étude menée dans six pays sur l'assainissement en milieu scolaire par l'UNICEF a démontré que dans l'ensemble des cas les écoles du projet affichaient de meilleurs résultats que les écoles de contrôle et ce, à tous points de vue.</p> <p>Les impacts considérables décrits par Shordt et al. (2008) se traduisent par des classes où davantage de filles se lavent les mains et des toilettes plus fréquentées. Les personnes, en général les mères des communautés de l'intervention avaient deux fois plus de probabilités d'avoir du savon dans les toilettes que dans les communautés de contrôle (68% contre 34%). Toutefois, le savon était peu utilisé pour le lavage des mains dans les écoles – au Kenya et au Kerala, seul deux pour cent des enfants utilisaient du savon pour se laver les mains.</p>
Coût	<p>Dans l'étude pilote de l'UNICEF (1999-2003) menée dans six pays, le coût du programme WASH s'élevait de 1 400 à 16 000 dollars par école et de 2,4 à 16 dollars par enfant sur une période de cinq ans (IRC, 2007).</p>
Ressources humaines	<p>Requiert une formation des enseignants au sein de chaque école afin d'être efficace.</p>
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	<p>Données insuffisantes.</p>

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	<p>Site Web du WASH dans les écoles. IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement, Delft, Pays-Bas. Site Web disponible à : http://www.irc.nl/page/114 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Site Web de la Boîte à outils sur l'hygiène, l'assainissement et l'eau en milieu scolaire. UNICEF/IWSC/WB (Fonds des Nations Unies pour l'enfance/ Centre international de l'eau et de l'assainissement/Banque mondiale) (2005). Site Web disponible à : www.schoolsanitation.org – Consulté en mars 2010.</p>
Boîtes à outils ou guides	<p>Adams, J., Bartram, J., Chartier, Y. et Sims, J. (2009). «Water, sanitation and hygiene standards for schools in low-cost settings». Organisation mondiale de la Santé (OMS), Genève, Suisse. Disponible à : http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wsh_standards_school/en/index.html – Consulté en mars 2010.</p> <p>Snel, M. et Mooijman, A. (2009). «Water, Sanitation and Hygiene in Schools –South Asia Manual». UNICEF, Genève et IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement, Delft, Pays-Bas.</p> <p>IRC/UNICEF (2007). «Towards Effective Programming for WASH in Schools: A manual on scaling up programmes for water, sanitation and hygiene in schools». IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement, Delft, Pays-Bas. http://www.irc.nl/page/37479 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Shordt, K. et Snel, M. (2006). «SSHE Handbook for Managers». UNICEF Inde et IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement, Delft, Pays-Bas.</p> <p>Snel, M. et Shordt, K. (2006). «SSHE Handbook for Teachers». UNICEF Inde et IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement, Delft, Pays-Bas.</p> <p>Khamal, S., Mendoza, R., Phiri, C., Rop, R., Snel, M. et Sijbesma, C. (2005). «Participatory lesson plans on hygiene, sanitation, water, health and the environment». ISBN : 90-6687-0532.</p> <p>Banque mondiale (2005). «Toolkit on Hygiene, Sanitation and Water in Schools». http://www.schoolsanitation.org/ – Consulté en mars 2010.</p>
Lectures supplémentaires	<p>Mooijman, A. et Zomerplaa, J. (2005). «Child-friendly hygiene and sanitation facilities in schools. Indispensable to effective hygiene education». ISBN : 90-6687-050-8.</p> <p>Snel, M., Shordt, K. et Tibatemwa, S. (2005). «Critical issues regarding the planning of school sanitation and hygiene education (SSHE) programmes in India». 31^e Conférence internationale du WEDC, «Optimiser les bénéfices de l'eau et de l'assainissement environnemental». Kampala, Ouganda.</p> <p>Postma, L., Getkate, R., et Sijbesma, C. (2004). «Life skills-based hygiene education. A guidance document on concepts, development and experiences with life skills-based hygiene education in school sanitation and hygiene education programmes». Série de documents techniques n°42. IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement, Delft, Pays-Bas. http://www.irc.nl/page/10453 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Snel, M., Shordt, K. et Mooijman, A. (2004). «School Sanitation and Hygiene Symposium: The Way Forward, Construction is Not Enough, Symposium Proceedings and Framework for Action». IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement, Delft, Pays-Bas. http://www.irc.nl/page/16710 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Snel, M., Shordt, K. et de Graaf, S. (2003). «School Sanitation and Hygiene Education indicators». 29^e Conférence internationale du WEDC, «Vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement», Abuja, Nigéria.</p> <p>Snel, M. et Shordt, K. (2002). «School water and sanitation towards health and hygiene in India». 28^e Conférence internationale du WEDC, «Services d'eau et d'assainissement environnemental durables», Calcutta, Inde.</p>

Toute l'information supplémentaire concernant le WASH dans les écoles a été fournie par Marielle Snel, IRC, Pays-Bas et Merri Weinger, Sandra Callier et Sarah Fry du HIP/USAID.

[H1.5] L'APPROCHE ENFANT À ENFANT (EAE)

L'approche enfant à enfant se fonde sur les droits et la participation des enfants à la promotion de la santé et du développement. Le développement personnel, physique, social, émotionnel, moral et intellectuel des enfants est amélioré à travers des activités enfant à enfant. L'approche se traduit par un processus éducatif qui vise à mettre en relation l'apprentissage des enfants avec des actions visant à promouvoir la santé, le bien-être et le développement des enfants, de leurs familles et de leurs communautés (Publicité de l'approche enfant à enfant [2004]).

Tableau récapitulatif

Objectif	Changement de comportement en matière d'hygiène.					
Groupe cible	Enfants	<input checked="" type="checkbox"/>	Particuliers	<input checked="" type="checkbox"/>	Ménages	<input checked="" type="checkbox"/>
	Communauté	<input type="checkbox"/>	Écoles	<input checked="" type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input type="checkbox"/>	À l'échelle	<input checked="" type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input checked="" type="checkbox"/>		

Description

L'approche enfant à enfant (EAE) est ancrée dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. Il s'agit d'une manière pratique de mettre en œuvre de manière efficace les droits des enfants et de répondre au droit des enfants à la survie, à la protection, au développement et à la participation. Les principes directeurs de la Convention en matière d'inclusion, de non discrimination et de l'intérêt supérieur de l'enfant jettent les bases de l'approche enfant à enfant qui stipule que «la participation à la santé et à l'éducation est un droit et une responsabilité de l'enfant au même titre que le droit à jouer».

Les idées et les activités enfant à enfant se traduisent par une approche en matière d'éducation sanitaire. Celles-ci ne constituent pas un programme alternatif. Il serait plus exact et bénéfique de considérer les activités enfant à enfant comme des éléments qui sont susceptibles de s'inscrire dans des programmes d'éducation sanitaire plus généraux qui en sont encore au stade de la planification ou qui sont déjà mis en place. Les traits distinctifs de l'approche enfant à enfant se traduisent par la participation directe des enfants au processus d'éducation et de promotion de l'assainissement, ainsi que par la nature de leur participation. Les programmes les plus efficaces sont ceux qui impliquent les enfants dans la prise de décisions, plutôt que de les utiliser comme de simples communicateurs qui transmettent des messages aux adultes, et utilisent les groupes d'activités qui font partie intégrante de l'approche enfant à enfant.

Là où les activités enfant à enfant ont été mises en place, les enfants ont plus de probabilités de promouvoir une meilleure santé :

- ▶ pour les jeunes enfants ;
- ▶ les enfants du même âge ;
- ▶ au sein de leurs familles et des communautés.

L'approche enfant à enfant établit des liens entre l'apprentissage des enfants (dans ou en dehors de l'école) et leurs vies (tant au sein des ménages que de la communauté) afin de traduire les connaissances en comportements et en actions.

La matrice enfant à enfant montre comment un ou plusieurs enfants peuvent participer à la santé et au développement.

Un enfant
ou un
groupe d'enfants :



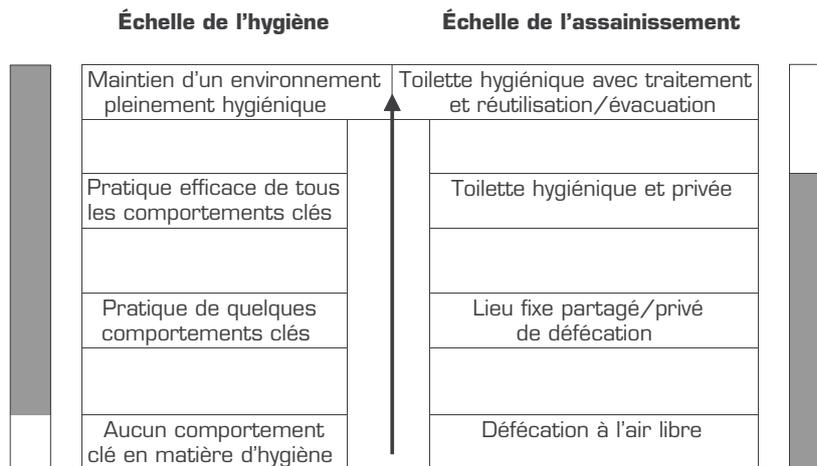
- partagent les connaissances avec
- enseignent les compétences à
- expliquent par un exemple à
- travaillent en collaboration avec



- un ou plusieurs jeunes enfants
- un ou plusieurs enfants du même âge
- une ou plusieurs familles
- la communauté

Source: Child to Child website.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place 1987 **Année de clôture (s'il y a lieu)** En cours

Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand) Le Child-to-Child Trust a été mis en place en 1987 et est basé à l'Institut d'éducation de l'Université de Londres.

Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu) Le Child-to-Child Trust est financé par de nombreux gouvernements et d'importants organismes internationaux tels que l'UNICEF, l'OMS et l'UNESCO, ainsi que par de nombreuses autres organisations non gouvernementales dont Save the Children, PLAN International, la Fondation Aga Khan, Concern Worldwide, WaterAid, USAID, Water for People, GOAL Irlande, Comic Relief. L'approche s'inscrit dans le cadre des programmes de ces gouvernements, organismes et organisations.

Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent Mise en place dans plus de 70 pays.

Expérience jusqu'à présent L'approche enfant à enfant est mise en œuvre depuis 1978. Les programmes de promotion de l'éducation et de la santé et de développement communautaire qui se fondent sur cette approche sont actifs dans plus de 70 pays. Depuis leur création, les approches enfant à enfant ont contribué à des activités sanitaires importantes en matière d'hygiène, d'eau, d'assainissement et de prévention des maladies. Récemment, plusieurs domaines spécifiques où l'approche semble avoir un impact important et durable ont également été identifiés :

- l'éducation et la promotion de l'assainissement dans les écoles ;
- le développement du jeune enfant ;
- les enfants dans les communautés touchées par le VIH/sida ;
- la santé reproductive et sexuelle des adolescents ;
- l'éducation inclusive ;
- les enfants qui se retrouvent dans des circonstances difficiles.

Le Child-to-Child Trust coordonne un réseau mondial de praticiens EAE et agit comme un organisme de plaidoyer de l'approche EAE. Celui-ci produit également des publications et du matériel didactique dans le cadre de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'approche.

Forces et faiblesses

Forces	<p>L'approche vise à faciliter la compréhension des enfants sur les problèmes de développement et les questions portant sur l'importance de comportements sains.</p> <p>L'approche encourage les enfants à s'approprier et à identifier les priorités en matière de santé et de développement personnel et communautaire.</p> <p>L'approche développe les compétences des enfants en matière de prise de décisions et de résolution de problèmes afin de prendre des actions visant à identifier les priorités.</p> <p>L'approche reconnaît les capacités des enfants en tant qu'agents de changement nécessitant un soutien propice à la facilitation plutôt que la domination des adultes (Publicité de l'approche enfant à enfant [2004]).</p>
Faiblesses	<p>Pridmore et Stephens (2000) identifient les faiblesses suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">▸ la diffusion du mouvement dépend fortement du charisme et de la personnalité de ses fondateurs ;▸ les approches pourraient aboutir à l'exploitation des enfants plutôt qu'au renforcement de leur autonomie ;▸ les méthodes d'enseignement et d'apprentissage se fondent sur les enseignants et requièrent une formation afin d'être mise en œuvre de manière efficace.

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	<p>Hawes, H. (2005). « Survey of Child-to-Child Activities Worldwide ». Child-to-Child Trust, Londres, Royaume-Uni.</p> <p>Carnegie, R. (2004). « Child-Centred Approaches to HIV and AIDS and CCATH ». Child-to-Child Trust, Londres, Royaume-Uni.</p> <p>Carnegie, R. et Khamis, T. (2002). « Quest for Quality: An Evaluation of the Health Action Schools Project ». Child-to-Child Trust, Londres, Royaume-Uni.</p> <p>Smith, K. (2001). « Health Education Project of the Aga Khan Foundation Gorno-Badakshan, Tajikistan ». Child-to-Child Trust, Londres, Royaume-Uni.</p>
Évaluations externes publiées	<p>Pridmore, P. et Stephens, D. (2000) « Children as Partners for Health – A critical review of the Child-to-Child Approach ». Zed Books, Londres.</p>
Impacts, résultats et durabilité	<p>Pridmore et Stephens (2000) expliquent que l'approche n'est pas clairement définie et laisse la place à un débat ouvert sur la définition de l'EAE. En général, l'EAE se définit comme un enfant qui explique la santé à un autre enfant. Toutefois, les auteurs soulignent le besoin « d'encourager et de faciliter l'utilisation des idées et des méthodes EAE au sein des programmes existants et n'appartenant pas à l'approche EAE ».</p> <p>Les preuves de l'efficacité de l'approche EAE sont peu nombreuses et « il est essentiel de mener davantage de recherches afin d'évaluer l'efficacité de l'approche ». (Pridmore et Stephens, 2000)</p> <p>Carnegie et Khamis (2002) ont indiqué que « l'estime de soi et les connaissances en matière de santé des enseignants se sont accrues et que les liens entre parents et écoles se sont renforcés ».</p>
Coût	<p>Données insuffisantes. Étant donné que l'approche s'inscrit généralement dans le cadre d'autres programmes, il est difficile d'évaluer les coûts.</p>
Ressources humaines	<p>Requiert une formation des enseignants.</p>
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	<p>Données insuffisantes.</p>

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	<p>Site Web de Child to Child, disponible à : http://www.child-to-child.org/ – Consulté en mars 2010.</p> <p>Babul, F. (2008). «Child-to-Child: A Review of the Literature (1995 – 2007)». Child-to-Child Trust, Londres, Royaume-Uni.</p> <p>Publicité de l'approche enfant à enfant (2004). «Child-to-Child An international network promoting children's participation in health and development». Brochure publicitaire. Londres, Royaume-Uni. http://www.child-to-child.org/about/pdfs/C2C-Brochure.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
Boîtes à outils ou guides	<p>Bailey, D., Hawes, H. et Bonati, G. (2007). «Child-to-Child, A Resource Book (3rd Edition)». Child-to-Child Trust, Londres, Royaume-Uni.</p> <p>Hanbury-Leu, C. (2007). «Monitoring and Evaluating Children's Participation in Health and Development».</p> <p>Hanbury-Leu, C. (2005). «Children for Health». Child-to-Child Trust, Londres, Royaume-Uni.</p> <p>Pridmore, P. (1999). «Participatory Approach to Promoting Health in Schools – a Child-to-Child training manual». Child-to-Child Trust, Londres, Royaume-Uni.</p>
Lectures supplémentaires	<p>Muzaffar Bhutta, S. (2006). «Health Education Practice in Primary Classrooms: A Study from Pakistan». Thèse de doctorat non publiée : Université d'Oxford, Royaume-Uni.</p> <p>Site Web de l'UNICEF, Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant ; disponible à : http://www.unicef.org/crc/ – Consulté en mars 2010.</p>

[H2] LE MARKETING D'UNE INTERVENTION UNIQUE

Ce sous-groupe d'approches inclut des interventions indépendantes. Chacune d'entre elles se concentre sur un nombre restreint de comportements spécifiques en matière d'hygiène. Ces approches transmettent un message unique et aisément compris qui pourrait amener un changement global des comportements tant des particuliers que de la communauté – ce n'est toutefois pas leur principal objectif.

Les deux premières approches décrites dans la présente section se concentrent sur le lavage des mains et la troisième sur le traitement des eaux domestiques et la bonne conservation de l'eau. Ces approches sont considérées comme les seules interventions en matière de *marketing social* et font office de pionnières visant à atteindre un changement de comportement en matière d'hygiène dans les pays en développement où le marketing social se définit comme «l'utilisation de techniques de marketing commercial afin de promouvoir l'adoption de comportements en vue d'améliorer la santé ou le bien-être du public cible ou de l'ensemble de la société» (Weinrich, 1999). Le marketing fait l'objet d'une analyse dans le Groupe S2 Marketing des biens et des services d'assainissement, ainsi que dans les références mentionnées ci-dessous.

Il existe également un certain nombre d'études sur le terrain, de projets et de révisions qui examinent et ont examiné l'impact d'autres interventions uniques. Pour plus d'informations concernant les approches, voir les références de l'encadré sur la droite.

POUR PLUS D'INFORMATIONS CONCERNANT LE MARKETING SOCIAL VOIR :

Weinreich, N.K. (1999). «Hands-on Social Marketing: A Step-by-Step Guide». Sage Publications.

Scott, B (2005). «Social Marketing: A Consumer-based approach to promoting safe hygiene behaviours». Fiche d'information du WELL. WEDC and LSHTM, Royaume-Uni. <http://www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-htm/Social%20marketing.htm> – Consulté en mars 2010.

Pour des rapports d'études sur les changements de comportement suite aux différentes interventions voir :

Schmidt, W. et Cairncross, S. (2009). «Household water treatment in poor populations: is there enough evidence for scaling up now? ». *Environmental science & technology*; vol. 43, n°4; p. 986-992. <http://pubs.acs.org/doi/abs/10.1021/es802232w> – Consulté en mars 2010.

Nath, K.J., Bloomfield, S.F. et Jones, M. (2006). «Household water storage, handling and point-of-use treatment». IFH, Royaume-Uni. <http://www.ifh-homehygiene.org/IntegratedCRD.nsf/34e8d616912421cc802575070003a15c/aa885658ec1f19ee8025752200559653?OpenDocument> – Consulté en mars 2010.

Clasen, T., Roberts, I., Rabie, T., Schmidt, W-P. et Cairncross, S. (2006). «Interventions to improve water quality for preventing diarrhoea. (Cochrane Review)». The Cochrane Library, n°3, 2006. Oxford, Royaume-Uni. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004794.html> (free abstract) – Consulté en mars 2010.

Cairncross, S., Shordt, K., Zacharia, S. et Govindan, B.K. (2005). «What causes sustainable changes in hygiene behaviour? A cross-sectional study from Kerala, India». LSHTM, Royaume-Uni et IRC, Pays-Bas. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-4G94HY-O-6&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=97fa2592819a1fc4ddf039c4bbe2944b (free abstract) – Consulté en mars 2010.

Luby, S., Agboatwalla, M. Feikin, D., Painter, N., Billhimer, W., Altaf, A. et Hoekstra, R. (2005). «Effect of handwashing on child health: a randomized controlled trial». *The Lancet*. Vol. 366, 16 juillet 2005. http://www.aku.edu/CHS/pdf/SoapHealth_ARI_Lancet_Man.pdf – Consulté en mars 2010.

Curtis, V. et Cairncross, S. (2003). «Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review». *The Lancet Journal of Infectious Diseases*, Vol. 3, mai 2003, pp. 275-281. <http://www.globalhandwashing.org/Publications/Attachments/CurtisHandwashing.pdf> – Consulté en mars 2010.

Curtis, V., Cairncross, S. et Yonli, R. (2001). «Domestic hygiene and diarrhoea – pinpointing the problem». *Tropical Medicine and International Health*, 2001, Vol. 5 (1), 22-32. Royaume-Uni. <http://www.hygienecentral.org.uk/pdf/pinpointing.pdf> – Consulté en mars 2010.

Pour une révision récente de différents programmes de lavage des mains voir :

Shordt, K. (2006). «Review of handwashing programs». HIP et IRC, Delft, Pays-Bas. <http://www.irc.nl/page/31717> – Consulté en mars 2010.

[H2.1] SANIYA

L'approche Saniya se concentre sur la promotion d'un nombre restreint de pratiques en matière d'hygiène sur base de la motivation existante des communautés locales en termes d'hygiène. L'approche utilise les moyens de communication locaux afin d'atteindre les groupes cibles. Le Saniya vise également à réduire les maladies diarrhéiques chez les enfants. En outre, elle se concentre sur l'évacuation sûre des excréments d'enfants et le lavage des mains avec du savon après contact avec les matières fécales.

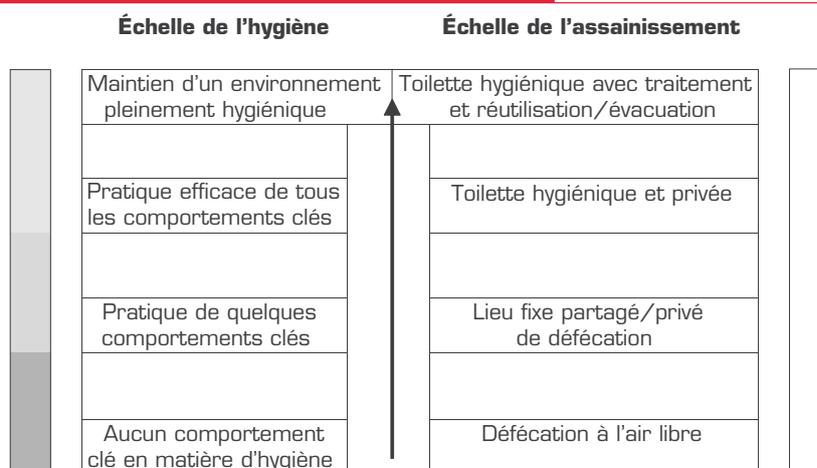
Tableau récapitulatif

Objectif	Changement de comportements en matière d'hygiène.					
Groupe cible	Enfants	<input checked="" type="checkbox"/>	Particuliers	<input checked="" type="checkbox"/>	Ménages	<input checked="" type="checkbox"/>
	Communauté	<input type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input type="checkbox"/>
	Pilote	<input checked="" type="checkbox"/>	En expansion	<input type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input checked="" type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		

Description

L'approche Saniya soutient qu'un programme efficace de promotion de l'hygiène doit se baser sur les connaissances, les actions et les attentes des personnes. La recherche formative vise à répondre à ces questions et à développer des messages dans le cadre d'une campagne de communication en matière d'hygiène. La campagne se fonde sur l'utilisation des radios, des groupes de théâtre, de présentations faites en présence de la communauté et réalisées par le personnel sanitaire, l'éducation dans les écoles, ainsi que les visites en personne dans les foyers afin de transmettre ces messages.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	1995	Année de clôture (s'il y a lieu)	1998
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Le ministère de la Santé du Burkina Faso avec l'aide technique de l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres (LSHTM). Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso).		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	UNICEF		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Burkina Faso		
Expérience jusqu'à présent	L'approche n'a été mise en œuvre que dans un seul pays. Il est donc difficile d'évaluer son impact à plus grande échelle. Elle a toutefois jeté les fondements et joué le rôle de plan-directeur pour d'autres approches en matière de lavage des mains avec du savon (voir approche H2.2 – Partenariat public-privé pour le lavage des mains avec du savon).		

Forces et faiblesses

Forces	<p>Le fait que l'approche se concentre sur un nombre restreint de pratiques vise à réduire le nombre de messages de promotion et accroît les probabilités que les bénéficiaires retiennent les messages et changent leurs comportements.</p> <p>La recherche formative est flexible et peut être facilement adaptée aux différentes questions posées dans le cadre de la recherche. Elle fournit des solutions à partir de l'interaction avec la communauté et est relativement efficace en termes de temps.</p> <p>La campagne de communication se base sur l'information fournie par les bénéficiaires et les messages développés reflètent leurs priorités et leur raison d'être. Cette approche participative vise un ou plusieurs groupes cibles spécifiques.</p>
Faiblesses	<p>La recherche formative requiert des chercheurs sur le terrain hautement formés et expérimentés capables de faciliter des discussions délicates sur les motivations qui déterminent les comportements des personnes. Il peut s'avérer difficile de trouver de tels chercheurs et une formation supplémentaire sera donc nécessaire afin de renforcer certaines compétences en matière de recherche.</p> <p>L'approche se fonde sur différents types de promotion allant des moyens de communication de masse tels que la radio aux visites en personne dans les foyers. Le suivi de ces activités fait partie intégrante du programme qui nécessite des ressources adéquates.</p>

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	<p>Sidibe, M. et Curtis, V. (2002). «Hygiene Promotion in Burkina Faso and Zimbabwe: New Approaches to Behaviour Change». Note de terrain n°7 de la Série Or bleu, Programme pour l'eau et l'assainissement – Région Afrique, Nairobi. http://www.wsp.org/UserFiles/file/af_bg_bf-zm.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Curtis, V., Kanki, B., Cousens, S., Diallo, I., Kpozehouen, A., Sangare, M. et Nikiema, M. (2001). «Evidence of behaviour change following a hygiene promotion programme in Burkina Faso». Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 2001, 79 (6) http://www.who.int/bulletin/archives/79(6)518.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Borghi, J., Guinness, L., Ouedraogo, J. et Curtis, V. (2002). «Is hygiene promotion cost-effective? A case study in Burkina Faso». Tropical Medicine and International Health, Vol. 7, n°11, p. 960-969, novembre 2002.</p>
Évaluations externes publiées	Aucune.

Preuves de l'efficacité

Impacts, résultats et durabilité	Sidibe and Curtis (2002) ont réuni des preuves indiquant que le programme donnait lieu à une augmentation du nombre de mères pratiquant le lavage des mains après avoir manipulé des excréments d'enfants, passant de 13% avant l'intervention à 31%. Toutefois, alors que certaines activités semblent durables, d'autres ont rencontré des difficultés au niveau motivationnel.
Coût	Le coût de l'intervention était de 0,3 dollars par personne et par an (Sidibe et Curtis, 2002). Borghi et al. (2002) ont conclu que l'utilisation de l'approche Saniya dans le cadre de la promotion de l'hygiène a réduit la fréquence des diarrhées chez les enfants au Burkina Faso à moins de 1% du budget du ministère de la Santé et à moins de 2% du budget des ménages et peut être reproduite à grande échelle à un coût inférieur.
Ressources humaines	Requiert des chercheurs sur le terrain hautement formés et expérimentés capables de faciliter des discussions délicates sur les motivations qui déterminent les comportements des individus.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Le projet Saniya a duré trois ans.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	Banque mondiale (2008). Pages Web sur les approches en matière de promotion de l'hygiène du Guide de ressources sur l'assainissement, l'hygiène et le traitement des eaux usées – Consulté en mars 2010.
Boîtes à outils ou guides	Curtis, V. et Kanki, C (1999). «Towards Better Programming: A manual on hygiene promotion». Série de directives techniques. LSHTM et UNICEF, New York, États-Unis. http://www.unicef.org/wash/files/hman.pdf – Consulté en mars 2010.
Lectures supplémentaires	Des documents d'information supplémentaires sont disponibles à la rubrique Publications de la page Web de «Hygiene Central» de l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres à l'adresse suivante : http://www.hygienecentral.org.uk/menu_publications.htm#methods – Consulté en mars 2010.

[H2.2] LE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVE POUR LE LAVAGE DES MAINS AVEC DU SAVON (PPPHW)

Le Partenariat public-privé pour le lavage des mains avec du savon promeut le lavage des mains avec du savon afin de réduire les diarrhées. L'approche combine l'expertise en marketing et les consommateurs qui sont le point de mire de l'industrie du savon grâce à la force et aux ressources institutionnelles des gouvernements en vue de construire un partenariat qui bénéficiera à l'ensemble de la communauté.

Tableau récapitulatif

Objectif	Changement de comportements en matière d'hygiène.					
Groupe cible	Enfants	<input type="checkbox"/>	Particuliers	<input type="checkbox"/>	Ménages	<input type="checkbox"/>
	Communauté	<input type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input checked="" type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input type="checkbox"/>	À l'échelle	<input checked="" type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input checked="" type="checkbox"/>		

Description

Le PPPHW vise à mettre en œuvre à grande échelle des interventions en matière de lavage des mains. L'approche cible la population la plus à risque (les mères, les enfants et les plus démunis).

Le PPPHW favorise la collaboration entre le secteur privé et le secteur public (et d'autres partenaires) afin de développer des programmes de promotion du lavage des mains. Les partenaires apportent une série de compétences et d'expériences différentes qui contribuent à l'ensemble de l'approche afin de :

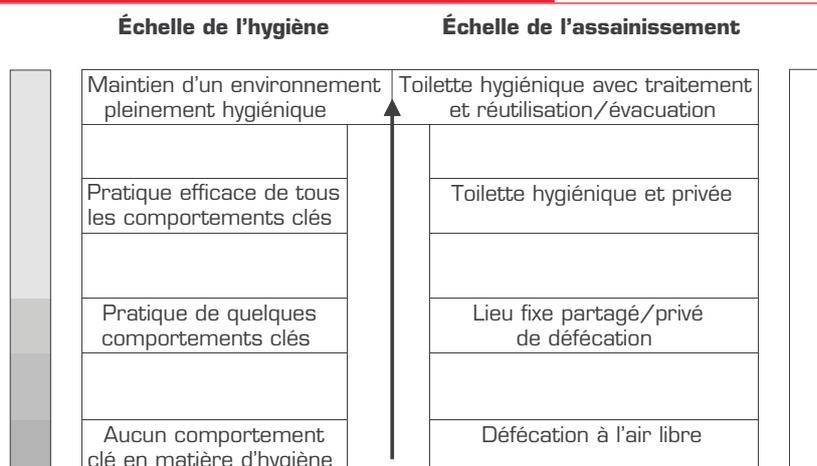
- ▶ gouvernements: considérer le lavage des mains comme une mesure prioritaire visant à prévenir des maladies et à transmettre des messages à travers des structures et des programmes au niveau national, régional et local;
- ▶ secteur privé: partager les connaissances, encourager l'expansion de leurs marchés et améliorer le marketing du savon;
- ▶ organisations donatrices et ONG: mettre en pratique les expériences et les leçons apprises au niveau international, coordonner l'aide technique et inscrire le lavage des mains dans le cadre de leurs programmes.

Ensemble, les pays partenaires mettent en œuvre des programmes de lavage des mains en trois étapes :

- ▶ identifier les besoins et les attentes des particuliers et des communautés à travers une étude de consommation;
- ▶ appliquer l'étude aux programmes de promotion d'avant-garde sur base d'une série de moyens de communication existants, traditionnels, de masse et interpersonnels;
- ▶ le suivi, la mesure et l'amélioration des campagnes de lavage des mains.

Le PPPHW peut être mis en place dans n'importe quelle zone administrative (une région, un pays, un district ou une ville). À titre d'exemple, le projet pilote Saniya (voir H2.1) a été mis en place dans une seule ville tandis que le Programme de lavage des mains de l'Amérique centrale pour la prévention des maladies diarrhéiques a été mis en œuvre dans cinq pays par le BASICS. Le Partenariat public-privé pour le lavage des mains avec du savon a été mis sur pied afin de coordonner les initiatives en matière de lavage des mains. Son Secrétariat est coordonné par l'Académie du développement éducatif (AED) qui collabore avec un certain nombre de partenaires clés dont le Programme pour l'eau et l'assainissement, l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, les Centres pour le contrôle et la prévention de maladies, Unilever, Colgate-Palmolive, l'USAID, l'UNICEF et le WSSCC.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	2001	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Le PPPHW se fonde sur le Saniya (voir H2.1) et sur le Programme de lavage des mains de l'Amérique centrale pour la prévention des maladies diarrhéiques mis en œuvre par le BASICS et décrit dans Saadé et al., 2001.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Le Partenariat pour l'eau Banque-Pays-Bas (BNWP), l'USAID, la Fondation Bill et Melinda Gates, le Fonds japonais de développement social, le Programme pour l'eau et l'assainissement, ainsi que le secteur privé.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	<p>Afrique : Bénin, Burkina Faso, Ghana, Kenya, Madagascar, Sénégal, Tanzanie, Ouganda.</p> <p>Asie : Chine, Indonésie, Laos, Népal, Vietnam.</p> <p>Amérique latine et centrale : Colombie, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou.</p> <p>Cette liste n'est pas exhaustive.</p>		
Expérience jusqu'à présent	<p>En général, le programme initial, mis en œuvre par le Projet de soutien de base pour l'institutionnalisation de la survie de l'enfant (BASICS) et décrit dans Saadé et al., 2001, a eu beaucoup de succès. Le PPPHW, qui agit en tant qu'organisme de coordination et de forum pour le partage d'informations, a fait preuve de durabilité. Les partenaires ont progressivement mis en place leurs interventions dans plusieurs pays.</p> <p>Le Partenariat mondial organise chaque année la Journée mondiale du lavage des mains. Cet événement est décrit dans l'encadré qui se trouve à la fin de cette section.</p>		

Forces et faiblesses

Forces	<p>Le PPPHW représente un modèle efficace pour les programmes de lavage des mains car il combine les objectifs du secteur public en matière de santé et le professionnalisme et l'expertise en marketing du secteur privé, en particulier en termes d'élaboration et de mise en œuvre des moyens de communication de masse dans le cadre de la campagne de lavage des mains.</p> <p>L'approche s'avère également efficace au niveau national et, une fois lancée, celle-ci peut fonctionner pendant de longues périodes à un coût opérationnel réduit.</p> <p>Les partenariats privés peuvent également fournir de nouvelles sources de financement.</p>
---------------	--

Forces et faiblesses

Faiblesses	<p>Il faut investir du temps et des ressources pour mettre en place un groupe de travail engagé dans le pays, disposant de ressources et de compétences afin de mettre en œuvre, de soutenir et d'opérer un programme national de lavage des mains.</p> <p>La mise en place des partenariats public-privé peut prendre un certain temps (et davantage encore pour fournir des résultats). La communication entre des groupes dont les traditions, les objectifs et les façons de faire des affaires sont différents peut s'avérer difficile.</p> <p>La rotation du personnel est fréquente et exige un renforcement constant des partenariats.</p> <p>Les travailleurs de la santé du secteur public, d'autres organismes gouvernementaux ou encore de la société civile peuvent se montrer réticents quant à la participation du secteur privé. Le mélange entre services publics et les bénéficiaires peut donner lieu à une relation tendue dans certains cas.</p>
-------------------	---

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Saadé, C. Bateman, M. et Bendahmane, D.B. (2001). «Story of a Successful Public-Private Partnership in Central America: Handwashing for Diarrhoeal Disease Prevention». Publié par le Projet de soutien de base pour l'institutionnalisation de la survie de l'enfant (BASICS II), le Projet de santé environnementale, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Agence américaine pour le développement international et la Banque mondiale, Etats-Unis. http://www.ehproject.org/PDF/JPO01CentAmHandwash.PDF – Consulté en mars 2010.
Évaluations externes publiées	Aucune.
Impacts, résultats et durabilité	Saadé et al. (2001) ont indiqué que le partenariat public-privé au Guatemala a entraîné une augmentation de 10% du nombre de mères qui sont passées du lavage des mains «inadéquat» au lavage des mains «intermédiaire» ou «optimal». L'augmentation des ventes de savon ou de changements institutionnels ont été rapportés par les fabricants de savon et leurs filiales et ce, malgré le manque de détails.
Coût	Données insuffisantes.
Ressources humaines	Données insuffisantes.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Données insuffisantes.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	<p>Banque mondiale (2008). Pages Web sur les approches en matière de promotion de l'hygiène du Guide de ressources sur l'assainissement, l'hygiène et le traitement des eaux usées – Consulté en mars 2010.</p> <p>Site Web de la Journée mondiale du lavage des mains (2008). http://www.globalhandwashingday.org/ – Consulté en mars 2010.</p> <p>Site Web du PPPHW mondial (sans date). «Health in Your Hands». http://www.globalhandwashing.org/ – Consulté en mars 2010.</p>
Boîtes à outils ou guides	Scott, B., Curtis, V. et Cardosi, J. (2005). «Le Manuel de l'initiative de lavage des mains. Guide de préparation d'un programme de promotion du lavage des mains avec du savon». Banque mondiale, BNWP et WSP. http://www.globalhandwashing.org/Publications/Handwashing_Handbook.pdf (disponible également en espagnol, en anglais et en swahili) – Consulté en mars 2010.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Lectures supplémentaires

Curtis, V. et Smith, L. (2005). «Hygiène promotion». Fiche d'information du WELL. WELL (WEDC et LSHTM), Royaume-Uni. <http://www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheetshtm/hp.htm> – Consulté en mars 2010.

Thomas, A. et Curtis, V. (2003). «Public-Private Partnerships for Health A Review of Best Practices in the Health Sector». Banque mondiale/WSP, Washington D.C., États-Unis. <http://www.globalhandwashing.org/Publications/Attachments/PPreview.pdf> – Consulté en mars 2010.

Curtis, V. (2002). «Health in Your Hands: Lessons from Building Public Private Partnerships for handwashing with Soap». Banque mondiale, WSP, BNWP, UNICEF, AED et LSHTM. http://www.wsp.org/UserFiles/file/330200713804_Washing_Hands_with_soap.pdf – Consulté en mars 2010.

Banque mondiale (2000). «Sanitation and Hygiene: Unleashing the Power of the Market, Proposal to forge Public Private Partnerships in selected developing countries». Banque mondiale. http://www.globalhandwashing.org/Publications/hand_concept.pdf – Consulté en mars 2010.

La Journée mondiale du lavage des mains avec du savon, de quoi s'agit-il ?

La vision qui sous-tend la Journée mondiale du lavage des mains s'appuie sur une culture locale et mondiale du lavage des mains avec du savon. Le lavage des mains avec du savon est la manière la plus efficace et la plus rentable de prévenir les maladies diarrhéiques et les infections aiguës des voies respiratoires qui tuent des millions d'enfants dans les pays en développement chaque année. Ensemble, elles sont responsables de la majorité des décès d'enfants. Toutefois, en dépit de son potentiel pour sauver des vies, le lavage des mains au savon n'est que rarement pratiqué et sa promotion rencontre de nombreux obstacles.

Le problème consiste à faire passer le lavage des mains au savon d'une bonne idée abstraite en comportement automatique pratiqué à la maison, à l'école et dans les communautés du monde entier. Si le lavage des mains au savon avant de manger et après être allé aux toilettes s'enracinait dans le comportement habituel, cela pourrait sauver plus de vies que n'importe quel vaccin ou intervention médicale, en réduisant de près de 50% le nombre de décès dus à la diarrhée et de 25% le nombre de décès dus aux infections respiratoires aiguës. Un lavage plus systématique des mains au savon contribuerait fortement à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en réduisant de deux tiers le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans d'ici à 2015.

Le 15 octobre 2008, date qui marque la première Journée mondiale du lavage des mains, plus de 120 millions d'enfants de par le monde se sont lavés les mains au savon dans plus de 70 pays sur cinq continents. De la Colombie au Bangladesh, du Kenya aux Philippines, du Royaume-Uni à l'Éthiopie, les écoles et les communautés du monde entier ont organisé et ont participé aux célébrations et aux activités de lavage des mains afin de rappeler au monde que «Des mains propres sauvent des vies !»

Chaque année, le 15 octobre marque la Journée mondiale du lavage des mains.

Références: Extrait du site Web de la Journée mondiale du lavage des mains (sans date) <http://www.globalhandwashingday.org> – Consulté en mars 2010.

Toute l'information supplémentaire concernant le PPPHW a été fournie par Merri Weinger et Sandra Callier du HIP/USAID, Nat Paynter du WSP et Suzanne Reiff, Consultante indépendante.

[H2.3] LE TRAITEMENT ET LE STOCKAGE SÛR DE L'EAU DANS LES MÉNAGES (HWTS)

La promotion du traitement et du stockage sûr de l'eau dans les ménages (HWTS) est une approche rentable qui vise à réduire considérablement le fardeau de la diarrhée au niveau mondial et à contribuer aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). L'approche se fonde sur un marketing approprié et sur les équipements de stockage sûr de l'eau afin d'amener un changement de comportement amélioré.

Tableau récapitulatif

Objectif	Changement de comportements en matière d'hygiène.					
Groupe cible	Enfants	<input type="checkbox"/>	Particuliers	<input checked="" type="checkbox"/>	Ménages	<input checked="" type="checkbox"/>
	Communauté	<input type="checkbox"/>	Écoles	<input checked="" type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input checked="" type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input checked="" type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		

Description

Le HWTS inclut un éventail de techniques de traitement et de stockage de l'eau qui sont appliquées en premier lieu au point d'utilisation. C'est la raison pour laquelle cette technique est également appelée Traitement de l'eau au point d'utilisation (POU). Celle-ci inclut l'ébullition, la filtration, la désinfection chimique, solaire et à lampe UV, la floculation pour l'élimination de la turbidité, ainsi que d'autres techniques. Le stockage sûr fait référence aux techniques visant à minimiser le risque de recontamination, incluant l'utilisation de récipients à goulot étroit, avec filtre et couverts, ainsi que du matériel de distribution tel que des robinets ou des faussets. Le stockage sûr est un élément clé de la gestion de l'eau dans les ménages car le stockage inadéquat s'avère être un agent de recontamination de l'eau stockée par des pathogènes microbiens et autres contaminants annulant ainsi tout bénéfice lié au traitement efficace.

L'OMS a mis en place un réseau visant à promouvoir le HWTS, notamment en accélérant les bénéfices sanitaires des personnes qui n'ont pas accès à une eau potable. Le réseau optimise la flexibilité, la participation et la créativité afin de soutenir une action coordonnée.

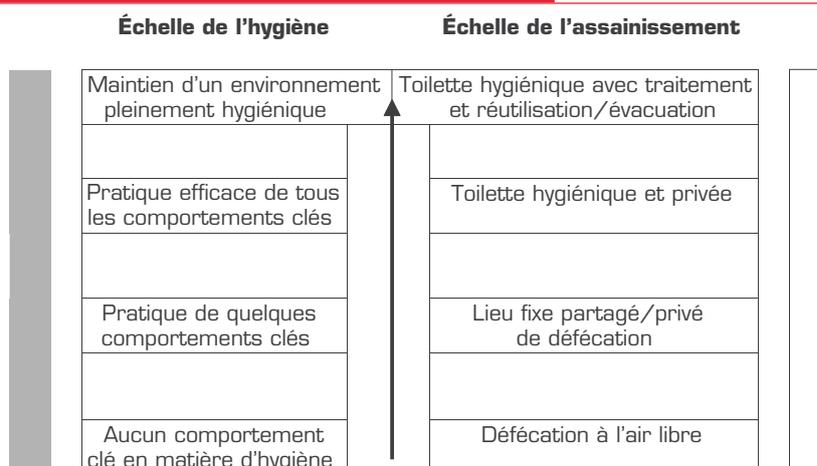
Des initiatives HWTS importantes sont actuellement mises en œuvre dans le cadre de deux projets, dont le **Système d'eau salubre** (SWS) de l'Internationale des Services publics (ISP) et le **Projet d'eau salubre** mis en œuvre par le PATH. Le présent formulaire comprend les deux projets.

Le SWS de l'ISP a été développé par les Centres pour le contrôle et la prévention de maladies (CDC) en 1996. Le Système d'eau salubre vise à assurer la salubrité de l'eau au sein des ménages à travers le traitement de l'eau au chlore et le stockage sûr au point d'utilisation. Celui-ci comprend trois éléments :

- ▶ l'utilisation de désinfectants à base de chlore pour le traitement des eaux contaminées dans les ménages ;
- ▶ l'utilisation de récipients en plastique, à goulot étroit, couverts et avec fausset pour le stockage sûr de l'eau et la prévention de la recontamination ;
- ▶ les techniques de changement de comportement et les communications visant à promouvoir le traitement de l'eau potable dans les ménages, incluant le marketing social, la mobilisation des communautés et l'éducation sanitaire.

Le Projet d'eau salubre mis en œuvre par le PATH vise à permettre aux entreprises commerciales de produire, de distribuer, de vendre et de maintenir les produits de traitement et de stockage des eaux domestiques des populations à faible revenu. C'est la raison pour laquelle le projet ne promeut pas une approche unique mais s'efforce, au contraire, de trouver des solutions viables en matière de HWTS là où le projet est mis en place. Le projet a été lancé en 2006 et prendra fin en 2011. Il est financé par la Fondation Bill et Melinda Gates.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	Années 1990	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	À partir de nombreuses expériences d'initiatives du secteur privé.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Le Projet SWS de l'ISP est financé par le CIDA, le CDC, le DFID, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), la Banque de développement allemande (KfW), le ministère néerlandais des Affaires étrangères et l'USAID. Le Projet d'eau salubre du PATH est financé par la Fondation Bill et Melinda Gates et l'USAID.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Projet SWS de l'ISP: Angola, Botswana, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Guinée-Bissau, Guinée-Conakry, Kenya, Madagascar, Malawi, Mozambique, Nigeria, Rwanda, Tanzanie, Ouganda, Zambie. Le Projet d'eau salubre du PATH: Inde, Cambodge et Vietnam.		
Expérience jusqu'à présent	Le Projet SWS de l'ISP a été mis à l'essai pour la première fois en 1998. Depuis, il a mis en œuvre des programmes d'eau salubre dans 20 pays en développement. Les activités dans le pays du Projet d'eau salubre du PATH ont été mises en œuvre en Inde début 2006. Le projet a par la suite été mis en œuvre au Cambodge et au Vietnam mi-2007. Le PATH travaillait alors en collaboration avec des partenaires potentiels afin de mettre en place et de procéder à des marchés-test sur base d'une série de modèles de distribution de produits HWTS (fiche d'information du projet d'eau salubre du PATH au Vietnam et au Cambodge, 2008).		

Forces et faiblesses

Forces	Le SWS de l'ISP est une intervention d'amélioration de la qualité de l'eau basée sur des solutions éprouvées, d'utilisation aisée, à bas prix et adaptée aux besoins du monde en développement (Site Web de l'ISP, 2009). Le Projet d'eau salubre du PATH est relativement nouveau et sa principale force se fonde sur la collaboration et le partenariat avec un panel d'organisations, dont des partenaires commerciaux, des instituts de recherche, des organisations sans but lucratif et non gouvernementales, ainsi que des gouvernements et des organismes d'élaboration de politiques (Fiche d'information du PATH, 2009) afin d'identifier, de tester et d'adapter les produits HWTS sûrs et adaptés aux besoins des familles.
Faiblesses	En général, les projets HWTS ne bénéficient que d'une sensibilisation ou d'un soutien limités des gouvernements et des partenaires multilatéraux et non gouvernementaux clés qui jouent un rôle primordial dans les programmes de traitement des eaux domestiques visant à améliorer la santé. De plus, le plaidoyer demeure un défi de taille (Projet POUZN, 2007).

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	<p>Safe Water Briefs (2008). «Findings From Investigation of User Experience With Household Water Treatment and Storage Products in Andhra Pradesh, India». Extrait de la série Safe water briefs. PATH, Seattle, États-Unis. http://www.path.org/files/TS_safe_water_user_exp_ap.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>POUZN Project (2007). «Best Practices in Social Marketing Safe Water Solution for Household Water Treatment: Lessons Learned from Population Services International Field Programs. The Social Marketing Plus for Diarrheal Disease Control: Point-of-Use Water Disinfection and Zinc Treatment (POUZN) Project». Abt Associates Inc., Bethesda, Maryland, États-Unis.</p> <p>OMS (2007). «Combating waterborne disease at the household level». Réseau international de promotion du traitement et du stockage de l'eau dans les ménages, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. http://www.who.int/household_water/advocacy/combating_disease/en/index.html – Consulté en mars 2010.</p> <p>CDC (2006). «Preventing Diarrhea in Persons Living with HIV and AIDS: The Safe Water System Project». CDC, États-Unis. http://www.cdc.gov/safewater/publications_pages/fact_sheets/SWS_HIV.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Nath, K.J., Bloomfield, S.F. et Jones, M. (2006). «Household water storage, handling and point-of-use treatment». IFH, Royaume-Uni. http://www.ifh-homehygiene.org/IntegratedCRD.nsf/34e8d616912421cc802575070003a15c/aa885658ec1f19ee8025752200559653?OpenDocument – Consulté en mars 2010.</p>
Évaluations externes publiées	<p>Schmidt, W. et Cairncross, S. (2009). «Household water treatment in poor populations: is there enough evidence for scaling up now?» <i>Environmental science & technology</i>; vol. 43, n°4; p. 986–992. http://pubs.acs.org/doi/abs/10.1021/es802232w (Résumé gratuit) – Consulté en mars 2010.</p>
Impacts, résultats et durabilité	<p>Nath et al. (2006) ont indiqué que la fourniture d'eau salubre dans les ménages est capable de réduire les maladies diarrhéiques et autres maladies entériques de 6 à 50% et ce même en l'absence d'un assainissement amélioré ou de toute autre mesure hygiénique.</p> <p>Le Projet ISP (Projet POUZN, 2009) confirme ces données et indique que le traitement de l'eau au point d'utilisation des ménages a contribué de manière significative à la réduction de maladies diarrhéiques chez les populations vulnérables et devrait être une intervention essentielle dans le cadre de la survie des enfants, du VIH/sida et des programmes d'approvisionnement en eau. En effet, une étude menée en Ouganda sur une période de 18 mois (CDC, 2006) a indiqué que l'utilisation du SWS a contribué à la réduction d'un quart du risque de diarrhées et de 33% le nombre de jours de diarrhée chez les personnes vivant avec le VIH/sida.</p> <p>Le Projet PATH signale que l'utilisation durable requiert un accès aisé aux fournitures, aux pièces de rechange et d'entretien. En général, les femmes échouent à maintenir en état les filtres à eau ou tout simplement à traiter leur eau car les fournitures, les pièces de rechange et d'entretien ne sont pas facilement accessibles et sont trop chères.</p> <p>Toutefois, Schmidt et Cairncross (2009) concluent que la promotion à grande échelle du HWTS est prématurée en raison du manque de preuves disponibles.</p>
Coût	<p>Données insuffisantes.</p>
Ressources humaines	<p>Une série d'expertises techniques sont requises. De plus, l'embauche et la mobilisation des ressources humaines nécessaires pour le développement et le soutien au programme d'eau salubre pose des défis (Projet POUZN, 2009).</p>
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	<p>Le changement de comportement en matière d'eau salubre est un processus de longue haleine (durée non précisée) et requiert un financement durable (Projet POUZN, 2009).</p>

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information

Site Web des Centres pour le contrôle et la prévention de maladies. <http://www.cdc.gov/safewater/index.htm> – Consulté en mars 2010.

Site Web de l'ISP. «Child Survival, Safe Water and Hygiene Promotion», disponible à : <http://www.psi.org/> – Consulté en mars 2010.

Site Web de l'USAID. «Safe water partnerships», disponible à : http://www.usaid.gov/our_work/environment/water/safe_water_partnerships.html – Consulté en mars 2010.

Site Web du HIP, USAID. «Hygiene Improvement Resources», disponible à : <http://www.hip.watsan.net/page/314> – Consulté en mars 2010.

Site Web du PATH. «Safe Water Project», disponible à : http://www.path.org/projects/safe_water.php – Consulté en mars 2010.

Fiche d'information du Projet d'eau salubre du PATH, disponible à : http://www.path.org/files/TS_safe_water_fs.pdf – Consulté en mars 2010.

Site Web de l'OMS. «Household Water and Safe Storage», disponible sur la page Web du Réseau international de promotion du traitement et du stockage de l'eau dans les ménages – Consulté en mars 2010.

Boîtes à outils ou guides

Quick, R. (200?). «Safe Water Systems for the Developing World: A Handbook for Implementing Household-Based Water Treatment and Safe Storage Projects». CARE/CDC Health Initiative, Centres pour le contrôle et la prévention de maladies, Atlanta, Géorgie, États-Unis. http://www.cdc.gov/safewater/manual/sws_manual.pdf – Consulté en mars 2010.

Une liste de boîtes à outils, fiches d'information et guides supplémentaires produits par les membres du Réseau HWTS est disponible à : http://www.who.int/household_water/network/tools/en/index.html – Consulté en mars 2010.

Lectures supplémentaires

Site Web de l'IRC, Népal. «Innovative communication to promote household water treatment», disponible à : <http://www.irc.nl/page/46736> – Consulté en mars 2010.

OMS (2009). «Managing water in the home: accelerated health gains from improved water supply». Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/wsh0207/en/print.html – Consulté en mars 2010.

OMS (2009). «Scaling Up Household Water Treatment Among Low-Income Populations». Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_HSE_WSH_09.02_eng.pdf – Consulté en mars 2010.

Heierli, U. (2008). «Marketing Safe Water Systems: Why is it so hard to get safe water to the poor – and so profitable to sell it the rich?». SDC, WSSCC, WSP, Berne, Suisse. <http://www.poverty.ch/safe-water.html> – Consulté en mars 2010.

Environmental Health et CDC/Safewater (2006). «A Bibliography on Point-of-Use Water Disinfection». Compilé par l'Environmental Health de l'USAID et CDC/Safewater. Washington D.C., États-Unis. http://www.ehproject.org/PDF/ehkm/pou_bibliography2006final.pdf – Consulté en mars 2010.

Massee Bateman, O., Jahan, R., Brahman, S., Zeitlyn, S. et Laston, L. (2002). «Prevention of Diarrhea Through Improving Hygiene Behaviors The Sanitation and Family Education (SAFE) Pilot Project Experience». Publication conjointe n°4. Publication conjointe de CARE-ICDDR,B-EHP, Bangladesh. <http://www.ehproject.org/PDF/JPO04SAFEr.pdf> – Consulté en mars 2010.

Partie 2:

LES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION

GROUPE S

La création de la demande et des chaînes d'approvisionnement: la promotion de l'assainissement

Tout au long des années 1980, 1990 et début des années 2000, les programmes d'assainissement mis en place dans de nombreux pays se concentraient sur la fourniture de toilettes, en général à travers une mise en œuvre directe par le gouvernement et dépendant fortement du financement visant à couvrir les coûts de leur construction. Différents arguments ont été mis en avant afin de justifier cette approche, tels que les biens publics et l'équité. Malheureusement, bon nombre de ces programmes nationaux ont connu un succès limité qui s'est traduit par un faible taux de participation, un mauvais ciblage du financement et une portée limitée. Toutefois, malgré l'engouement du public pour l'assainissement, de nouveaux programmes ont tenté de travailler de manière alternative et de faire meilleur usage du financement public.

En général, la « nouvelle » génération d'approches peut être divisée en deux groupes. En premier lieu, les approches portant sur l'assainissement communautaire et fondées sur des approches « participatives » (**S1**). En deuxième lieu, les approches fondées sur une approche de marketing social afin d'analyser et d'intervenir au niveau de l'approvisionnement et de la demande de biens et de services (**S2**). Ces deux groupes utilisent des techniques qui ne sont pas entièrement nouvelles et qui ont tendance à se chevaucher. Toutefois, ils représentent un changement d'optique significatif dans le cadre de nombreux programmes nationaux existants.

Quatre approches en matière de promotion de l'assainissement ont été identifiées aux fins du présent document: deux « approches participatives communautaires » incluses dans le **Groupe S1** et deux approches fondées sur le marketing social décrites dans le **Groupe S2**.

[S1] LES APPROCHES COMMUNAUTAIRES

Contexte

Les approches communautaires (appelées souvent approches « d'assainissement total ») visent à atteindre l'utilisation universelle des toilettes et l'élimination de la défécation à l'air libre dans les communautés ciblées. Il est important de se rappeler que le terme « assainissement total » fait référence à un changement complet des comportements de l'ensemble de la communauté. Contrairement aux approches précédentes qui portaient sur le changement de comportements des ménages, celles-ci ne font pas forcément référence à l'assainissement total *environnemental*, qui inclut le drainage et l'évacuation des déchets solides et des eaux d'égouts.

Ces approches communautaires décrivent une situation voulue dans laquelle les ménages des communautés, les institutions sociales telles que les écoles, les centres de santé et les lieux de culte, ainsi que tous les lieux publics tels que les abris de bus et les places de marché fassent bon usage des systèmes d'assainissement.

Ces approches se distinguent des approches précédentes et de programmes davantage directifs car elles se concentrent sur la communauté (plutôt que sur les ménages) et mettent l'accent sur la prise de décisions et la résolution de problèmes collectives. La fin de la défécation à l'air libre vise à s'assurer que chaque ménage possède ou partage des toilettes et que ces dernières soient utilisées de manière efficace par tous.

Ces approches se fondent sur une technique appelée « mobilisation sociale de masse » qui vise à attirer l'attention des dirigeants de tous les niveaux (et secteurs) de la société sur ce problème social et à prioriser les solutions audit problème – la défécation à l'air libre dans ce cas – sur base des nombreux moyens de communication et de l'engagement social.

Les approches communautaires décrites ici reposent donc sur la création de la demande afin d'éliminer la défécation à l'air libre. Celles-ci ne se veulent pas des approches descendantes dans le cadre desquelles les toilettes sont choisies et construites par un projet externe.

L'ATPC et ses variantes

Les deux approches décrites dans ce document sont l'Assainissement total piloté par la communauté (ATPC), approche originale ou pionnière, et l'Assainissement total en milieu scolaire (ATMS). Il existe d'autres approches communautaires dans de nombreux pays qui se distinguent plus ou moins de l'ATPC. En outre, dû au manque de littérature disponible, ces variantes n'ont pas toutes pu être incluses dans le présent document.

Les variantes importantes de l'ATPC incluent :

- ▶ l'assainissement de base piloté par la communauté (CLBSA) – mis en place par l'Eau pour la Santé au Népal (NEWAH) ;
- ▶ l'assainissement total et durable appartenant à la communauté (SCOTS) – mis en place par le Plan-Inde ;
- ▶ la Campagne d'assainissement total (CAT) – menée par le Gouvernement indien (**voir section 3.1.1**) ;
- ▶ le projet Région des nations, nationalités et peuples du Sud (SNNPR) en Éthiopie (**voir section 3.2.1**) ;
- ▶ l'Apprentissage par la pratique : passage à l'échelle de l'hygiène et de l'assainissement à Amhara, en Éthiopie (**voir section 3.2.2**) ;
- ▶ l'Assainissement total décentralisé pour le développement durable (DISHARI) au Bangladesh (**voir section 3.3.2**) ;
- ▶ les approches communautaires d'assainissement total (CATS) – mises en place par l'UNICEF.

POUR PLUS D'INFORMATIONS CONCERNANT LES VARIANTES DE L'ATPC VOIR :

Pour le CLBSA du NEWAH voir la page Web disponible à : <http://www.newah.org.np/detailUpdates.php?ID=25> – Consulté en mars 2010.

Pour le SCOTS voir Kalimuthu, A. (2008). « Sustainable Community Owned Total Sanitation ». Chapitre 13 de « Beyond Construction, Use by All ». WaterAid, Royaume-Uni et IRC, Pays-Bas. http://www.wateraid.org/documents/ch13_sustainable_community_owned_total_sanitation.pdf – Consulté en mars 2010.

Pour le TSC de l'Inde, le DISHARI, le SNPR et l'Apprentissage par la pratique voir la **PARTIE 3** du présent document.

Pour le CATS de l'UNICEF, voir Galbraith, C. et Thomas, A. (2009). « Community Approaches to Total Sanitation ». Basé sur des études de cas de l'Inde, du Népal, de la Sierra Leone et de la Zambie. Note de terrain de la Division des politiques et des pratiques de l'UNICEF, New York, États-Unis. <http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/unicef-community-approaches-sanitation-cats> – Consulté en mars 2010.

[S1.1] L'ASSAINISSEMENT TOTAL PILOTÉ PAR LA COMMUNAUTÉ (ATPC)

L'ATPC vise à mettre fin à la défécation à l'air libre (DAL) au sein d'une communauté qui reconnaît que les comportements hygiéniques individuels affectent la santé d'autres membres de la communauté. L'approche encourage l'innovation et l'engagement de la communauté en motivant ses membres à construire eux-mêmes leurs propres installations sanitaires sans dépendre du financement d'équipement d'organismes externes.

Tableau récapitulatif

Objectif	Changement de comportements en matière d'hygiène.			
Groupe cible	Enfants <input type="checkbox"/>	Particuliers <input type="checkbox"/>	Ménages <input checked="" type="checkbox"/>	
	Communauté <input checked="" type="checkbox"/>	Écoles <input type="checkbox"/>	Société <input type="checkbox"/>	
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural <input checked="" type="checkbox"/>	Urbain <input type="checkbox"/>	Urbain informel <input type="checkbox"/>	
	Pilote <input type="checkbox"/>	En expansion <input type="checkbox"/>	À l'échelle <input checked="" type="checkbox"/>	
	Dans un pays <input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays <input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région <input type="checkbox"/>	Au niveau mondial <input checked="" type="checkbox"/>		

Description

L'ATPC se fonde sur des techniques d'évaluation participative en milieu rural (EPMR) (voir Groupe P : Outils de planification participative, P1) afin de sensibiliser au risque que représente la défécation à l'air libre et de renforcer le sentiment naturel de « dégoût » que provoque cette pratique. Les membres de la communauté analysent leur profil d'assainissement, ainsi que la portée de la défécation à l'air libre et la propagation de la contamination fécale-orale qui affecte l'ensemble de la communauté. Les différents outils peuvent inclure :

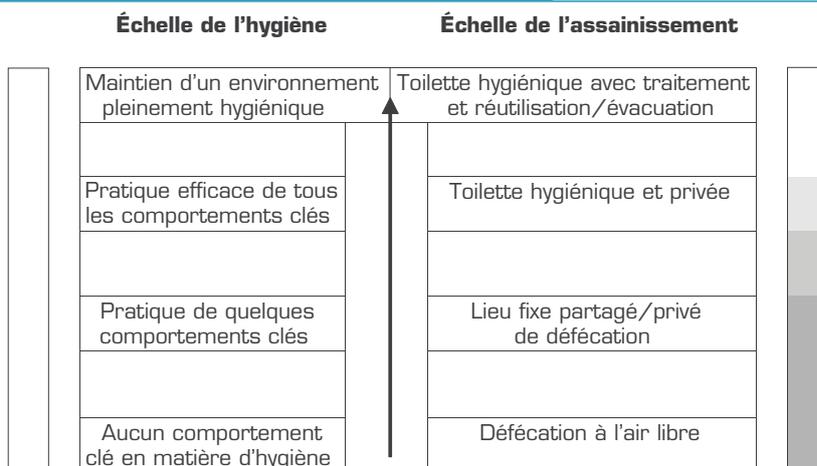
- ▶ des discussions de groupe ;
- ▶ des promenades ;
- ▶ la cartographie des zones de défécation à l'air libre ;
- ▶ le calcul de la merde (visant à calculer le poids total d'excréments produits et circulant dans la communauté).

Tout au long de l'approche, il est fait mention du mot merde. L'approche vise à générer un sentiment de « dégoût » et de « honte » chez les membres de la communauté. Ensemble, ils réalisent le terrible impact de la défécation à l'air libre, ce qui donne lieu au « déclenchement » de la communauté qui entreprend des actions locales et collectives afin d'améliorer l'assainissement au sein de leur communauté.

La sensibilisation et le moment du déclenchement se traduisent par des plans d'action visant à atteindre l'état FEDAL (fin de la défécation à l'air libre) au sein de la communauté. Plus important encore, les facilitateurs orientent la communauté vers le déclenchement sans mener ou imposer de décisions visant à prendre des actions car celles-ci doivent venir de membres de la communauté. Ces derniers évaluent la situation de l'eau et de l'assainissement de leur communauté, ainsi que les zones de défécation à l'air libre. Suite à des exercices participatifs, des discussions et des activités de sensibilisation, un plan communautaire est élaboré afin de mettre fin à la défécation à l'air libre et de promouvoir des comportements individuels plus hygiéniques et donnant lieu finalement à la construction de latrines.

L'approche encourage les entrepreneurs locaux à fournir des composantes de latrines. L'approche met l'accent sur la promotion d'un certain nombre de choix basés sur les capacités financières et la durabilité. Plus important encore, un financement d'équipement n'est généralement pas accordé aux ménages pour la construction de latrines. Toutefois, des primes d'encouragement ou des récompenses sont généralement offertes par les plus hautes sphères du gouvernement. Les communautés ont également le choix de faire un emprunt pour la construction de toilettes ou d'établir une subvention croisée au sein de la communauté.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	1999	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Kamal Kar (consultant indépendant en développement) en conjoint avec le Village Education Resource Center (VERC) et WaterAid. Au Bangladesh.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	WaterAid, Banque mondiale (WSP) et, à l'heure actuelle, de nombreux programmes donateurs tels que l'UNICEF, le DFID et le PLAN.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Asie: Afghanistan, Bangladesh, Cambodge, Chine, Inde, Indonésie, Népal, Pakistan, Timor Leste. Afrique: Érythrée, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Nigeria, Sierra Leone, Tanzanie, Ouganda, Zambie, Zimbabwe. Amérique latine: Bolivie. Moyen-Orient: Yémen.		
Expérience jusqu'à présent	Il existe de plus en plus de preuves indiquant que l'ATPC est une approche efficace en termes d'amélioration des comportements en matière d'hygiène et d'assainissement dans les communautés pratiquant la défécation à l'air libre. L'approche peut également être mise en place afin d'améliorer des latrines non hygiéniques. À titre d'exemple, dans les zones fixes où l'on pratique la défécation à l'air libre dans une latrine qui n'est pas couverte ou dans des zones urbaines densément peuplées où les excréments sont évacués à l'air libre. L'utilisation des principes de l'ATPC dans des zones où la couverture de l'assainissement est élevée mais dont l'utilisation reste faible a encouragé les programmeurs à examiner et à comprendre les raisons pour lesquelles certaines personnes n'ont toujours pas accès à un assainissement.		

Forces et faiblesses

Forces	<p>La méthode ne se fonde pas sur un financement de l'assainissement ou des services de fourniture d'organismes externes. Elle permet de réduire certaines contraintes mentionnées auparavant et de canaliser la capacité du secteur privé local qui émane des ménages afin de résoudre des problèmes locaux en matière d'assainissement.</p> <p>L'approche encourage les personnes à changer leurs comportements en matière d'hygiène sans pour autant imposer un comportement. Elle permet donc de renforcer l'autonomie des ménages et de les placer sur l'échelle de l'assainissement en fonction de leurs moyens. Il existe des preuves de projets indiquant que les ménages profitent de cette occasion pour améliorer ou grimper sur l'échelle en fonction de leurs moyens financiers.</p> <p>L'approche renforce également l'autonomie des chefs naturels d'une communauté et des facilitateurs qui vont dans d'autres communautés afin de propager les impacts ou d'utiliser l'action collective et la cohésion sociale en vue de résoudre certains problèmes liés aux moyens de subsistance au sein de la communauté.</p>
Faiblesses	<p>Tout comme dans le cas d'autres approches participatives, l'ATPC se fonde sur la qualité des facilitateurs. Toutefois, étant donné qu'il s'agit d'un concept relativement simple, facile à comprendre et facile à mettre en œuvre, l'approche est moins sujette aux erreurs des facilitateurs en comparaison avec d'autres approches participatives. Lorsque survient un problème, les preuves laissent entendre que ceux-ci ont tendance à apparaître lorsque le facilitateur est moins motivé ou peu intéressé. Le processus de sélection, la formation et le niveau de motivation des facilitateurs est un facteur essentiel pour le succès de l'approche.</p> <p>L'ATPC est également mis en œuvre là où il n'y a aucune intervention préalable en matière d'hygiène ou d'assainissement. Dans le cas d'interventions préalables ayant accordé un financement ou imposé une norme, la communauté a tendance à avoir des réserves et à se montrer sceptique au sujet de l'ATPC et attend de la documentation. Toutefois, même si elle s'avère plus difficile, la mise en œuvre avec succès de l'ATPC n'est pas impossible dans ces communautés.</p>

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	<p>Bibby, S. et Knapp, A. (2007). «From Burden to Communal Responsibility – A Sanitation Success Story from Southern Region in Ethiopia». Note de terrain du WSP en Afrique. http://www.wsp.org/UserFiles/file/2122007111721_From_Burden_to_Communal_Responsibility-Ethiopa.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
Évaluations externes publiées	<p>Evans, B., Colin, J., Jones, H. et Robinson, A. (2009). «Sustainability and Equity Aspects of Total Sanitation Programs – A study of recent WaterAid-supported programmes in three countries; Global Synthesis Report». WaterAid, Londres, Royaume-Uni.</p> <p>Robinson, A. (2005). «Scaling Up Rural Sanitation in South Asia – Lessons Learned from Bangladesh, India and Pakistan». WSP en Asie du Sud. http://www.wsp.org/UserFiles/file/36200745838_348730SAOSANITATION120STUDY1PRES.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
Impacts, résultats et durabilité	<p>La mise en œuvre de l'ATPC a donné lieu à une augmentation globale de la construction et de l'utilisation de latrines. Toutefois, étant donné qu'il s'agit d'une approche récente, il n'existe que peu de preuves qui confirment l'utilisation durable et à long terme. De la même manière, les impacts sur la santé ne sont généralement pas connus.</p>
Coût	<p>Evans et al. (2009) ont indiqué que le coût des investissements du WaterAid dans les trois pays qui font l'objet d'une étude s'élèvent de 7 à 84 dollars par ménage compte non tenu des contributions de ces derniers.</p>
Ressources humaines	<p>L'approche requiert des facilitateurs formés, enthousiastes, bien intentionnés, prêts à passer un certain temps sur le terrain et appuyés par leurs organisations.</p>
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	<p>Le temps nécessaire depuis le lancement du processus jusqu'à atteindre l'état FEDAL peut varier fortement. Certaines communautés au Bangladesh n'auraient eu besoin que d'un mois. Une durée allant de trois à neuf mois semble être la norme.</p>

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	Site Web de l'Assainissement total piloté par la communauté, disponible à : http://www.communityledtotalsanitation.org/page/clts-approach – Consulté en mars 2010.
Boîtes à outils ou guides	<p>Kar, K. (2010). «Faciliter les ateliers de formation sur le terrain pour l'assainissement total piloté par la communauté ; Guide de formation des formateurs». WSSCC, Genève, Suisse. http://www.wsscc.org/node/1482?rck=ef8e5991154ff185cb91eb4e1d850941 – Consulté en novembre 2010.</p> <p>Kar, K. et Chambers R. (2008). «Manuel de l'assainissement total piloté par la communauté». Plan et Institut d'études sur le développement, Université du Sussex, Royaume-Uni. http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/handbook-community-led-total-sanitation (également disponible en anglais, en espagnol, en hindi et en bengali) – Consulté en mars 2010.</p> <p>Kar, K. (2005). «Guide pratique au déclenchement de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC)». Institut d'études sur le développement, Université du Sussex, Royaume-Uni. http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/practical-guide-triggering-community-ledtotal-sanitation (également disponible en chinois, en arabe, en anglais, en espagnol et en laotien) – Consulté en mars 2010.</p>
Lectures supplémentaires	<p>Chambers, R. (2009). «Going to Scale with Community-Led Total Sanitation: Reflections on Experience, Issues and Ways Forward». Document pratique de l'IDS. Institut d'études sur le développement, Université du Sussex, Royaume-Uni. http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/going-scale-community-led-total-sanitationreflections-experience-issues-and-ways-forward – Consulté en mars 2010.</p> <p>Colin, J. (2009). «Sustainability and Equity Aspects of Total Sanitation Programmes: A study of recent WaterAid-supported programmes in three countries: Bangladesh Case Study». WaterAid, Londres, Royaume-Uni.</p> <p>Jones, H., Jones, O., Kumar, K. et Evans, B. (2009). «Sustainability and Equity Aspects of Total Sanitation Programmes: A study of recent WaterAid-supported programmes in Nepal». WEDC et WaterAid, Londres, Royaume-Uni.</p> <p>Robinson, A. (2009). «Sustainability and Equity Aspects of Total Sanitation Programmes: A study of recent WaterAid-supported programmes in Bangladesh, Nepal and Nigeria: Nigeria Research: Final Report». WaterAid, Londres, Royaume-Uni.</p> <p>Bongartz, P. et Monik, S. (2008). Rapport de la Conférence de l'IDS sur l'assainissement total piloté par la communauté, IDS, Université du Sussex, 16 – 18 décembre 2008. Brighton, Royaume-Uni. http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/report-ids-conference-clts-16th-18th-december-2008 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Shayamal, S., Kashem, M.A., Rafi, S.M. et Ryan, P. (éd.) (2008). «Moving up the sanitation ladder: A participatory study of the drivers of sustainability and progress in Community-Led Total Sanitation». Chapitre 20 de «Beyond Construction, Use by All». WaterAid, Royaume-Uni et IRC, Pays-Bas. http://www.irc.nl/page/40591 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Burton, S. (2007). «Community-Led Total Sanitation (CLTS) An Evaluation of the WaterAid's CLTS Programme in Nigeria». WaterAid, Nigeria.</p> <p>Sanan, D. et Moulik, S.G. (2007). «Community-Led Total Sanitation in Rural Areas An Approach that Works». WSP-SA, New Delhi, Inde. http://esa.un.org/iys/docs/san_lib_docs/WSP-Community%20Led.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Heierli, U. et Frias, J. (2007). «One fly is deadlier than a hundred tigers: total sanitation as a business and community action in Bangladesh and elsewhere». SDC, WSSCC, WSP, Berne, Suisse. http://www.poverty.ch/sanitation.html – Consulté en mars 2010.</p> <p>WaterAid (2006). «Community-Led Total Sanitation in Nepal – Getting us back on track». WaterAid, Népal. http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/community-led-total-sanitation-nepal-getting-us-back-track – Consulté en mars 2010.</p> <p>Kar, K. et Pasteur, K. (2005) «Subsidy or self-respect? Community-Led total sanitation. An update on recent developments». Document de travail n°257 de l'IDS. Institut d'études sur le développement, Université du Sussex, Royaume-Uni. http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/subsidy-or-self-respect-community-led-total-sanitation-update-recentdevelopments – Consulté en mars 2010.</p>

Toute l'information supplémentaire concernant l'ATPC a été fournie par Robert Chambers et Petra Bongartz, de l'IDS au Royaume-Uni et par Andy Robinson, Consultant indépendant.

[S1.2] L'ASSAINISSEMENT TOTAL EN MILIEU SCOLAIRE (ATMS)

L'ATMS se fonde sur l'ATPC et utilise les mêmes exercices participatifs. Toutefois, l'ATMS envisage le problème d'un point de vue différent. La principale différence est que la prise de conscience d'un problème d'assainissement a tout d'abord lieu chez les enfants des écoles de la communauté et ce sans les adultes. En effet, il est connu que les enfants sont davantage réceptifs aux nouveaux apprentissages et peuvent devenir des agents de changement au sein de leur communauté.

Tableau récapitulatif

Objectif	Création de la demande pour l'assainissement.			
Groupe cible	Enfants <input checked="" type="checkbox"/>	Particuliers <input type="checkbox"/>	Ménages <input type="checkbox"/>	
	Communauté <input checked="" type="checkbox"/>	Écoles <input checked="" type="checkbox"/>	Société <input type="checkbox"/>	
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural <input checked="" type="checkbox"/>	Urbain <input type="checkbox"/>	Urbain informel <input type="checkbox"/>	
	Pilote <input checked="" type="checkbox"/>	En expansion <input type="checkbox"/>	À l'échelle <input type="checkbox"/>	
	Dans un pays <input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays <input checked="" type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région <input type="checkbox"/>	Au niveau mondial <input type="checkbox"/>		

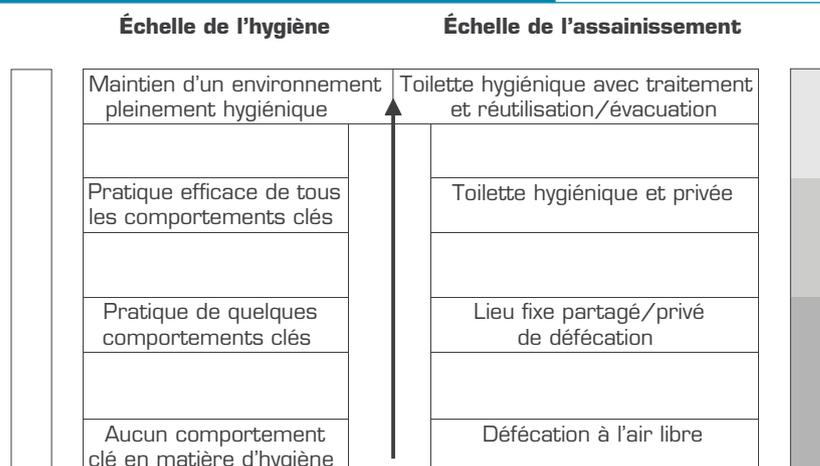
Description

L'ATMS se fonde sur l'utilisation d'activités et d'exercices participatifs visant à sensibiliser les enfants d'âge scolaire aux problèmes en matière d'assainissement. La zone cible est définie par la zone d'implantation de l'école, plutôt que d'une communauté. L'éducation à l'hygiène, ainsi que les outils de promotion de l'assainissement tels que l'ATPC, sont utilisés afin d'encourager les écoliers à adopter de nouvelles pratiques et à changer leurs comportements en matière d'hygiène et d'assainissement. Au fur et à mesure que le processus progresse, l'environnement scolaire est de plus en plus salubre. Les enfants transmettent alors les messages à leurs parents, ceux-ci observent les améliorations dans l'école et changent leurs comportements à la maison. Les enfants deviennent des agents de changement tandis que l'école montre la voie en termes de promotion des améliorations de l'assainissement au sein de leurs communautés.

À travers une formation adéquate de l'ONG chargée de la mise en œuvre, les enseignants « réguliers » peuvent jouer un rôle de facilitateurs – l'ONG fournit un soutien continu à la gestion scolaire selon les besoins.

L'approche se fonde sur les succès de l'initiative WASH dans les écoles de l'UNICEF et comprend les aspects de récompenses et de fonds renouvelables du paquet de mesures d'assainissement de base mis en œuvre par le gouvernement népalais. Toutefois, elle se distingue par ses liens avec l'ATPC et l'utilisation d'outils et de techniques participatifs.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	2005	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	L'UNICEF en conjoint avec la Croix-Rouge népalaise et le gouvernement népalais.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	L'UNICEF en conjoint avec la Croix-Rouge népalaise et le gouvernement népalais.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Au Népal et au Pakistan.		
Expérience jusqu'à présent	En juin 2009, l'ATMS a atteint près de 90 000 foyers népalais et 500 000 personnes de 15 districts à travers 300 écoles et des communautés voisines (Galbraith et Thomas, 2009). Toutefois, l'approche en est encore au stade pilote et il n'existe que peu d'évaluations quant à son efficacité.		

Forces et faiblesses

Forces	Ses forces sont fort semblables à celles de l'ATPC et du WASH dans les écoles. À titre d'exemple, l'approche promeut un sentiment de communauté et s'efforce d'inclure tous les ménages, ainsi que les plus démunis. Étant donné le fait que les enfants sont des agents de changement au sein de leurs communautés, l'approche s'efforce d'assurer la durabilité à long terme du changement de comportements.
Faiblesses	Le succès de l'approche dépend fortement de l'efficacité des enseignants qui, à son tour, est fortement liée à la formation qu'ils ont reçue, ainsi qu'à leur propre niveau de motivation. Les enseignants qui croulent sous le poids de la charge de travail supplémentaire et ne sont pas disposés à faciliter l'approche ne seront pas efficaces.

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Aucune.
Évaluations externes publiées	Aucune.
Impacts, résultats et durabilité	En juin 2009, près de 1 000 foyers des zones d'implantation des écoles dans 10 districts au Népal ont atteint l'état FEDAL. De plus, ces communautés ont réduit les diarrhées et les maladies transmissibles (Galbraith et Thomas, 2009). L'ATMS a été intégré dans le Plan directeur d'assainissement népalais, élaboré en 2009. En outre, le gouvernement népalais a mis en œuvre le programme dans les 75 districts (Galbraith et Thomas, 2009).
Coût	Le coût n'est pas clairement défini. Toutefois, il serait plus élevé que celui de l'ATPC dû au coût élevé de la formation des enseignants qui jouent un rôle de facilitateurs et au besoin de financement renouvelable et/ou de financement de l'infrastructure au sein de l'école.
Ressources humaines	L'approche requiert une formation des enseignants en tant que facilitateurs. Il est probable que les enseignants soient inexpérimentés en matière de développement et d'assainissement et qu'ils nécessitent une formation plus poussée que celle des travailleurs de l'ATPC sur le terrain.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Environ deux à trois ans.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	<p>Galbraith, A. et Thomas, C. (2009). «Community Approaches to Total Sanitation». Basé sur des études de cas de l'Inde, du Népal, de la Sierra Leone et de la Zambie. Note de terrain de la Division des politiques et des pratiques de l'UNICEF, New York, États-Unis.</p> <p>Adhikari, S. et Shrestha, N.L. (2008). «School Led Total Sanitation: successful model to promote school and community sanitation and hygiene in Nepal». Chapitre 9 de «Beyond Construction, Use by All». WaterAid, Royaume-Uni et IRC, Pays-Bas. http://www.irc.nl/page/40578 – Consulté en mars 2010.</p>
Boîtes à outils ou guides	<p>DWSS et UNICEF (2006). «Guidelines on School Led Total Sanitation. Steering Committee for National Sanitation Action». Ministère de l'approvisionnement en eau et des Réseaux d'assainissement et UNICEF Népal. http://www.unicef.org/wash/index_schools.html – Consulté en mars 2010.</p>
Lectures supplémentaires	<p>Khan, F., Syed, R. T., Riaz, M. et Casella, D. (2008). «School led sanitation promotion: Helping achieve total sanitation outcomes in Azad Jammu and Kashmir». Chapitre 14 de «Beyond Construction, Use by All». WaterAid, Royaume-Uni et IRC, Pays-Bas. http://www.irc.nl/page/40584 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Pretus, L. et Jones, O. (2008). «Money down the pan? Community level models for financing sanitation in rural Nepal». Chapitre 18 de «Beyond Construction, Use by All». WaterAid, Royaume-Uni et IRC, Pays-Bas. http://www.wateraid.org/documents/plugin_documents/money_down_the_pan_community_level_models_for_financing_sanitation_in_rural_nepal.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Nahar, Q. et Ahmed, R. (2006). «Addressing special needs of girls Challenges in school». UNICEF et WaterAid, Bangladesh. http://www.wateraid.org/documents/plugin_documents/addressing_the_special_needs_of_girls.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>WaterAid (2006). «Community-Led Total Sanitation in Nepal – Getting us back on track». WaterAid, Népal. http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/community-led-total-sanitation-nepal-getting-us-back-track – Consulté en mars 2010.</p>

Toute l'information supplémentaire concernant l'Assainissement total en milieu scolaire a été fournie par Umesh Pandey, l'Eau pour la Santé au Népal (NEWAH).

Le marketing des biens et des services se base sur le principe de « l'échange » volontaire entre un consommateur et un producteur au cours duquel les deux parties gagnent. Dans les cas où les biens et les services donnent lieu à une amélioration de la santé, Weinreich (1999) utilise le terme « marketing social » qu'il définit comme « l'utilisation de techniques de marketing commercial visant à promouvoir l'adoption de comportements afin d'améliorer la santé ou le bien-être du public cible ou de l'ensemble de la société ». Ce terme a largement été utilisé dans le secteur de l'assainissement même si certains préfèrent le terme « marketing de l'assainissement » dans le cadre des approches portant sur la promotion de biens et de services liés plus particulièrement à la construction et à l'utilisation d'installations sanitaires et le terme « marketing social » dans le cadre des approches portant sur la promotion d'un changement de comportement (p. ex. le lavage des mains décrit dans le Groupe H2: Le Marketing d'une intervention unique).

Un certain nombre d'approches se fondent sur des techniques de marketing visant à promouvoir l'assainissement. En termes de demande, ces approches considèrent généralement la population ciblée comme des consommateurs potentiels de biens et de services et prennent le temps d'analyser les raisons qui les motivent. En termes d'approvisionnement, ces approches se fondent sur les expériences du secteur privé visant à développer, à mettre en place et à promouvoir un produit approprié : dans ce cas-ci, des toilettes et des systèmes d'évacuation des excréments, tels que des latrines à fosse ou tout autre mécanisme. Il est important que les installations soient aisément disponibles et à un prix abordable. Le marketing peut, par exemple, se baser sur d'autres approches en matière d'assainissement (telles que l'ATPC) afin de stimuler la demande initiale.

L'assainissement peut être mis sur le marché et promu à travers différents moyens dont la publicité et les démonstrations qui visent à sensibiliser, à informer et à attirer l'attention des consommateurs potentiels sur l'achat de toilettes. Cette approche se réduit souvent aux quatre P du marketing : produit, prix, place et promotion.

Cairncross (2004) décrit la manière dont le marketing de l'assainissement (ou social) adapte les quatre P :

Produit : il s'agit d'un produit concret tel qu'une latrine, un service tel que la vidange d'une fosse ou encore une pratique telle que le lavage des mains. Les spécialistes du marketing désirent que les consommateurs en fassent bon usage ou changent leurs comportements.

Prix : les prix commerciaux doivent couvrir l'ensemble des coûts tandis que les spécialistes du marketing social ont le choix de financer certains produits afin d'atteindre un groupe vulnérable qui doit faire face à d'autres coûts, dont des coûts sociaux.

Place : le service doit être mis à la disposition du groupe cible. Les canaux publics, tels que les travailleurs d'approche et les volontaires des ONG, ainsi que les ateliers privés et les gens de métier, sont à même d'ouvrir le marché aux consommateurs. En d'autres termes, les chaînes d'approvisionnement desservent l'ensemble des ménages.

Promotion : la création de la demande pour lancer un produit entièrement nouveau est plus exigeante que la pratique commerciale de gagner des parts de marché face à ses concurrents. Celle-ci s'effectue à travers la promotion basée sur une compréhension des motivations du public ciblé et sur les connaissances concernant leurs principaux moyens de communication de confiance.

Scott (2005) suggère d'appliquer un cinquième P (**politiques**) aux programmes de marketing de l'assainissement. Les politiques peuvent être mises à profit afin de réprimer durement les comportements nuisibles pour la santé, par exemple à travers l'interdiction de fumer dans des lieux publics ou en facilitant les comportements visés, par exemple en augmentant la fourniture d'installations de lavage des mains dans les écoles. Un environnement favorable de politiques s'avère également vital dans le cadre du changement durable des comportements à long terme.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	Cairncross, S. (2004). «The Case for Marketing Sanitation». Note de terrain du WSP. WSP, Nairobi, Kenya. http://siteresources.worldbank.org/INTWS/Resources/case_marketing_sanitation.pdf – Consulté en mars 2010.
Boîtes à outils ou guides	Weinreich, N.K. (1999). «Hands-on Social Marketing: A Step-by-Step Guide». Sage Publications.
Lectures supplémentaires	<p>Heierli, U. et Frias, J. (2007). «One fly is deadlier than a hundred tigers: total sanitation as a business and community action in Bangladesh and elsewhere». SDC, WSSCC, WSP, Berne, Suisse.</p> <p>Scott, B (2005). «Social Marketing: A Consumer-based approach to promoting safe hygiene behaviours». Fiche d'information du WELL. WEDC et LSHTM, Royaume-Uni. http://www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-htm/Social%20marketing.htm – Consulté en mars 2010.</p> <p>ONU-Habitat (2006). «Social Marketing of Sanitation». Le Fonds de fiducie pour l'eau et l'assainissement de l'ONU-HABITAT, Kenya et Sulabh International, Inde.</p> <p>Obika, A. (2005). «The process for sanitation marketing». Fiche d'information du WELL. WEDC et LSHTM, Royaume-Uni. http://www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-htm/Sanitation%20marketing.htm – Consulté en mars 2010.</p> <p>Olembo L. et al. (2004) «Safe Water Systems: An Evaluation of the Zambia CLORIN Program: Narrative Safe Water System Evaluation Final Report».</p> <p>Jenkins, M. (2004). «Who buys Latrines, Where and Why? ». Note de terrain du WSP. WSP, Nairobi, Kenya. http://esa.un.org/iys/docs/san_lib_docs/Who%20Buys%20Latrines.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Colin, J. (2002). «The National Sanitation Programme in Mozambique: Pioneering Peri-Urban Sanitation». Note de terrain n°9 de la Série Or bleu, WSP Afrique, Nairobi, Kenya. http://www.wsp.org/UserFiles/file/af_bg_moz.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Robinson, A. (2002). «VIP Latrines in Zimbabwe: From Local Innovation to Global Sanitation Solution». Note de terrain n°4 de la Série Or bleu, WSP Afrique, Nairobi, Kenya. http://www.wsp.org/UserFiles/file/af_bg_zim.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Schellenberg J. et al. (2001). «Effect of a large-scale Social Marketing of Insecticide-treated nets on Child Survival in rural Tanzania». Extrait de The Lancet v.357: 1241-47</p> <p>Cave, B. et Curtis, V. (1999). «Effectiveness of promotional techniques in environmental health». Étude du WELL n°165. École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres pour le DFID. http://www.lut.ac.uk/well/resources/well-studies/full-reports-pdf/task0165.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Andreasen, A. (1995) «Marketing Social Change: Changing Behaviour to Promote health, Social Development, and the Environment».</p> <p>Site Web du Sulabh. Page d'accueil de l'Organisation internationale des services sociaux de Sulabh. http://www.sulabhinternational.org/ – Consulté en mars 2010.</p>

[S2.1] LE SOUTIEN AUX PETITS FOURNISSEURS INDÉPENDANTS (PFI)

Les petits fournisseurs indépendants fournissent des biens et des services d'assainissement (incluant la construction de latrines, la vidange de fosses, le traitement et l'évacuation des déchets, ainsi que des services de soutien). Il s'agit généralement d'entrepreneurs indépendants qui fournissent des services d'assainissement (et/ou d'approvisionnement en eau) à un ou plusieurs ménages. Même si ces entrepreneurs sont souvent associés aux zones urbaines et urbaines informelles, ils jouent également un rôle clé dans les zones rurales.

Tableau récapitulatif

Objectif	Création des chaînes d'approvisionnement de biens et de services appropriés.					
Groupe cible	Enfants	<input type="checkbox"/>	Particuliers	<input checked="" type="checkbox"/>	Ménages	<input type="checkbox"/>
	Communauté	<input type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input checked="" type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input checked="" type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		

Description

Les PFI construisent des latrines, fournissent des conseils techniques aux propriétaires, vidant des fosses de latrines et des fosses septiques, transportent les boues, opèrent des petites installations de traitement et construisent et gèrent des toilettes publiques. Ils utilisent des technologies simples, telles que la vidange manuelle des fosses, ainsi que du matériel plus sophistiqué, tel que des camions vidangeurs afin de vider des fosses septiques.

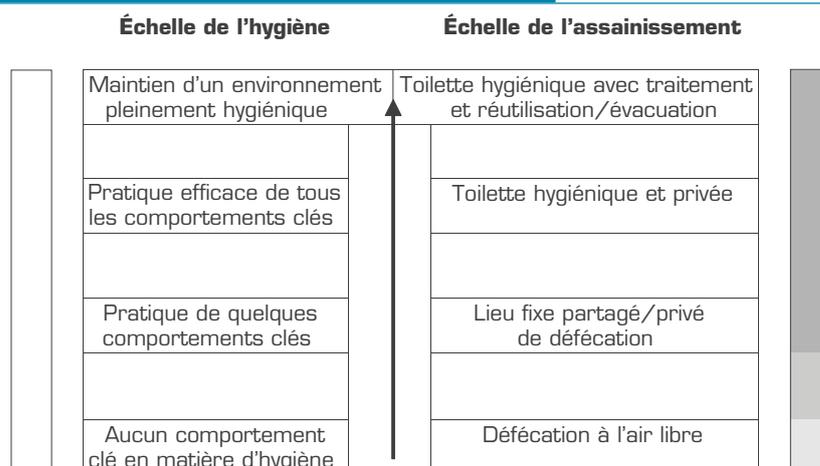
Les PFI font face à de nombreux obstacles lors de la construction de latrines ou des services de vidange dans des zones urbaines, pauvres et informelles. C'est la raison pour laquelle bon nombre de PFI qui parviennent à rester en affaire ne sont pas capables d'améliorer ou d'étendre leurs services au-delà de la fourniture d'opérations limitées. De telles contraintes incluent la concurrence d'autres fournisseurs et un choix limité pour l'évacuation des boues d'épuration. La vidange des fosses est souvent un facteur de risques sanitaires tant pour l'environnement que pour eux-mêmes. Le manque de clarté concernant leur statut juridique met également à mal leurs opérations et limite leur intérêt à investir dans l'expansion de leur entreprise.

Le soutien aux petits fournisseurs indépendants de services s'attaquerait aux problèmes suivants :

- la formalisation de la fourniture de services afin de réduire les coûts des ménages pauvres qui n'ont pas les moyens ou ne sont pas disposés à investir dans des services de réseau et de payer davantage par unité de service que les ménages plus riches qui ont accès aux services municipaux. Le coût de l'accès aux services pour un PFI est généralement plus élevé que celui fourni par le réseau municipal et ce, même sur un marché compétitif. À titre d'exemple, le coût de la vidange d'une latrine à fosse par un vidangeur de fosses indépendant (une fois tous les deux ans) est bien plus élevé que le coût total de l'accès au réseau municipal de traitement des eaux d'égouts sur une période de deux ans ;
- l'amélioration des réglementations de fournisseurs privés qui ne sont pas formellement enregistrées. Toutefois, de nombreux chercheurs soulignent que les efforts visant à organiser ou à réglementer ces fournisseurs peuvent se traduire par une faillite, supprimant ainsi les sources les plus fiables de services disponibles pour les plus démunis ;
- la formation et le soutien aux activités de marketing des fournisseurs indépendants afin de générer une croissance de la demande de services ;
- fournir des services de soutien au microfinancement des fournisseurs indépendants qui travaillent dans les zones rurales afin de les aider à faire face aux obstacles que pose l'environnement opérationnel qui se caractérise par des risques élevés et un faible rendement. Les contraintes incluent une clientèle dispersée, une faible demande, la présence de programmes externes de construction de latrines subventionnés par l'État, ainsi que le manque de clarté concernant leur statut juridique.

Alors que certains programmes d'assainissement tentent de répondre à ces problèmes, il n'existe que peu de preuves documentées des expériences à ce jour.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	mi-années 1990	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Le Partenariat des sociétés d'eau (WUP) a joué un rôle clé en soulignant l'importance des PFI dans les zones urbaines et urbaines informelles d'Afrique.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Le WSP et la Banque mondiale. Le WaterAid, l'IDE et le SDC.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Bénin, Burkina Faso, Ghana, Kenya, Mozambique, Sénégal, Tanzanie, Afrique du Sud, Ouganda (avec le soutien du gouvernement local ou central pour la construction de zones de déversement pour les camions vidangeurs), Nigeria (à travers des politiques efficaces visant à aider les PFI à investir et à gérer des toilettes publiques) et Vietnam. Utilisé à grande échelle en Amérique latine.		
Expérience jusqu'à présent	Certains exemples d'interventions incluent les services d'assainissement communautaires à Nairobi, au Kenya ; les exploitants de toilettes publiques à Kampala, en Ouganda ; les excavateurs et les vidangeurs de latrines à Mombasa, au Kenya et à Dar es Salaam, en Tanzanie ; les services de vidange de fosses à Dar es Salaam, en Tanzanie ; ainsi que le partenariat public-privé à Kano, au Nigéria. Ces interventions sont décrites sur la page «Practitioner's Companion: Water and Sanitation for All» du site Web du Partenariat des sociétés d'eau (Water Utility Partnership).		

Forces et faiblesses

Forces	<p>Les principaux avantages des PFI sont leurs capacités à s'adapter rapidement aux changements de la demande, à offrir les services nécessaires pour les familles à faible revenu, à s'autofinancer et à recouvrer tous leurs frais (Collignon et Vezina, 2000).</p> <p>Les petits fournisseurs jouent en général un rôle clé dans les quartiers à faible revenu qui n'ont pas accès aux réseaux municipaux, ainsi que dans les petites villes où les municipalités se sont peu à peu effacées de la gestion des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement.</p> <p>Le soutien externe à travers les PFI permet de renforcer les capacités locales plutôt que de les évincer et d'encourager une approche commerciale plus durable en matière de fourniture de biens et de services d'assainissement dans le futur. Les PFI s'avèrent être une stratégie utile là où l'utilisation des latrines est répandue et où les ménages expriment le désir d'améliorer les installations existantes et le niveau des services.</p>
---------------	---

Forces et faiblesses

Faiblesses

Les efforts visant à soutenir les PFI posent de nombreux défis car ils ont tendance à fausser les facteurs du marché qui fournissent au départ un avantage comparatif aux PFI. Une réglementation excessive peut causer des différences de prix et le financement direct peut fausser la concurrence.

Étant donné que les PFI ne sont pas embauchés par un organisme de l'État (un gouvernement local ou tout autre organisme d'assainissement), ils ne satisfont généralement que la demande directe des clients. Il est probable que la demande de ces particuliers entre en conflit avec l'intérêt plus général de la communauté. À titre d'exemple, les exploitants indépendants vidangent avec succès les déchets solides ou liquides des clients mais ne savent pas comment s'en débarrasser adéquatement et les déversent dans des lieux publics – en général des lacs, des rivières et le long des routes. Cette pratique insalubre pollue les approvisionnements en eau, cause des dommages à l'environnement et contribue à la mauvaise santé de la population locale.

Preuves de l'efficacité

Évaluations

internes publiées

Salter, D. (2008). «Identifying Constraints to Increasing Sanitation Coverage Sanitation Demand and Supply in Cambodia». Note de terrain. WSP-EAP, Phnom Penh, Cambodge. http://www.wsp.org/UserFiles/file/Sanitation_demand_and_supply_fieldnote_final_1.pdf – Consulté en mars 2010.

Frias, J. et Mukherjee, N. (2007). «Harnessing Market Power for Rural Sanitation: Private Sector Sanitation Delivery in Vietnam». WSP-EAP, Jakarta, Indonésie. http://www.wsp.org/UserFiles/file/eap_harnessing.pdf – Consulté en mars 2010.

Évaluations

externes publiées

Aucune.

Impacts, résultats et durabilité

Frias et Mukherjee (2007) indiquent que le projet de l'International Development Enterprises (IDE) au Vietnam a donné lieu à une augmentation rapide de la construction de latrines. En effet, 7 715 latrines ont été construites en 14 mois. Celles-ci ont été construites sur base des investissements des ménages, desquelles 6 251 ont été construites en 2004, ce qui représente une augmentation quatre fois plus importante que la moyenne annuelle jusqu'en 2003.

Dans une recherche menée sur la manière dont les fournisseurs cambodgiens font face à la demande de latrines, Salter (2008) a observé que «l'approvisionnement doit être renforcé afin de fournir des produits de milieu de gamme à bas prix». Les composantes des produits les moins chers sont disponibles mais ne sont pas présentées de manière visible ou sont difficilement accessibles pour les clients. L'information concernant les prix n'est pas toujours claire, tout comme les informations indiquant au client qu'il est toujours possible de commencer par une latrine à bas prix et l'améliorer par la suite.

Coût

Données insuffisantes.

Ressources humaines

Données insuffisantes.

Temps nécessaire pour compléter l'intervention

Le temps consacré n'est pas spécifié. Toutefois, les interventions rapportées par Frias et Mukherjee (2007) ont été mises en œuvre sur une période de 14 mois.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	<p>Scott, R (2005). «SSIPs: a role in sustaining sanitation services to the urban poor». Note d'information du WELL n°31. WEDC et LSHTM, Royaume-Uni. http://www.lboro.ac.uk/well/resources/Publications/Briefing%20Notes/BN32%20SSIPs.htm – Consulté en mars 2010.</p> <p>Collignon, B. et Vezina, M. (2000). «Independent Water and Sanitation Providers in African Cities Full Report of a Ten-Country Study HYDROCONSEIL». IRC et WSP http://www.wsp.org/UserFiles/file/af_providers.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Snell, S. (1998). «Water and Sanitation Services for the Urban Poor, Small-Scale Providers: Typology & Profiles ». http://www.wsp.org/UserFiles/file/global_typology.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Mehta, M., Virjee, K., Evans, B. et Wathobio, K. (2004). «Business Development Services for Community-managed Small Water Enterprises. From Post-Construction Support to Business Development Services in Kenya». http://www.wsp.org/UserFiles/file/625200773125_BusinessDevelopmentServicesForCommunityManagedSmallWaterEnterprisesAF.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Eales, K. (2005). «Bringing pit emptying out of the darkness: A comparison of approaches in Durban, South Africa, and Kibera, Kenya». BPD eau et assainissement, Londres, Royaume-Uni. http://www.bpd-waterandsanitation.org/bpd/web/d/doc_131.pdf?statsHandlerDone=1 – Consulté en mars 2010.</p>
Boîtes à outils ou guides	<p>Practitioner's Companion: Water and Sanitation for All. http://web.mit.edu/urbanupgrading/waterandsanitation/home.html – Consulté en mars 2010.</p>
Lectures supplémentaires	<p>IDE (2009). «IDE Sanitation marketing pilot project, Cambodia». Vidéo disponible sur YouTube à l'adresse suivante: http://www.youtube.com/watch?v=zloOePIhQzc&feature=player_embedded – Consulté en mars 2010.</p> <p>Solo, M.T. (2003). «Independent Water Entrepreneurs in Latin America – The other private sector in water services». Banque mondiale. http://www.wsp.org/UserFiles/file/35200755432_Tova_ingles.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Mehta, M. et Virjee, K. (2003). «Financing Small Water Supply and Sanitation Service Providers». WSP, Banque mondiale. http://www.wsp.org/UserFiles/file/329200795910_afFinancingSmallWaterSupplySanitationProvidersMicrofinanceSSA.pdf – Consulté en mars 2010.</p>

Toute l'information supplémentaire concernant les PFI a été fournie par Bernard Collignon d'Hydroconseil en France.

[s2.2] LES SANIMARTS

Un SaniMart est un petit magasin situé dans un bazar ou dans un marché et dans lequel il est possible d'acheter tous les matériaux nécessaires pour la construction et le maintien d'une latrine à un prix abordable. Les SaniMarts mettent en évidence les bénéfices de l'assainissement et de l'hygiène pour la santé.

Tableau récapitulatif

Objectif	Création des chaînes d'approvisionnement de biens et de services appropriés.		
Groupe cible	Enfants <input type="checkbox"/>	Particuliers <input checked="" type="checkbox"/>	Ménages <input checked="" type="checkbox"/>
	Communauté <input type="checkbox"/>	Écoles <input type="checkbox"/>	Société <input checked="" type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural <input checked="" type="checkbox"/>	Urbain <input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel <input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote <input type="checkbox"/>	En expansion <input checked="" type="checkbox"/>	À l'échelle <input type="checkbox"/>
	Dans un pays <input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays <input type="checkbox"/>	
	Dans plus d'une région <input checked="" type="checkbox"/>	Au niveau mondial <input type="checkbox"/>	

Description

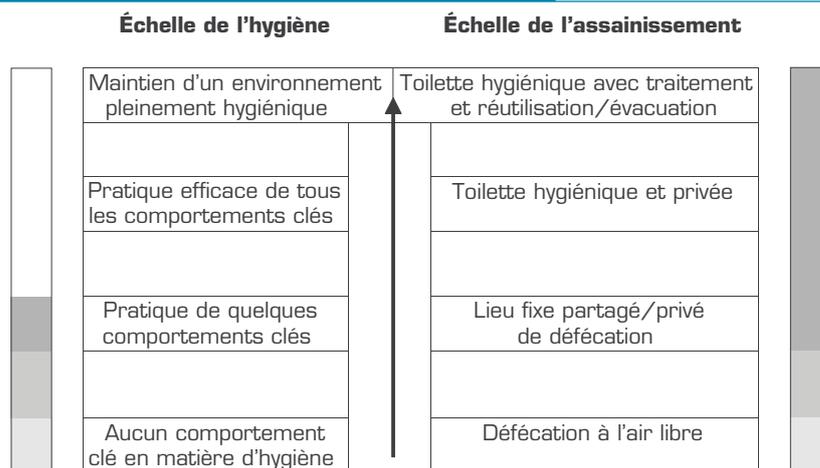
Les SaniMarts sont des magasins établis de manière proactive là où le marché ne peut fournir des biens et des services d'assainissement. Les SaniMarts reçoivent un stock initial de produits à un prix abordable pour les personnes. L'objectif est de permettre au propriétaire de gagner sa vie à travers les produits mis en vente et leurs prix. Chaque magasin dispose d'un promoteur de l'assainissement formé qui fournit des conseils aux clients en matière de construction, de maintien et d'utilisation de latrines. Un petit groupe de maçons formés en construction de latrines sont également mis à disposition pour la construction d'une latrine à un tarif convenu ou tout simplement pour fournir des conseils.

Les activités clés de la mise en œuvre d'un programme SaniMart incluent :

- ▶ la formation de gérants de boutiques et de promoteurs de l'assainissement et du marketing ;
- ▶ la sélection et la formation de maçons (incluant des femmes, à travers les centres de production de femmes, et les jeunes, à travers les programmes d'emploi pour les jeunes) ;
- ▶ la mobilisation – la personne-ressource dans le village s'occupe du transport et de la production de brochures, d'affiches et de films ;
- ▶ les visites à domicile de promoteurs de l'assainissement. Le promoteur et la famille sont tous deux récompensés pour toutes toilettes mises en place par le SaniMart.

Il est important de tenir compte du fait que dans de nombreux cas au niveau mondial, ces activités sont mises en œuvre de manière spontanée et ce, sans le soutien d'un ministère quelconque, d'un organisme ou d'une ONG. La différence fondamentale réside dans l'approche. En effet, cette dernière peut stimuler la demande et fournir un soutien afin de créer des chaînes d'approvisionnement de biens et de services appropriés là où elle n'a pas encore été mise en œuvre et où il existe une lacune dans le marché.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	1993	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	L'UNICEF et la Mission Ramakrishna Lokshiksha Parishad (RKMLP). Piloté pour la première fois dans le district d'East Midnapore, en Inde.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	L'UNICEF et la Mission Ramakrishna Lokshiksha Parishad (RKMLP).		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Bangladesh, Inde, Népal, Pakistan, Mozambique et Nigeria.		
Expérience jusqu'à présent	<p>Les SaniMarts ont été utilisés avec succès dans les zones urbaines, urbaines informelles et rurales où ils sont également appelés Marchés sanitaires ruraux (RSM). Le Programme de latrines améliorées (Programa de Latrinas Melhoradas [PLM]) a profité à plus de deux millions de personnes dans les zones urbaines informelles des principales villes du Mozambique. Le programme a aidé à mettre en place des ateliers de production (où les composantes des latrines sont fabriquées) en fournissant des terres (à titre gratuit dans la plupart des cas) pour les ateliers et en organisant des activités de formation (Trémolet et al., 2009).</p> <p>Toutefois, même si l'approche est largement utilisée en Asie du Sud, celle-ci n'a pas eu le même effet en Afrique. Ceci est attribuable en grande partie aux différences entre les environnements favorables des deux régions, ainsi qu'au manque d'accès au transport, aux biens et aux services en Afrique en comparaison avec l'Asie du Sud.</p> <p>Cependant, même en Asie du Sud, l'approche n'est pas aussi répandue que ce que l'on avait espéré. De plus, l'approche nécessite un soutien plus solide des donateurs.</p>		

Forces et faiblesses

Forces	L'approche permet aux bénéficiaires de faire leurs propres choix concernant le niveau du service qu'ils désirent en fonction de leurs moyens financiers.
Faiblesses	<p>L'approche a tendance à aider les personnes qui se situent déjà sur l'échelle de l'assainissement et/ou de l'hygiène et qui défèquent déjà dans une latrine ou partagent une latrine en vue de grimper sur l'échelle.</p> <p>Il est possible que l'approche marginalise les plus démunis qui n'ont pas les moyens d'investir dans l'amélioration de l'assainissement et exclue les personnes qui n'ont pas adopté le concept de l'utilisation des latrines.</p> <p>Des mécanismes de financement appropriés (tels que le microfinancement) sont essentiels afin de s'assurer que les SaniMarts soient autosuffisants. Lorsque les SaniMarts dépendent fortement du financement dans le cadre d'un projet, ceux-ci sont susceptibles de ne pas être considérés comme des entreprises viables.</p>

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	<p>NEWAH (2004). «Easy Access to Sanitation Materials in Rural Nepal An Evaluation of a SaniMart Pilot Project». l'Eau pour la Santé au Népal (NEWAH), Népal. http://www.wateraid.org/documents/sanimart.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Cheruvuri, S. (undated). «East Midnapore – 100% toilet coverage». UNICEF, Inde. http://www.unicef.org/india/wes_1433.htm – Consulté en mars 2010.</p>
Évaluations externes publiées	<p>Kolsky, P., Baumann, E., Bhatia, R., Chilton, J. et van Wijk C. (2000). «Learning from Experience: Evaluation of UNICEF's Water and Environmental Sanitation Programme in India, 1966-1998». Agence suédoise de coopération au développement international, Stockholm, Suède. http://www.unicef.org/evaldatabase/files/IND_2000_800.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Trémolet, S., Perez, E. et Kolsky, P. (2010). «Financing On-site Sanitation for the Poor. A Global Six Country Comparative Review and Analysis». Équipe internationale de travail sur l'assainissement du WSP. Document technique, Programme pour l'eau et l'assainissement, Banque mondiale. http://www.wsp.org/UserFiles/file/financing_analysis.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
Impacts, résultats et durabilité	<p>Kolsky et al. (2000) ont indiqué que la mise en œuvre du concept n'a pas porté ses fruits en Inde, comme beaucoup l'avaient espéré, et les progrès se sont fait attendre. En 1994, on ne comptait qu'une centaine de MSR ayant construit 17 000 latrines. En 1999, seul 558 MSR supplémentaires ont été mis en place.</p> <p>Les preuves du succès de l'approche dans le district d'East Midnapore, du Bengale-Occidental, en Inde, sont décrites par Cheruvuri (sans date). Vingt-cinq marchés sanitaires ont été mis en place dans chaque quartier du district et ont joué un rôle clé dans l'augmentation de la couverture de toilettes au sein des ménages qui est passée de 4,74% en 1991 à 100% en 2006 – au total, 783 623 latrines ont été construites au sein des ménages.</p>
Coût	Données insuffisantes.
Ressources humaines	Il n'existe que peu de données concernant les exigences en matière de ressources humaines. Toutefois, Trémolet (2009) a indiqué qu'il est essentiel de réaliser la bonne combinaison entre maçons et promoteurs ou «vendeurs». Si la combinaison s'avère inadéquate, l'approvisionnement ne correspondra pas à la demande et donnera lieu à un manque de pièces d'équipement ou à un retard dans la construction des latrines – les ménages pourraient alors décider de ne pas construire une latrine.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Données insuffisantes.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	<p>Site Web du WaterAid. «SaniMart pilot in Nepal». http://www.wateraid.org/international/what_we_do/where_we_work/nepal/2601.asp – Consulté en mars 2010.</p> <p>Trémolet, S. (2009). Communication personnelle.</p>
Boîtes à outils ou guides	Aucune.
Lectures supplémentaires	<p>Site Web de la Mission Ramakrishna Lokasiksha Parishad, disponible à : http://www.rkmpur.org/URL/water_sanitation.htm – Consulté en mars 2010.</p> <p>Nahar, G. et Ahmed, R. (2006). «Addressing special needs of girls, Challenges in school». Présenté lors du SACOSAN II, en 2006, à Islamabad, au Pakistan.</p> <p>WSP (2000). Marketing Sanitation in Rural India. Field Note by WSP -SA, New Delhi, India. http://www.wsp.org/UserFiles/file/sa_marketing.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Sengupta, A. (1999). «Creating Sanitation Awareness: Integrated Sanitation Project, Midnapore, India». Conférence de la Banque mondiale sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement communautaires. Banque mondiale, Washington D.C., États-Unis.</p> <p>UNICEF (1998). «Waterfront». Publication de l'UNICEF sur l'eau, l'environnement, l'assainissement et l'hygiène, New York, États-Unis. http://www.unicef.org/french/wes/files/wf12e.pdf – Consulté en mars 2010.</p>

Toute l'information supplémentaire concernant les SaniMarts a été fournie par Sophie Trémolet, Consultante indépendante.

Partie 2:

LES STRATÉGIES PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION

GROUPE F

Les cadres de programmation

Cette section décrit différentes approches participatives qui ont été développées tout particulièrement dans le cadre des zones urbaines. Il s'agit d'idées ou de cadres organisateurs en matière d'assainissement et d'hygiène et qui peuvent être utilisés dans le cadre de la planification de projets et de programmes d'intervention.

La planification de l'assainissement en milieu urbain peut être divisée en deux groupes : d'une part la planification, la mise en œuvre et l'exploitation de services de réseaux « formels » (en général des réseaux d'assainissement qui desservent des secteurs de la zone planifiée de la ville) et d'autre part, la fourniture ad hoc de services visant le reste de la ville et incluant les zones non planifiées, informelles et illégales. Même si un certain nombre d'initiatives d'ONG et d'Organisations Communautaires se sont efforcées de développer des approches se concentrant sur ces zones informelles, peu d'entre elles sont arrivées à créer un dialogue constructif avec les gestionnaires municipaux. En outre, la planification des systèmes formels ne tient généralement pas compte des besoins, des capacités et des limitations des citoyens pauvres.

Ces approches représentent une partie des efforts qui visent à encourager les liens entre ces deux réalités. La présente section se centre davantage sur les outils de planification qui ont été mis en œuvre plutôt que sur les expériences de projets spécifiques.

La présente section inclut également le Cadre d'amélioration de l'hygiène – un concept essentiel qui peut être mis en place tant dans les zones urbaines que rurales.

[F1]

APPROCHE STRATÉGIQUE D'ASSAINISSEMENT/PLANIFICATION STRATÉGIQUE DE L'ASSAINISSEMENT (ASA/PSA)

Il s'agit d'une approche visant à fournir des services d'assainissement urbain qui incluent les facteurs sociaux, techniques, institutionnels et économiques et qui ont un impact sur la durabilité de la fourniture des services pour tous les secteurs de la communauté urbaine. L'approche se concentre également sur des mesures incitatives, ainsi que sur la réactivité à la demande, la séparation des activités en matière de fourniture de services et la disponibilité de choix techniques, financiers et de gestion.

Tableau récapitulatif

Objectif	Amélioration de la planification et de la mise en œuvre des projets en matière d'hygiène et d'assainissement.					
Groupe cible	Enfants	<input type="checkbox"/>	Particuliers	<input type="checkbox"/>	Ménages	<input checked="" type="checkbox"/>
	Communauté	<input checked="" type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input checked="" type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input checked="" type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input checked="" type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		

Description

Les principes sous-jacents de l'ASA incluent :

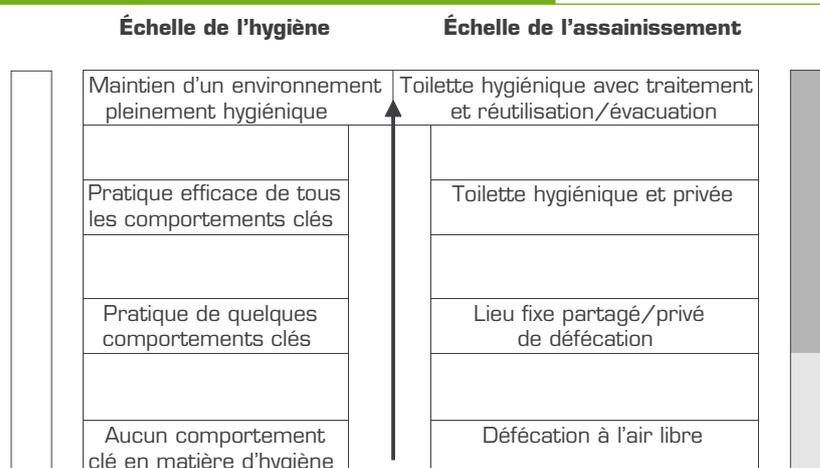
- ▶ une orientation sur la demande – en d'autres termes, les services d'assainissement devraient répondre aux besoins des utilisateurs qui devraient assumer tout ou partie des coûts liés auxdits besoins ;
- ▶ la mise en œuvre des mesures incitatives – c'est-à-dire l'identification des facteurs responsables de l'amélioration des comportements et des performances des partenaires en termes de gestion saine des installations terminées ;
- ▶ la séparation horizontale des activités (appelée également assainissement décentralisé) dans le cadre de laquelle les grandes villes sont divisées en deux ou plusieurs petites zones parallèles et indépendantes desservies par les services d'assainissement ;
- ▶ la séparation verticale des activités visant à séparer la gestion des services d'assainissement en amont (toilettes, réseaux de quartier, l'évacuation des fosses, gestion de la réutilisation locale...) et la gestion de l'évacuation des fosses, le traitement et la réutilisation/évacuation des flux de déchets résultants en aval ;
- ▶ le choix entre un éventail d'options technologiques, financières et de gestion ;
- ▶ l'utilisation d'une approche en matière d'assainissement centrée sur les quartiers dans le cadre de laquelle les quartiers, les communautés ou les petites zones parallèles et indépendantes font office de point pivot pour l'inclusion de la demande des ménages et de première zone de demande d'assainissement et donc de planification et de fourniture des services d'assainissement.

Description

Au-delà des principes sous-jacents mentionnés ci-dessus, l'ASA nécessite :

- ▶ un engagement en termes de gestion financière saine ;
- ▶ l'implication de l'ensemble de la ville plutôt que des projets de petite taille ;
- ▶ une vision élargie de l'assainissement qui englobe les égouts pluviaux, l'évacuation des eaux d'égouts, l'évacuation des déchets humains, ainsi que la gestion des déchets solides ;
- ▶ la différenciation des services – en d'autres termes, reconnaître que les différents choix en matière d'assainissement sont davantage appropriés à différentes zones géographiques au sein de la ville ;
- ▶ la séparation des responsabilités, c'est-à-dire l'adoption de différents arrangements institutionnels et/ou la différenciation entre organisations, institutions, groupes et particuliers chargés de la fourniture de services :
 - au sein des ménages, d'un quartier ou au niveau de la ville (séparation verticale des activités) ;
 - au sein des différentes zones de la ville (séparation horizontale des activités).
- ▶ une approche progressive visant dans un premier temps un seul quartier et qui s'étend par la suite en fonction de la disponibilité des ressources financières et de gestion et permettant ainsi d'équilibrer l'offre et la demande.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	1989	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Le Programme pour l'eau et l'assainissement de la Banque mondiale, Washington D.C., États-Unis. Piloté à Kumasi, au Ghana et à Ouagadougou, au Burkina Faso.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Le WSP et la Banque mondiale.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Ghana, Burkina Faso, Thaïlande, Brésil, Philippines, Indonésie, Pakistan et Inde.		

Genèse de l'approche

Expérience jusqu'à présent

L'ASA a été développé dans les années 1990 et a été piloté à Kumasi, au Ghana et à Ouagadougou, au Burkina Faso. L'approche a jeté les bases pour le Projet d'assainissement des bidonvilles à Bombay élaboré en 1995 dans le cadre d'un projet d'évacuation des eaux d'égouts à Bombay, en Inde. Ses principes sont inhérents à la séparation des égouts à Bangkok, au réseau de collecte condominial à Brasilia, ainsi que dans d'autres villes du Brésil et en Amérique latine, à l'approche plus récente en matière d'assainissement urbain dans le cadre du Projet pilote Orangi au Pakistan, ainsi qu'à l'élaboration du Programme de développement du secteur de l'assainissement (ISSDP) en Indonésie.

Les expériences de Bharatpur, en Inde, ont démontré que l'ASA est fort différente des pratiques municipales courantes et que les gouvernements au niveau des États doivent inclure ces pratiques dans leurs routines au niveau municipal en vue de leur adoption à grande échelle. Le projet pilote a également mis l'accent sur le besoin primordial de renforcer les capacités des fonctionnaires si ceux-ci ont des responsabilités techniques et de gestion dans le cadre de l'approche (Colin, 2000).

Toutefois, Vezina (2002) indique que l'ASA a enregistré des succès notables à Ouagadougou, au Burkina Faso, où une organisation parapublique (l'Office national de l'eau et de l'assainissement [ONEA]) a été nommée organisme responsable du secteur de l'assainissement par le gouvernement qui lui a conféré l'autorité nécessaire afin de mettre en œuvre ses activités. L'ONEA lève des fonds visant à financer l'amélioration de l'assainissement à travers l'imposition de frais supplémentaires sur l'eau traitée. Le fait que ces fonds ne passent pas par le gouvernement central joue un rôle clé dans le succès de l'approche car l'organisation est responsable tant de l'imposition des frais supplémentaires que de la mise en œuvre du programme.

Forces et faiblesses

Forces

L'ASA se fonde sur une approche à long terme, au niveau de la ville et intégrant des programmes d'assainissement plutôt que sur une approche à court terme et de petite taille. Cette approche permet notamment de développer une planification stratégique globale pour l'ensemble de la ville.

L'idée de séparation permet de faire face aux problèmes en matière d'assainissement au niveau local et ce, dans l'ensemble de l'infrastructure. Elle permet ainsi d'assurer la durabilité des services d'assainissement locaux. La demande des ménages peut alors être incluse et satisfaite au niveau des quartiers. Il est donc possible de faire face au problème de l'assainissement au niveau des quartiers et, finalement, de l'inclure et d'y répondre au niveau de la ville.

L'ASA fournit un cadre pour une planification adéquate et met l'accent sur le besoin d'un accès amélioré au niveau des ménages et d'une gestion saine de l'ensemble du système d'assainissement au niveau de la ville. L'approche établit également un lien explicite entre la prise de décisions techniques et les stratégies financières à long terme.

Faiblesses

On observe deux faiblesses principales. La première est liée aux connaissances et aux capacités des planificateurs. Ils peuvent souffrir d'un manque d'expérience en matière d'évaluation et d'inclusion de la demande, d'identification des choix de gestion au niveau local et des quartiers, de coordination entre les plans locaux et de la ville et de compréhension des choix financiers à long terme.

La seconde est liée à l'environnement favorable. Les villes jouissent d'une autorité limitée en termes d'imposition et de recouvrement des frais. Elles ont un contrôle limité sur leurs budgets d'investissement. Certaines normes et pratiques techniques s'avèrent inadéquates et font obstacle aux technologies décentralisées et plus appropriées. De plus, dans la plupart des villes, la gestion de l'assainissement est séparée de la gestion des réseaux d'assainissement sur le plan institutionnel, mettant ainsi à mal toute coordination.

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	<p>Colin, J., Ceetelaar, C., Utomo, N.T. et Blackett, I.C. (2009). «Urban Sanitation in Indonesia: Planning for Progress». WSP-EAP, Jakarta, Indonésie. http://www.wsp.org/UserFiles/file/Urban_San_Indonesia.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Vezina, M. (2002). «The Ouagadougou Strategic Sanitation Plan: An Holistic Approach to a City's Problems». Note de terrain n°10 de la Série Or bleu, WSP, Afrique.</p> <p>Colin, J. (2000). «Urban Environmental Sanitation Planning. Lessons from Bharatpur, Rajasthan, India». WSP – Asie du Sud, New Delhi, Inde. http://www.sulabhervis.in/admin/upload/pdf_upload/sa_bharatpur.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
Évaluations externes publiées	Aucune.
Impacts, résultats et durabilité	<p>En Indonésie, où l'ISSDP est en cours, le gouvernement central a indiqué que les stratégies d'assainissement des villes serviront de cadre pour l'affectation future de fonds pour l'assainissement des villes. La nouvelle approche en matière de planification est adoptée au sein des processus administratifs et le gouvernement vise le passage à l'échelle de l'élaboration des stratégies au niveau des villes à partir de 2010 (Colin, 2009). L'aide technique sera mise à disposition afin de renforcer les capacités en matière de planification et d'investissement dans l'assainissement à tous les niveaux du gouvernement. Des approches progressives sont planifiées et mises en place dans le cadre d'une stratégie plus vaste et à plus long terme.</p>
Coût	Données insuffisantes.
Ressources humaines	Données insuffisantes.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Données insuffisantes.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	<p>Taylor, K. (1998). «Assainissement stratégique en Asie du Sud». 24^e Conférence internationale du WEDC, Assainissement et eau pour tous. Islamabad, Pakistan.</p> <p>Colin, J. (2009). Communication personnelle par courrier électronique, 29 juin 2009.</p>
Boîtes à outils ou guides	Taylor, K., Colin, J. et Parkinson, J. (2000). «Strategic Sanitation Planning, A Guide». GHK, WEDC et WSP – Asie du Sud, Royaume-Uni.
Lectures supplémentaires	<p>Salifu, L. (2008). «Presentation from the 2008 World Water Week in Stockholm». WasteCare Associates, Ghana.</p> <p>GHK (2002). «Effective Strategic Planning for Urban Sanitation Services, Fundamentals of Good Practice». GHK Research and Training, Royaume-Uni. http://www.ghkeurope.com/products/prd02.asp?id=4 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Institutions et programmes du Projet pilote Orangi (2002). 89^e Rapport trimestriel, janvier, février, mars 2002. Institutions et programmes du Projet pilote Orangi, Karachi, Pakistan.</p> <p>WHO (2002). «Mumbai Slum Dwellers' Sewage Project Goes Nationwide». Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 2002 80 (8). OMS, Genève, Suisse.</p> <p>Neder, K. D. (1999). «Condominial Sewerage Systems for the Federal District of Brazil». Forum de 1999 de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement sur le financement de services durables. Institut de la Banque mondiale et Division de l'eau et de l'assainissement de la Banque mondiale, Washington D.C., États-Unis.</p>

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Lectures supplémentaires

Institut de recherche et de formation du Projet pilote Orangi (1998). «Proposal for a sewerage disposal system for Karachi». City Press, Karachi, Pakistan

Saywell, D. et Cotton, A. (1998). «Strategic Sanitation Approach – a review of literature». Centre pour l'eau, le génie et le développement (WEDC), Université de Loughborough, Royaume-Uni.

Wright, A.M. (1997). «Toward a strategic sanitation approach: improving the sustainability of urban sanitation in developing countries». PNUD. <http://www-wds.worldbank.org> – Consulté en mars 2010.

Banque mondiale. (1995). «Bombay Sewage Disposal Project: Staff Appraisal Report». Banque mondiale, Washington D.C., États-Unis.

Toute l'information supplémentaire concernant l'ASA/PSA a été fournie par Albert Wright, Consultant indépendant et Jeremy Colin, Consultant indépendant.

[F2] ASSAINISSEMENT 21

Le cadre d'Assainissement 21 est une version simplifiée du processus complexe de planification de l'assainissement urbain. Il sert de guide pour les planificateurs et les concepteurs et aide à établir des liens entre l'analyse institutionnelle et la planification technique.

Tableau récapitulatif

Objectif	Amélioration de la planification et de la mise en œuvre des projets en matière d'assainissement.					
Groupe cible	Enfants	<input type="checkbox"/>	Particuliers	<input type="checkbox"/>	Ménages	<input checked="" type="checkbox"/>
	Communauté	<input checked="" type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input checked="" type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input checked="" type="checkbox"/>	En expansion	<input type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input checked="" type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		

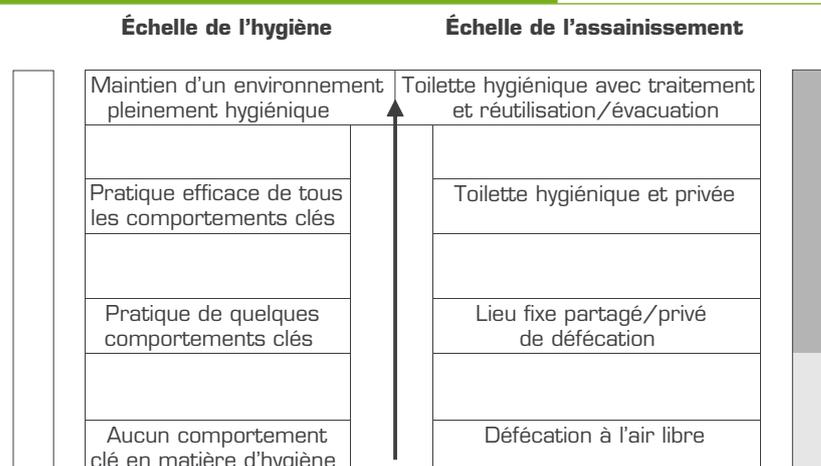
Description

Assainissement 21 est un cadre de planification pour l'assainissement urbain qui vise à :

- ▶ promouvoir l'analyse des objectifs d'un système d'assainissement à tous les niveaux de la ville, dont les ménages (les autres niveaux incluent les quartiers, la ville et ses environs) ;
- ▶ promouvoir une analyse des facteurs et des contextes qui ont un impact sur les comportements à tous les niveaux ;
- ▶ analyser les choix techniques liés aux systèmes des différents niveaux ;
- ▶ encourager une évaluation réaliste des exigences en matière de gestion des différents niveaux ;
- ▶ pousser les planificateurs et les concepteurs à se poser les questions suivantes : Cela fonctionnera-t-il ? Les exigences en matière de gestion correspondent-elles aux capacités de gestion du système ? Nos propositions s'inscrivent-elles dans les objectifs ?

L'approche n'est pas tout à fait nouvelle. En effet, elle repose sur des principes de planification et de pratiques de gestion bien établis au sein du monde des techniques, ainsi que sur de nombreuses pensées du monde en développement. L'éthique de l'approche se résume ainsi : « améliorons la planification et l'élaboration » (IWA, sans date).

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	2006	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	L'Association internationale de l'eau (IWA) sur base de travaux préalables dont l'ASA et l'AECM.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	L'Association internationale de l'eau (IWA).		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Afghanistan, Ouganda, Inde, Tanzanie.		
Expérience jusqu'à présent	À ce jour, aucun rapport concernant les expériences liées à son utilisation n'a été soumis.		

Forces et faiblesses

Forces et faiblesses	Aucun rapport concernant les expériences n'a été soumis. Les forces et les faiblesses n'ont donc pas été identifiées.
-----------------------------	---

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Aucune.
Évaluations externes publiées	Aucune.
Impacts, résultats et durabilité	Données insuffisantes.
Coût	Données insuffisantes.
Ressources humaines	Données insuffisantes.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Données insuffisantes.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	IWA (sans date). «Sanitation 21: Simple Approaches to Complex Sanitation A Draft Framework for Analysis». IWA, Royaume-Uni. http://www.iwahq.org/Mainwebsite/Resources/Document/Sanitation21.pdf – Consulté en mars 2010. Site Web de l'Assainissement 21 (disponible sur le site Web de l'IWA) http://www.iwahq.org/Home/Development/Technical_Expertise/Sanitation_21/ – Consulté en mars 2010.
Boîtes à outils ou guides	Aucune.
Lectures supplémentaires	Evans, B. (2008). «The Sanitation 21 Framework Simple Approaches to a Complex Problem». Présentation faite lors de la Semaine mondiale de l'eau à Stockholm, en 2008. http://www.worldwaterweek.org/documents/WWW_PDF/2008/sunday/K24/Sanitation_21_Barbara_Evans.pdf – Consulté en mars 2010.

[F3]

L'ASSAINISSEMENT ENVIRONNEMENTAL CENTRÉ SUR LES MÉNAGES (AECM)

L'AECM est une approche intégrée en matière d'assainissement environnemental qui se fonde sur les Principes de Bellagio. L'approche place les particuliers, les ménages et les communautés au centre de la planification, de la prise de décision et de la mise en œuvre du processus.

Tableau récapitulatif

Objectif	Amélioration de la planification et de la mise en œuvre des projets en matière d'hygiène et d'assainissement.					
Groupe cible	Enfants	<input type="checkbox"/>	Particuliers	<input checked="" type="checkbox"/>	Ménages	<input checked="" type="checkbox"/>
	Communauté	<input checked="" type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input checked="" type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input checked="" type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input checked="" type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		

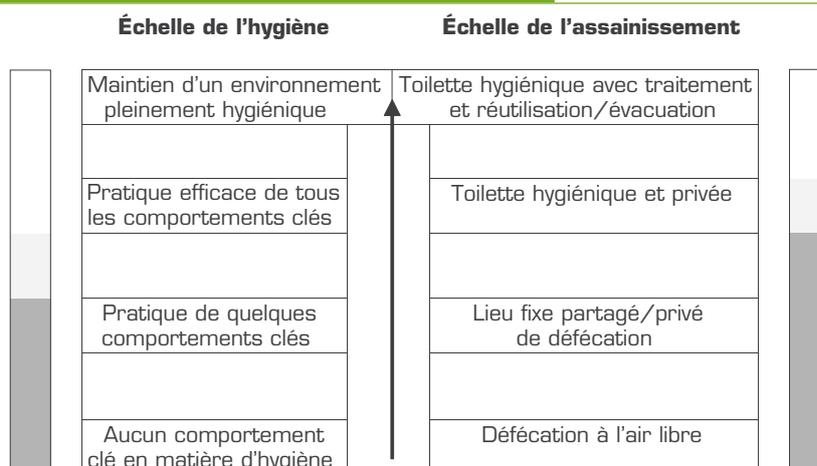
Description

L'AECM est une approche qui se fonde sur les Principes de Bellagio en matière d'assainissement durable. Ces principes ont été reconnus par les membres du WSSCC lors du 5^e Forum mondial en novembre 2000. Les principes prévoient que la dignité humaine, la qualité de la vie et la sécurité de l'environnement devraient être placées au centre de la nouvelle approche. De la même manière, la prise de décisions devrait inclure la participation de l'ensemble des partenaires, les déchets devraient être considérés comme une ressource et devraient s'inscrire dans un processus intégré de ressources en eau et de gestion des déchets. Enfin, les questions liées à l'assainissement environnemental devraient être résolues au niveau le plus bas possible (par exemple au niveau des ménages ou des communautés) (Zurbrügg et al., 2004).

Sur base de ces principes, l'AECM se veut une approche intégrée qui répond de façon simultanée à l'approvisionnement en eau potable, à l'assainissement environnemental et à la promotion de l'hygiène. Elle place les ménages et les quartiers au centre des processus de planification et de mise en œuvre. Les décisions visant à déterminer le type de services d'assainissement environnemental qui devra être mis en œuvre reposent principalement sur les besoins réels et les moyens des utilisateurs et sont prises en étroite collaboration avec l'ensemble des partenaires.

L'AECM suggère un processus de planification holistique au sein duquel les participants clés, dont notamment les ménages, en particulier les femmes, sont considérés comme des partenaires qui prennent des décisions concernant les services en matière d'hygiène personnelle et d'environnement. Le gouvernement et les organismes gouvernementaux répondent aux besoins à travers la mise en place d'un environnement qui facilite la mise en œuvre avec succès des services identifiés lors du processus de planification participative et considérés comme étant les plus appropriés. L'approche comprend également le concept de durabilité de l'environnement qui se base sur des systèmes rotatifs de gestion des ressources s'attaquant à la racine des problèmes en matière d'assainissement environnemental et mettant l'accent sur la conservation des ressources et la réduction des déchets (Lüthi and Tilley, 2008).

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	2000	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Le WSSCC et l'Eawag/Sandec.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	L'OMS, la Direction du développement et de la coopération et l'ONU-Habitat.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Costa Rica, Burkina Faso, Kenya, Tanzanie, Laos, Népal et Mongolie.		
Expérience jusqu'à présent	Six sites d'essai ont été sélectionnés. L'AECM a été mis en place dans un site au Costa Rica (Amérique centrale), un au Burkina Faso (Afrique de l'Ouest), deux en Afrique de l'Est (Kenya et Tanzanie) et deux en Asie (Laos et Népal) (Lüthi et al., 2008).		

Forces et faiblesses

Forces	<p>L'AECM offre la possibilité de fournir des avantages économiques ou non économiques, ainsi qu'un paquet de services intégrés, abordables et durables afin de répondre aux priorités des utilisateurs (Eawag, 2005).</p> <p>L'approche aligne la planification et la prise de décisions sur les besoins et les attentes des ménages urbains (un environnement salubre, des toilettes salubres et adéquates, etc.) et se distingue des cadres de planification traditionnels qui ont tendance à se concentrer sur la fourniture d'éléments « en aval » du système (des égouts collecteurs et des installations de traitement des eaux usées).</p> <p>Le traitement des eaux aussi près que possible du point de production encourage la décentralisation des systèmes à des coûts de gestion moins élevés et offre de meilleures opportunités pour la réduction et la réutilisation des déchets.</p>
Faiblesses	<p>L'approche requiert une collaboration et une coordination entre les différents organismes dont les compétences seraient différentes ou qui seraient peu enclins à travailler de manière conjointe.</p> <p>Bon nombre d'urbanistes et de gestionnaires municipaux doivent s'aligner sur les demandes d'AECM, ce qui peut s'avérer difficile. Un soutien externe important peut être nécessaire afin de renforcer les capacités dans le cadre de ce type de planification au niveau local.</p> <p>De nombreuses villes n'ont toujours pas l'autonomie financière et technique pour soutenir ou mettre en œuvre le type de prise de décisions mis en avant par l'AECM. C'est la raison pour laquelle l'approche devrait être prise en considération là où il existe un engagement politique solide visant à soutenir les efforts durables et essentiels au succès.</p>

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Lüthi, C., Morel, A., Kohler, P. et Tilley, E. (2009). «People's Choice First, A 4-Country Comparative Validation of the HCES Planning Approach for Environmental Sanitation». NCCR Nord-Sud Dialogue n°22. Berne, Suisse. http://www.eawag.ch/organisation/abteilungen/sandec/publikationen/publications_sesp/index_EN – Consulté en mars 2010. Lüthi, C., Morel, A. et Tilley, E. (2008). «Integrate at the Top, Involve at the Bottom – The Household-Centred Approach to Environmental Sanitation». Département de l'eau et de l'assainissement dans les pays en développement (Sandec) de l'Institut Fédéral Suisse des Sciences Aquatiques et de la Technologie (Eawag), Dübendorf, Suisse.
Évaluations externes publiées	Aucune.
Impacts, résultats et durabilité	Sur la base des données réunies à partir de la validation de l'AECS dans quatre pays, Lüthi et al. (2009) ont observé qu'en comparaison aux approches fondées sur l'approvisionnement, le processus impliquant diverses parties prenantes peut se traduire par des systèmes d'assainissement plus abordables et plus pratiques pour les citoyens pauvres qui n'y ont pas accès et renforcer ainsi l'appropriation et l'autonomie des communautés en donnant une voix aux utilisateurs finaux à travers la priorisation des investissements dans l'infrastructure. L'AECS se fonde sur un bon équilibre entre les processus ascendants (c'est-à-dire la détermination des besoins, l'identification des solutions et la mise en œuvre des plans) et les processus descendants (c'est-à-dire la mise en place d'un environnement institutionnel favorable et l'engagement des institutions de l'État dans le cadre de l'élargissement de la fourniture de services communautaires). Toutefois, la viabilité des méthodes et des outils dépend de leur utilisation. En outre, les outils de planification doivent s'inscrire dans un contexte pertinent.
Coût	Le coût varie entre 15 000 et 20 000 dollars (incluant les coûts liés aux ateliers). Les coûts liés à la planification varient de 1,50 à 5 dollars par personne en fonction de la population ciblée (Lüthi, 2009).
Ressources humaines	Un coordinateur de planification capable de faciliter des processus impliquant diverses parties prenantes ; un ingénieur qui possède des connaissances en matière de choix de technologies d'assainissement à bas prix ; un agent d'information publique qui aide à mobiliser la communauté (Lüthi, 2009).
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Le processus de planification nécessite de 12 à 15 mois afin de démarrer la mise en œuvre (Lüthi, 2009).

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	Site Web de l'Institut de recherche de l'eau du domaine des EPF (EAWAG). http://www.sandec.ch – Consulté en mars 2010. Lüthi, C. (2009). Communication personnelle par courrier électronique, 29 mars 2009.
Boîtes à outils ou guides	Eawag (2005). «Household-Centred Environmental Sanitation; Implementing the Bellagio Principles in Urban Environmental Sanitation – Provisional Guideline for Decision-Makers». Eawag/WSSCC, Suisse. http://www.eawag.ch/organisation/abteilungen/sandec/publikationen/publications_sesp/hces_guidelines – Consulté en mars 2010.
Lectures supplémentaires	Lüthi, C. et Tilley, E. (2008). «HCES: A new approach for environmental sanitation planning for urban areas». 33 ^e Conférence internationale du WEDC, L'accès à l'assainissement et à l'eau salubre : Partenariats mondiaux et actions locales. Accra, Ghana. Zurbrügg, C. Morel, A. et Schertenleib, R. (2004). «New approaches for improved sustainability in urban environmental sanitation infrastructure and services». SANDEC, Suisse. http://www.eawag.ch/organisation/abteilungen/sandec/publikationen/publications_sesp/downloads_sesp/CETAMB-paper.pdf – Consulté en mars 2010.

Toute l'information supplémentaire concernant l'AECS a été fournie par Christoph Lüthi et Elisabeth Tilley de l'Eawag-Sandec en Suisse.

[F4]

LE CADRE D'AMÉLIORATION DE L'HYGIÈNE (CAH)

Le CAH est un outil qui permet de développer et de mettre en œuvre des activités de prévention des diarrhées. Le CAH n'est pas une approche à proprement parler. Il s'agirait plutôt d'un cadre global visant à prévenir les diarrhées à travers trois éléments clés : l'accès aux équipements et aux technologies nécessaires, la promotion des comportements en matière d'hygiène et le soutien pour un environnement favorable visant à assurer la mise en place à grande échelle et la durabilité.

Tableau récapitulatif

Objectif	Amélioration de la planification et de la mise en œuvre des projets en matière d'hygiène et d'assainissement.					
Groupe cible	Enfants	<input checked="" type="checkbox"/>	Particuliers	<input checked="" type="checkbox"/>	Ménages	<input checked="" type="checkbox"/>
	Communauté	<input checked="" type="checkbox"/>	Écoles	<input checked="" type="checkbox"/>	Société	<input checked="" type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input checked="" type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input checked="" type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		

Description

Le CAH est un cadre de programmation holistique qui vise à promouvoir tous les aspects de l'hygiène dont l'amélioration des services d'approvisionnement en eau. Le cadre a été conçu à l'origine par le Projet de santé environnementale de l'USAID et a par la suite été mis au point par l'USAID, l'UNICEF, le WSP, entre autres. Le CAH se fonde sur le principe selon lequel les interventions devraient comprendre trois éléments afin de prévenir les diarrhées : l'accès à l'équipement, la promotion de l'hygiène et un environnement favorable. Ces trois éléments sont essentiels dans le cadre du CAH et ont été élaborés afin d'encourager les comportements des ménages qui réduisent l'incidence des diarrhées chez les enfants, dont : l'évacuation sûre des fèces, le lavage des mains de manière adéquate et en temps opportun, ainsi que le stockage et l'utilisation d'une eau salubre pour la consommation et l'alimentation.

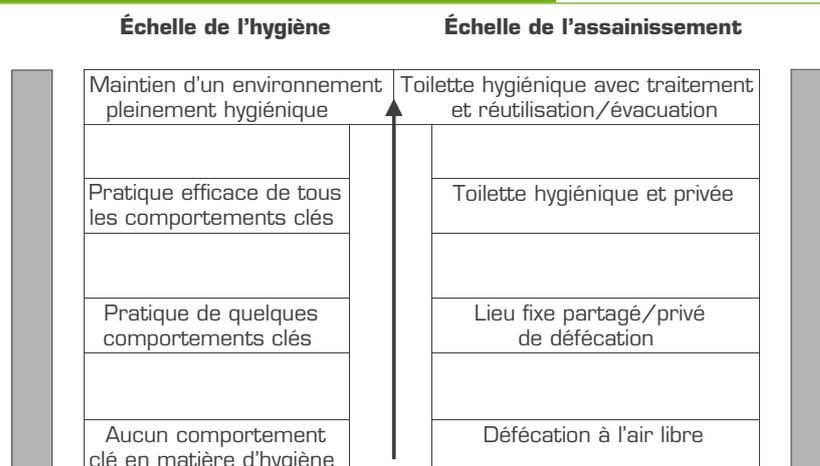
L'amélioration de l'accès aux équipements inclut :

- ▶ des systèmes continus d'approvisionnement continu en eau salubre pour les communautés et les quartiers ;
- ▶ des installations sanitaires pour l'évacuation des fèces, en particulier celles des jeunes enfants ;
- ▶ des technologies et du matériel pour l'amélioration de l'hygiène au sein des ménages, tels que du savon, le traitement de l'eau et des récipients de stockage.

Le CAH peut s'inscrire dans un programme tant au niveau urbain que rural.

Soulignons qu'il ne s'agit pas d'une approche à proprement parler mais d'un cadre au sein duquel les approches décrites dans le présent document peuvent être mises en œuvre.

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	1999	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Le Projet de santé environnementale de l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Amérique centrale		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	L'USAID, l'UNICEF, le WSSCC et le WSP.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Bangladesh, Guatemala, Jamaïque, Nicaragua, République démocratique du Congo, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mozambique, Ouganda.		
Expérience jusqu'à présent	L'USAID a développé un certain nombre de programmes sur la base du cadre, dont le programme de Changement de comportement total piloté par la communauté mis en œuvre par le gouvernement éthiopien et soutenu par l'USAID et le WSP (voir le Bureau de Santé du gouvernement régional d'Amhara, 2005). L'UNICEF a également adopté le CAH comme cadre pour ses stratégies WASH actuelles.		

Forces et faiblesses

Forces	Le CAH est extrêmement efficace dans le cadre des programmes WASH globaux visant à atteindre un maximum de bénéficiaires en matière de santé. Diverses organisations du secteur utilisent et adaptent le cadre de façon créative. Le CAH peut être modifié afin d'inclure des objectifs autres que la réduction des maladies diarrhéiques (comme par exemple une réforme des services publics ou l'évacuation des résidus d'égoûts).
Faiblesses	La programmation qui inclut l'ensemble des éléments du cadre n'est pas toujours réalisable dû aux contraintes externes.

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Favin, M. (2004). «Promoting Hygiene Behavior Change within C-IMCI: The Peru and Nicaragua Experience». EHP, Washington D.C., États-Unis. http://www.ehproject.org/PDF/Activity_Reports/AR-143CIMCI%20-format.pdf – Consulté en mars 2010.
Évaluations externes publiées	Aucune.

Preuves de l'efficacité

Impacts, résultats et durabilité	Sans objet. Étant donné qu'il ne s'agit pas d'une approche à proprement parler (mais d'un cadre au sein duquel d'autres approches peuvent être mises en œuvre), son efficacité ne peut être évaluée de manière indépendante.
Coût	Sans objet.
Ressources humaines	Sans objet.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Sans objet.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	Sorti, C. (ed). (2004). «The Hygiene Improvement Framework A Comprehensive Approach for Preventing Childhood Diarrhea». Publication conjointe n°8. EHP, UNICEF/WES, USAID, Banque mondiale/WSP, WSSCC. http://www.ehproject.org/PDF/JPO08-HIF.pdf – Consulté en mars 2010. USAID (2004). «Preventing Childhood Diarrhea Through Hygiene Improvement». Brochure produite par l'EHP, États-Unis – adaptée de la Publication conjointe n°8. http://www.ehproject.org/PDF/JPO013-HIFPhamplet%20PS.pdf – Consulté en mars 2010. USAID (2004). «Preventing Childhood Diarrhea Through Hygiene Improvement». Brochure produite par l'EHP, États-Unis – adaptée de la Publication conjointe n°8. http://www.ehproject.org/PDF/JPO04SAFER.pdf – Consulté en mars 2010.
Boîtes à outils ou guides	Eawag (2005). «Household-Centred Environmental Sanitation; Implementing the Bellagio Principles in Urban Environmental Sanitation – Provisional Guideline for Decision-Makers». Eawag/WSSCC, Suisse. http://www.eawag.ch/organisation/abteilungen/sandec/publikationen/publications_sesp/hces_guidelines – Consulté en mars 2010.
Lectures supplémentaires	Kleinau, E., Post, M. et Rosensweig, F. (2004). «Advancing hygiene improvement for diarrhea prevention: lessons learned». Projet de santé environnementale (EHP), Washington D.C., États-Unis. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADA451.pdf – Consulté en mars 2010. Bateman, O.M. et al. (2002). «Prevention of Diarrhea Through Improving Hygiene Behaviors». Publication conjointe n°4. EHP-CARE-ICDDR/B, EHP, Washington D.C., États-Unis. McGahey, C. (2001). «Urban Environmental Health Pilot Activities: Evaluation of Progress and Lessons Learned». Rapport d'activité n°116 de l'EHP, Washington D.C., États-Unis. Saadé, C., Bateman, M. et Bendahmane, D.B. (2001). «The Story of a Successful Public-Private Partnership in Central America: Handwashing for Diarrhoeal Disease Prevention». Publié par le Projet de soutien de base pour l'institutionnalisation de la survie de l'enfant (BASICS II), le Projet de santé environnementale, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Agence américaine pour le développement international et la Banque mondiale, États-Unis. http://www.ehproject.org/PDF/JPO01CentAmHandwash.PDF – Consulté en mars 2010.

Toute l'information supplémentaire concernant le CAH a été fournie par Merri Weinger, Sandra Callier et Sarah Fry du HIP/USAID.

[F5] FOAM ET SANIFOAM

L'accent sur les opportunités, les capacités et la motivation (FOAM pour ses sigles en anglais) et le SaniFOAM (le FOAM dans le cadre de l'assainissement) sont des cadres conceptuels visant à aider les gestionnaires et les personnes chargées de la mise en œuvre des programmes à comprendre et à analyser le lavage des mains et les comportements en matière d'assainissement.

Tableau récapitulatif

Objectif	Amélioration de la planification et de la mise en œuvre des projets en matière d'hygiène et d'assainissement.					
Groupe cible	Enfants	<input checked="" type="checkbox"/>	Particuliers	<input checked="" type="checkbox"/>	Ménages	<input checked="" type="checkbox"/>
	Communauté	<input type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input checked="" type="checkbox"/>	En expansion	<input type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input checked="" type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		

Description

Les cadres FOAM et SaniFOAM ont été développés par le Programme pour l'eau et l'assainissement, ainsi que ses partenaires, afin d'aider les praticiens à :

- ▶ analyser les résultats des études formatives disponibles ;
- ▶ participer à l'élaboration de nouvelles recherches ;
- ▶ prioriser le changement de comportements et les populations ciblées ;
- ▶ comprendre et tenir compte des différents facteurs qui influencent un comportement en particulier ;
- ▶ se concentrer et prioriser les interventions sur des facteurs en particulier dans le cadre du changement de comportements ;
- ▶ améliorer l'efficacité des interventions visant le changement de comportements ;
- ▶ identifier les indicateurs appropriés pour le suivi.

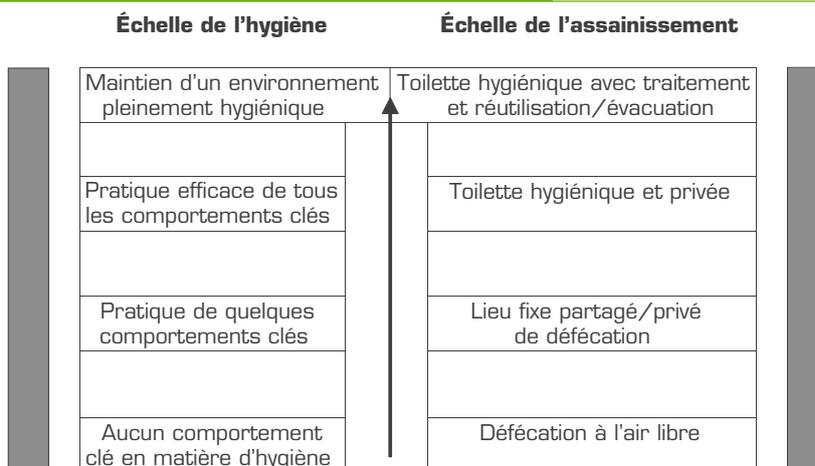
Le FOAM et le SaniFOAM identifient les facteurs qui influencent les comportements et les classent selon différentes catégories (opportunités, capacités et motivation). Les déterminants de chaque catégorie incluent :

- ▶ les opportunités : un accès adéquat au savon et à l'eau ou à des toilettes ;
- ▶ les capacités : abordabilité du savon ou des options de toilettes ;
- ▶ la motivation : les opinions concernant le savon ou les fèces.

Le F de FOAM et de SaniFOAM signifie l'accent (« Focus » en anglais) placé sur l'identification de la population cible et des comportements à analyser. Ces cadres peuvent donc être utilisés afin d'analyser les différents comportements, dont le lavage des mains à différents moments critiques (p. ex. après avoir été aux toilettes), la manipulation des excréments d'enfants et la défécation à l'air libre.

Le FOAM et le SaniFOAM ont été appliqués à deux programmes au niveau mondial, dont le Passage à l'échelle mondiale du lavage des mains et le Projet de passage à l'échelle mondiale de l'assainissement dans six pays (voir Partie 3.5).

Quelle est l'utilisation la plus adéquate sur l'échelle de l'hygiène et/ou de l'assainissement ?



Genèse de l'approche

Année de mise en place	2007 (FOAM 2008 (SaniFOAM)	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	<p>Le Programme pour l'eau et l'assainissement (WSP). Le FOAM a été développé par les participants du Projet de passage à l'échelle mondiale du lavage des mains lors d'un atelier à Hanoi, au Vietnam, en mars 2007. Le SaniFOAM a été développé par les participants de six organisations, dont l'UNICEF, le LSHTM, l'USIAD et l'AED/HIP lors d'un atelier à Durban, en Afrique du Sud, en 2008.</p>		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	La Fondation Bill et Melinda Gates.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Indonésie, Tanzanie, Inde, Sénégal, Vietnam, Pérou.		
Expérience jusqu'à présent	Les approches sont actuellement mises en place dans le cadre des Programmes mondiaux décrits dans la Partie 3.5 .		

Forces et faiblesses

Forces	Les approches peuvent être adaptées aux différentes populations et aux comportements et ont été élaborées afin d'être aisément utilisées.
Faiblesses	Les cadres ne suggèrent aucun lien (de cause à effet) entre les différents déterminants.

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Aucune.
Évaluations externes publiées	Aucune.
Impacts, résultats et durabilité	<p>En Indonésie (Java-Est), le FOAM a permis d'aider à identifier les déterminants de comportements aux différents échelons de l'échelle de l'assainissement sur la base des données d'une enquête réalisée auprès des ménages en 2008. Il a été observé qu'un statut social élevé et un accès aux fournisseurs de qualité se traduisaient par un assainissement amélioré. Les résultats ont permis d'aider les gestionnaires de programmes à améliorer leur stratégie de communication dans le cadre du changement de comportements.</p> <p>De la même manière, il a été observé que, tant au Pérou qu'au Sénégal, le lavage des mains est fortement lié à l'accès au savon et à l'eau à certains endroits en temps opportun. C'est la raison pour laquelle le Projet de passage à l'échelle mondiale a réorienté la communication interpersonnelle afin de renforcer les compétences des personnes chargées de l'entretien afin de créer des endroits désignés pour le lavage des mains. Des études supplémentaires sur « les produits de qualité » pour le lavage des mains (p. ex. des postes de lavage des mains et des tippy taps [une bouteille avec le bouchon troué qui permet aux gens de se laver les mains avec très peu d'eau]) sont en cours (Devine, 2009b).</p>
Coût	Données insuffisantes.
Ressources humaines	Données insuffisantes.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Données insuffisantes.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	<p>Site Web du WSP. Projet de passage à l'échelle mondiale de l'assainissement disponible à : http://www.wsp.org/index.cfm?page=page_disp&pid=1585 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Site Web du WSP. Projet de passage à l'échelle mondiale du lavage des mains disponible à : http://www.wsp.org/index.cfm?page=page_disp&pid=1586 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Devine, J (2009a). «Introducing SaniFOAM: A Framework to Analyze Sanitation Behaviors to Design Effective Sanitation Programs». WSP, Washington D.C., États-Unis. http://www.wsp.org/UserFiles/file/GSP_sanifoam.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Coombes, Y. et Devine, J (2009). «Introducing FOAM: A Framework to Analyze Handwashing Behaviors». Document de travail du WSP. WSP, Washington D.C., États-Unis.</p> <p>Devine, J (2009b). Communication personnelle par courrier électronique, 25 novembre 2009.</p>
Boîtes à outils ou guides	Aucune.
Lectures supplémentaires	<p>WSP (2008). «Developing a Sanitation Behavior Change Framework: SaniFOAM». Rapport d'atelier du 21 au 22 février 2008. WSP, Washington D.C., États-Unis. Durban, Afrique du Sud. http://www.wsp.org/UserFiles/file/SaniFOAM_Report409_3.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Voir également les Programmes mondiaux de la Partie 3, dont la section 3.5.1 – Passage à l'échelle mondiale de l'assainissement et la section 3.5.2 – Passage à l'échelle mondiale du changement de comportement en matière de lavage des mains.</p>

Toute l'information supplémentaire concernant le FOAM et le SaniFOAM a été fournie par Jacqueline Devine du Programme pour l'eau et l'assainissement.

Partie 3:

PROGRAMMES NATIONAUX ET MONDIAUX REGROUPÉS

Cette section inclut des informations concernant plusieurs programmes nationaux et mondiaux importants en matière d'assainissement et d'hygiène. Toutes se fondent sur une ou plusieurs approches décrites dans le présent document et mettent en exergue la manière dont celles-ci peuvent être regroupées et utilisées dans le cadre de la programmation réelle en vue du passage à l'échelle.

Cette section décrit tout d'abord des approches importantes qui ont été mises en œuvre en Inde, en Éthiopie, au Bangladesh et au Bénin – les approches de ces quatre pays revêtent un intérêt particulier. Une grande partie de la population indienne n'a toujours pas accès aux services d'assainissement et le défi de répondre aux besoins de ce groupe est de taille. La Campagne d'assainissement total du gouvernement indien, ainsi que les toilettes « payantes » de l'Organisation internationale des services sociaux de Sulabh, sont des exemples de deux approches mises en œuvre au niveau national. En revanche, l'Éthiopie est un pays de petite taille beaucoup moins peuplé. Toutefois, ce n'est que récemment que l'Éthiopie a fait ses premiers pas sur la scène de l'accès à l'assainissement. Deux nouvelles approches qui ont été mises en place afin de faire face à ce problème sont décrites par la suite. Le Bangladesh est à l'avant-garde des initiatives en matière d'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène en Asie du Sud. Par conséquent, deux des programmes les plus significatifs ont été inclus afin de fournir des exemples d'approches mises en œuvre afin d'atteindre les OMD au Bangladesh. Enfin, cette section décrit le Programme national de promotion de l'hygiène et de l'assainissement en milieu rural (PHA) au Bénin qui est un bon exemple de la mise en œuvre « à l'échelle » d'une série d'approches par le gouvernement national.

Finalement, cette section décrit deux approches mises en œuvre en vue du passage à l'échelle dans de nombreux pays. Toutes deux se fondent sur une ou plusieurs approches décrites dans le présent document.

Soulignons que les programmes et les approches inclus dans cette section ne représentent que des exemples. Même s'il s'agit d'approches revêtant un intérêt particulier, celles-ci ne représentent pas forcément la « meilleure » approche ou le « meilleur » modèle considéré par le WSSCC comme étant la norme ou meilleurs que d'autres exemples.

3.1 L'INDE

En dépit des investissements importants des 20 dernières années, l'Inde fait face à un défi de taille en matière d'hygiène et d'assainissement. L'UNICEF estime que près de 400 000 enfants de moins de cinq ans meurent chaque année de diarrhées, c'est-à-dire plus de mille enfants par jour. De la même manière, plusieurs millions d'enfants souffrent d'épisodes diarrhéiques tandis que d'autres souffrent d'hépatite A, de fièvre entérique, de vers intestinaux et d'infections oculaires et cutanées causés par une mauvaise hygiène et une eau non potable. La diarrhée reste la cause principale de mortalité infantile derrière les infections respiratoires, causée en grande partie par des pratiques insalubres et une eau non potable. La couverture de l'assainissement reste faible et les statistiques actuelles indiquent que près de 122 millions de ménages indiens ne disposent pas de toilettes (site Web de l'UNICEF en Inde, 2009).

Il est encourageant de noter que, selon l'OMS/UNICEF – JMP (2008), la couverture de l'assainissement a augmenté de manière significative de 14% en 1990 à 28% en 2006. En outre, selon des chiffres plus récents du gouvernement indien (2007a), celle-ci atteint 49%. Alors qu'on peut observer un accroissement de la couverture et de l'utilisation de l'assainissement, le JMP explique que la couverture reste faible dans les zones rurales (18% en 2006) et 74% de la population rurale pratiquent encore et toujours la défécation à l'air libre. Il est clair qu'il reste encore un bon bout de chemin à parcourir avant d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement visant à réduire de moitié le nombre de personnes qui n'ont toujours pas accès à un assainissement de base durable d'ici à 2015.

La Campagne d'assainissement total (CAT) est un programme pilote du gouvernement indien visant à améliorer l'assainissement en milieu rural. Le CAT s'est fixé un objectif ambitieux qui va au-delà des OMD et vise à atteindre la couverture universelle de l'assainissement au niveau national d'ici à 2012, année de la fin du onzième Plan quinquennal de l'Inde (Gol, 2007a). Le CAT s'éloigne des approches fondées sur les infrastructures des initiatives précédentes du gouvernement et plaide pour une approche participative et régie par la demande qui se concentre sur la promotion du changement de comportements. La Campagne d'assainissement total est décrite ci-dessous.

La deuxième approche décrite ici a été élaborée par l'Organisation internationale des services sociaux de Sulabh, une ONG indienne. Sulabh compte près de 40 ans d'expérience en matière de services d'assainissement en Inde, en particulier les latrines dans des lieux publics utilisées par 10 millions d'Indiens chaque jour. L'approche mise en œuvre par Sulabh se distingue des autres approches car elle inclut un élément important: les équipements. Soulignons que l'approche de Sulabh se fonde tant sur le marketing de l'assainissement (**voir Groupe S2**) que sur un partenariat public-privé.

RÉFÉRENCES :

Site Web de l'UNICEF en Inde (2009). «Children's issues: water and sanitation». Disponible à http://www.unicef.org/india/children_2357.htm – Consulté en mars 2010.

OMS/UNICEF-JMP (2008). «Progress in Drinking-water and Sanitation: special focus on sanitation». UNICEF, New York et OMS, Genève. http://www.wssinfo.org/en/40_MDG2008.html – Consulté en mars 2010.

Gouvernement de l'Inde (2007a). Commission de planification du onzième Plan quinquennal (2007-2012). Gouvernement de l'Inde, New Delhi, Inde. http://ddws.gov.in/popups/XIPlan_BHARAT%20NIRMAN.pdf – Consulté en mars 2010.

3.1.1 LA CAMPAGNE D'ASSAINISSEMENT TOTAL (CAT) EN INDE

Le CAT est un programme global et national visant à assurer des installations sanitaires dans les zones rurales avec le but général d'éradiquer la pratique de la défécation à l'air libre.

Tableau récapitulatif

Objectif	Améliorer la qualité de vie des personnes rurales et assurer l'intimité et la dignité des femmes.					
Groupe cible	Enfants	<input type="checkbox"/>	Particuliers	<input checked="" type="checkbox"/>	Ménages	<input type="checkbox"/>
	Communauté	<input checked="" type="checkbox"/>	Écoles	<input checked="" type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input type="checkbox"/>	Urbain informel	<input type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input type="checkbox"/>	À l'échelle	<input checked="" type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input checked="" type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		
Renvoi à la PARTIE 2 ?	Assainissement total piloté par la communauté S1.1 SaniMarts S.2.2 WASH dans les écoles H.1.4					

Description

La Campagne d'assainissement total (CAT) est un programme national dont la mise en place varie d'un État à l'autre. Les principaux objectifs du CAT incluent :

- ▶ l'amélioration globale de la qualité de vie dans les zones rurales ;
- ▶ l'accélération de la couverture de l'assainissement dans les zones rurales ;
- ▶ la création d'une demande d'installations sanitaires à travers la sensibilisation et l'éducation sanitaire ;
- ▶ la fourniture d'installations sanitaires et la promotion de l'éducation sanitaire et des pratiques d'hygiène chez les étudiants au niveau des écoles et des anganwadis (centres de jour pour mères et enfants) dans les zones rurales ;
- ▶ le soutien aux technologies d'assainissement appropriées et rentables ;
- ▶ l'élimination de la défécation à l'air libre afin de réduire les risques de contamination des sources d'eau potable et de la nourriture ;
- ▶ le remplacement des latrines sèches par des latrines à chasse d'eau manuelle.

Les principaux éléments du CAT incluent :

- ▶ des activités de démarrage incluant une analyse de la situation, des enquêtes de référence et l'élaboration d'un plan de mise en œuvre d'un projet ;
- ▶ des activités IEC (information, éducation et communication) ;
- ▶ la mise en place et la gestion de marchés sanitaires ruraux (MSR) et de centres de production qui produisent des dalles pour latrines, des SanPlats, des plateformes de lavage, etc., qui seront ensuite vendus aux MSR ;
- ▶ la construction de latrines individuelles au sein des ménages les plus pauvres. Dans un premier temps, les ménages construisent leurs propres unités à bas prix et sans superstructure. À cette fin, une prime d'encouragement allant de 70 à 80% en fonction du coût et du schéma de financement convenu est accordée par le gouvernement après la construction. Le montant accordé aux ménages peut être versé en argent comptant ou sous forme de main d'œuvre. La prime d'encouragement est accordée uniquement aux ménages qui vivent en-dessous du seuil de pauvreté. Toutefois, les toilettes, dont le coût s'élève à plus de 2 000 roupies indiennes, ne sont pas subventionnées et ce, même pour les ménages qui vivent en-dessous du seuil de pauvreté. Seules les latrines à chasse d'eau manuelle sont autorisées et toutes les latrines sèches existantes doivent donc être transformées ;
- ▶ la construction, la gestion et le maintien de complexes sanitaires communautaires. Il s'agit d'installations partagées par l'ensemble de la communauté qui incluent des toilettes, des douches ou des baignoires, des plateformes de lavage, ainsi que des lavabos ;

Description

- ▶ la construction de latrines institutionnelles en particulier dans les écoles et les anganwadis ;
- ▶ le prix national Nirmal Gram Puraskar (NGP) lancé en 2005 qui offre une récompense en argent allant de 50 000 roupies indiennes (1 250 dollars) à 50 lakhs (125 000 dollars) par village en fonction de la taille de la population. Un certificat est octroyé par le président indien aux villages ou aux Gram Panchayats (institutions gouvernementales locales) qui remportent le prix. La récompense dépend d'un certain nombre de critères (dont notamment la couverture à 100% de l'assainissement au sein des ménages et la fin de la défécation à l'air libre) et d'un processus de vérification complet.

Genèse de l'approche

Année de mise en place	1986 (révisé en 1999)	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Le Département de l'approvisionnement en eau potable du ministère du Développement rural du gouvernement indien (Gol). Inde.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Le Gol avec le soutien de l'UNICEF.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Inde.		
Expérience jusqu'à présent	<p>Le Programme centralisé d'assainissement en milieu rural (CRSP) a été lancé en 1986 dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes rurales et d'assurer l'intimité et la dignité des femmes. En 1999, le CRSP a été renommé Campagne d'assainissement total (CAT) et restructuré en programme régi par la demande et centré sur les personnes dans le cadre d'initiatives de réforme.</p> <p>Le Gol (2007b) a indiqué que le CAT a été mis en œuvre au niveau national dans 30 États avec le soutien du gouvernement central et des gouvernements des États respectifs. Le passage à l'échelle du CAT s'est développé de manière significative. En 2008, ce dernier a été mis en œuvre dans 590 des 599 districts indiens (Gol, 2009). Ceci a permis la construction de latrines dans plus de 57 millions de ménages ruraux (la cible étant de près de 100 millions de ménages). Par conséquent, la couverture des latrines individuelles au sein des ménages ruraux est passée de 22% en 2001 à 57% en 2008.</p> <p>Le prix Nirmal Gram Puraskar a été lancé en 2005 et a porté ses fruits en tant que récompense en argent visant à encourager une amélioration de l'assainissement. Sur 40 Gram Panchayats (institutions gouvernementales locales) de six États qui ont remporté le prix en 2005, 4 959 Gram Panchayats de 22 États ont remporté le prix en 2007 (Gol, 2009).</p>		

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	<p>Gol (2009). «Sustaining the Sanitation Revolution». Rapport présenté par l'État indien pour le SACOSAN 3, New Delhi, 16-21 novembre 2008. Mission nationale Rajiv Gandhi pour l'approvisionnement en eau potable du Département de l'approvisionnement en eau potable du ministère du Développement rural du gouvernement indien, New Delhi, Inde. http://ddws.gov.in/popups/India%20Country%20Paper.pdf. – Consulté en mars 2010.</p> <p>Gol (2007b). «Total Sanitation Campaign Sanitation for All: 2012». Mission nationale Rajiv Gandhi pour l'approvisionnement en eau potable du Département de l'approvisionnement en eau potable du ministère du Développement rural du gouvernement indien, New Delhi, Inde. http://ddws.gov.in/popups/Total%20Sanitation%20Campaign%20Sanitation%20for%20All%20-%202012.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>AFC (2005). «Mid-term evaluation of Total Sanitation Campaign (TSC)». Agricultural Finance Corporation Ltd. New Delhi, Inde. http://ddws.nic.in/study_report_afc.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
--------------------------------------	--

Preuves de l'efficacité

Évaluations externes publiées

TARU (2008). « Impact Assessment of Nirmal Gram Puraskar Awarded Panchayats ». Volume 1 – Rapport final publié par le TARU pour l'UNICEF. Inde.

Trémolet, S., Perez, E. et Kolsky, P. (2009). « Financing Household Sanitation for the Poor. A Global Six Country Comparative Review and Analysis. A Flagship Report of the WSP Sanitation Global Practice Team ». Programme pour l'eau et l'assainissement, Washington D.C., États-Unis.

WaterAid (2008). « Feeling the Pulse A Study of the Total Sanitation Campaign in Five States ». WaterAid, Inde.

Impacts, résultats et durabilité

Une étude menée par le TARU (2008) auprès de 7 000 ménages dans six États a indiqué que même si 85% des ménages ont accès à une toilette, seuls 66% en font usage. Le TARU a conclu que « même si le prix NGP a permis le passage à l'échelle du CAT et a aidé à améliorer les pratiques en matière d'assainissement, très peu de GP répondent à tous les critères du prix ».

En effet, le gouvernement indien (Gol, 2009) met en lumière les domaines du CAT qui doivent être améliorés au cours des cinq années à venir. Ceux-ci incluent une attention plus grande à la promotion de l'hygiène, un meilleur suivi et un meilleur soutien de la gestion et du maintien, ainsi qu'une amélioration du suivi de l'amélioration de l'utilisation des latrines.

Bien que la mise en œuvre du CAT varie d'un État à l'autre, le gouvernement indien (Gol, 2009) reconnaît également que celui-ci a amené un changement global en termes d'attitudes de la communauté et promeut une saine concurrence entre les Panchayats qui visent à atteindre l'assainissement total. Il conclut que « le NGP a remporté un grand succès et représente un des principaux moteurs du CAT ».

Toutefois, le gouvernement indien est conscient que le programme a davantage mis l'accent sur la construction avec succès de latrines dans les ménages. Il est donc nécessaire de le réorienter afin de se concentrer davantage sur les modèles visant à changer les comportements (Gol, 2007a).

Trémolet et al. (2009), qui ont examiné les aspects financiers du CAT dans le Maharashtra, indiquent que malgré les succès du projet (21 millions de personnes ont adopté un assainissement amélioré et 22% de Gram Panchayats ont atteint l'état FEDAL), la durabilité des résultats en matière de FEDAL reste un défi et nécessite un suivi adéquat une fois que l'état FEDAL a été atteint.

Trémolet et al. (2009) observent également que les erreurs d'exclusion liées à la catégorisation de la pauvreté ont soulevé des préoccupations en termes d'équité. En raison des problèmes liés à la dernière enquête auprès de la population en 2003, la plupart des États se fondent encore et toujours sur les données d'une enquête auprès de la population datant de 1997 – il est clair que de nombreux ménages sont entrés ou sortis de la pauvreté depuis lors.

Une étude menée sur le CAT dans cinq États par WaterAid (2008) indique également que même si le NGP s'est avéré hautement efficace en termes d'accélération du passage à l'échelle de la couverture de latrines en milieu rural, cette dernière varie fortement d'un État à l'autre. Le leadership inspiré, en particulier au sein des gouvernements, est bien plus efficace qu'une approche de subvention élevée utilisée dans plusieurs États. Les défis importants incluent le besoin de vérification indépendante de l'état FEDAL et le suivi continu et la mobilisation afin d'assurer sa durabilité, ainsi que la nécessité de ne pas négliger les autres changements de comportements en matière d'hygiène tels que le lavage des mains avec du savon. TARU (2008) arrive à une conclusion semblable: « Le système de vérification est l'élément le plus important du processus NGP sur lequel se fonde la crédibilité du prix. Ce système doit être renforcé sans quoi il mettra à mal l'esprit même du prix ».

Preuves de l'efficacité

Coût	<p>L'Inde a fortement investi dans le CAT – un budget de plus de 4 400 crores (1,4 milliards de dollars) a été alloué aux projets du CAT depuis sa création en 1999 (Gol, 2009).</p> <p>Le financement des projets du CAT peut être divisé en six éléments principaux :</p> <ul style="list-style-type: none">• 5% alloués aux activités de démarrage (enquêtes de référence, préparation des projets, sensibilisation);• 15% alloués aux activités IEC (création de la demande);• 5% alloués aux marchés sanitaires ruraux et aux centres de production (approvisionnements des composantes de toilettes);• 6% alloués aux subventions pour les toilettes au sein des ménages et les complexes sanitaires communautaires;• 10% alloués aux installations sanitaires et à l'éducation en matière d'hygiène dans les écoles et les anganwadis;• 5% alloués aux charges administratives des projets (formation, coûts indirects, suivi et évaluation.) <p>Trémolet et al. (2009) ont observé que les ménages du Maharashtra fournissent 90% du coût destiné à adopter l'assainissement et que les fonds publics (dont le CAT et le NGP) fournissent les 10% restants.</p>
Ressources humaines	Données insuffisantes.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Le CAT est opéré à travers des projets au niveau des districts sur une durée de trois à cinq ans (Gol, 2009).

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	Site Web du Département de l'approvisionnement en eau potable du ministère du Développement rural appelé « Campagne d'assainissement total » disponible à : http://ddws.nic.in/tsc_index.htm – Consulté en mars 2010.
Boîtes à outils ou guides	Gol (2007c). « Total Sanitation Campaign Guidelines ». Département de l'approvisionnement en eau potable du ministère du Développement rural, Inde. http://ddws.nic.in/popups/TSC%20Guideline%20Oct07.pdf – Consulté en mars 2010.
Lectures supplémentaires	<p>Ganguly, S. C. (2008). « India's national sanitation and hygiene programme: From experience to policy West Bengal and Maharashtra models provide keys to success ». Chapitre 10 de « Beyond Construction. Use by All ». WaterAid, Royaume-Uni et IRC, Pays-Bas. http://www.wateraid.org/documents/ch10_indias_national_sanitation_and_hygiene_programme_1.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Sanan, D. et Moulik, S.G. (2007). « Community-Led Total Sanitation in Rural Areas An Approach that Works ». WSP-SA, New Delhi, Inde. http://esa.un.org/iys/docs/san_lib_docs/WSP-Community%20Led.pdf – Consulté en mars 2010.</p>

Toute l'information supplémentaire concernant le CAT a été fournie par Sophie Trémolet, Consultante indépendante.

3.1.2 SULABH – L'ORGANISATION INTERNATIONALE DES SERVICES SOCIAUX EN INDE

Sulabh International est une organisation de services sociaux qui promeut les droits de l'homme, l'assainissement environnemental, les sources d'énergie non classiques, la gestion des déchets et les réformes sociales.

Tableau récapitulatif

Objectif	Restauration des droits de l'homme et de la dignité aux chiffonniers en les libérant de la pratique inhumaine de nettoyage manuel et de transport des excréments humains.		
Groupe cible	Enfants <input checked="" type="checkbox"/>	Particuliers <input type="checkbox"/>	Ménages <input checked="" type="checkbox"/>
	Communauté <input checked="" type="checkbox"/>	Écoles <input checked="" type="checkbox"/>	Société <input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural <input checked="" type="checkbox"/>	Urbain <input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel <input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote <input type="checkbox"/>	En expansion <input type="checkbox"/>	À l'échelle <input checked="" type="checkbox"/>
	Dans un pays <input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays <input checked="" type="checkbox"/>	
	Dans plus d'une région <input type="checkbox"/>	Au niveau mondial <input type="checkbox"/>	
Renvoi à la PARTIE 2 ?	Le Marketing des biens et des services d'assainissement S2 Partenariat public-privé – voir PPPHW H2.2		

Description

L'approche de Sulabh se fonde sur le changement des comportements sociaux en matière d'utilisation traditionnelle et insalubre des latrines dans des bidonvilles, des villages ruraux et des districts urbains densément peuplés en Inde. Sulabh vise tout d'abord à abolir la pratique traditionnelle de « vidange » manuelle des déchets humains dans des tinettes et à permettre aux chiffonniers et à leurs familles de recevoir une éducation et un emploi et d'atteindre un niveau de vie et une dignité sociale décentes.

La principale approche de Sulabh se centre sur la promotion, la construction et le maintien de toilettes publiques payantes. Ces toilettes sont construites, gérées et maintenues par un partenariat public-privé entre Sulabh et un organisme public (municipalités, institution religieuse ou un département ministériel). En général, les deux parties concluent un bail (pour une durée d'environ 30 ans) et l'organisme public fournit des terres et le financement afin de couvrir les coûts liés à la construction et au coût des services publics. Tous deux doivent également payer des frais de service (20% du coût du projet) à Sulabh afin de couvrir les frais indirects, le suivi et la supervision. Sulabh est responsable de la gestion et du maintien des installations à travers les bénéfices générés par les frais d'utilisation. C'est la raison pour laquelle l'organisme public n'assume aucun frais.

Sulabh se fonde sur une approche flexible en matière de frais d'utilisation. Les personnes vulnérables et pauvres, telles que les personnes ayant une déficience physique, les personnes âgées, ainsi que les enfants de la rue, peuvent donc avoir accès gratuitement aux services.

En général, les toilettes payantes ont été construites dans des lieux urbains très fréquentés (marchés, gares ferroviaires et routières). Toutefois, Sulabh vise également à promouvoir les toilettes communautaires dans des zones urbaines à faible revenu afin d'aider les plus démunis, les latrines à chasse d'eau manuelle et à double fosse dans les ménages (généralement dans les zones rurales), les toilettes à compostage, les toilettes publiques connectées à des digesteurs de biogaz afin de produire de l'énergie, ainsi que les technologies de traitement des effluents pour la purification des eaux usées.

Sulabh a adopté une approche holistique en matière de développement pour les plus démunis dont les initiatives incluent des écoles publiques et une formation professionnelle pour les chiffonniers, un programme d'assistance sociale dans les bidonvilles, le renforcement de l'autonomie des femmes à travers l'éducation et les services d'emploi, un musée des toilettes, la recherche et le développement en matière d'assainissement, la formation pour les ONG et des services de consultation en matière d'assainissement au niveau international. À l'heure actuelle, Sulabh est en train de mettre sur pied l'Université Sulabh de l'assainissement.

Genèse de l'approche

Année de mise en place	1970	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Sulabh a été créée par le Dr Bindeshwar Pathak en Inde.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Sulabh est autofinancé.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Inde, Bhoutan et Afghanistan.		
Expérience jusqu'à présent	<p>Au cours des trente dernières années, Sulabh a eu un impact considérable sur la fourniture de services d'assainissement pour les plus démunis en Inde (Srinivas Chary, 2003).</p> <p>Sulabh a permis de construire plus d'un million de toilettes au niveau des ménages et plus de 7 500 toilettes communautaires payantes, 190 installations de production de biogaz et les chiffonniers de 640 villes ont été libérés de leur condition. Les installations sanitaires créées par Sulabh sont utilisées par près de 10 millions de personnes (provenant pour la plupart des zones pauvres et à faible revenu) chaque jour (site Web de Sulabh).</p> <p>L'approche de Sulabh a suscité un intérêt à l'étranger. Kothandaraman et Vishwanathan (2007) expliquent que Sulabh a déjà construit et maintient des toilettes publiques en Afghanistan et au Bhoutan. En outre, diverses institutions en Éthiopie, au Mozambique, au Cameroun et au Burkina Faso désirent que Sulabh mettent en œuvre des travaux d'assainissement dans leurs pays respectifs.</p>		

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Aucune.
Évaluations externes publiées	<p>Kothandaraman, P. et Vishwanathan, V. (2007). «Sulabh International: A Movement to Liberate Scavengers by Implementing a Low-Cost, Safe Sanitation System. Case Study for the Growing Inclusive Markets (GIM) Initiative». Programme des Nations Unies pour le développement, New York, États-Unis. http://www.growinginclusivemarkets.org/images/pdf/english/India_Sulabh%20FINAL.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Srinivas Chary V., Narender, A. et Rajeswara Rao, K. (2003). «Pay-and-use toilets in India». Waterlines, Volume 21, n°3, janvier 2003. Londres, Royaume-Uni.</p>
Impacts, résultats et durabilité	<p>Le profil socioéconomique des utilisateurs de toilettes payantes de Sulabh à Vijayawada et à Hyderabad, dans l'État d'Andhra Pradesh, décrit par Srinivas Chary et al. (2003), inclut les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• la majorité occupait une profession à faible revenu et marginalisée ;• la majorité considérait les toilettes communautaires comme étant facilement accessibles, d'utilisation aisée et propres ;• près de la majorité estimait que les frais d'utilisation qui s'élevaient à une roupie indienne (0,02 dollars) étaient abordables. <p>Toutefois, les toilettes payantes ne sont viables que dans le cas d'une forte densité de population (Kothandaraman et Vishwanathan, 2007). Notons qu'il n'existe aucune demande ou capacité de payer des toilettes résidentielles dans les zones rurales indiennes.</p> <p>Notons également que le programme de latrines dans les ménages a fait l'objet de critiques. À titre d'exemple, la banque mondiale a observé que 80% des toilettes construites dans les ménages par Sulabh dans l'État de Goa grâce à des subventions de l'État n'étaient pas utilisées.</p>

Preuves de l'efficacité

Coût	<p>Le coût lié à la construction dépend de la taille (nombre de toilettes) de l'installation. Les coûts par toilette de Sulabh sont inconnus.</p> <p>Kothandaraman et Vishwanathan (2007) indiquent que ces installations payantes situées dans des lieux d'intérêt sont extrêmement rentables et elles subventionnent de façon indirecte les installations non rentables.</p>
Ressources humaines	<p>En 2006, Sulabh comptait 50 000 employés, dont des architectes, des sociologues et des ingénieurs répartis dans l'ensemble du pays (Kothandaraman et Vishwanathan, 2007).</p>
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	<p>Bon nombre de toilettes payantes gérées par Sulabh atteignent le seuil de rentabilité entre huit et neuf mois (Kothandaraman et Vishwanathan, 2007). Toutefois, le temps nécessaire depuis le lancement d'un projet d'installation sanitaire jusqu'à sa mise en service est inconnu.</p>

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	<p>Site Web de Sulabh. Page d'accueil de l'Organisation internationale des services sociaux de Sulabh. http://www.sulabhinternational.org/ – Consulté en mars 2010.</p>
Boîtes à outils ou guides	<p>Aucune. Toutefois, des éléments d'équipements importants sont décrits sur le site Web de Sulabh.</p>
Lectures supplémentaires	<p>Rastogi, K.R. (2007). « A Case Study of Sulabh International Social Service Organisation ». Programme de doctorat en économie de l'Institut indien de gestion. Ahmedabad, Inde. http://www.sulabhinternational.org/downloads/sulabh_case_studies_iim.pdf – Consulté en mars 2010.</p>

3.2 L'ÉTHIOPIE

En Éthiopie, l'assainissement et l'hygiène ont enfin reçu l'attention qu'ils méritent. En 2005, le gouvernement éthiopien a déclaré que 60% du fardeau des maladies en Éthiopie était lié à un assainissement et à une hygiène inadéquats et que la diarrhée était responsable de 15% du nombre total de ces décès, principalement chez les enfants de moins de cinq ans (MoH, 2005). Leurs statistiques ont montré que plus de 250 000 enfants meurent chaque année de maladies liées à l'assainissement et à l'hygiène.

Le rapport du gouvernement indique également que peu de ménages (entre 6 et 18%) ont accès à un assainissement amélioré et le lavage des mains avec du savon (ou toute autre méthode) après la défécation est peu ancré dans les traditions. Les raisons données sont la pénurie chronique d'eau, le manque d'excédent budgétaire afin d'acheter du savon, ainsi qu'un manque général de sensibilité à l'importance du lavage des mains.

Depuis lors, l'assainissement et l'hygiène ont été identifiés comme des éléments essentiels des soins de santé primaires et occupent à présent une place institutionnelle au sein du ministère de la Santé (MoH). Par conséquent, le MoH a fixé la cible nationale de l'assainissement dans le cadre de leur Plan d'accès universel et vise à atteindre la couverture universelle d'ici à 2012 – dépassant ainsi la cible des OMD visant à réduire de moitié, d'ici à 2015, la proportion de personnes qui n'a toujours pas accès à un assainissement durable de base. L'OMS/UNICEF-JMP (2008) indique que l'accès à l'assainissement dans les zones rurales est passé de 6 à 8% entre 1990 et 2006. Il était donc nécessaire d'accroître massivement le taux de l'accès et de l'utilisation de latrines afin d'améliorer la santé de la population rurale.

Un projet pilote lancé dans la Région des nations, nationalités et peuples du Sud, en Éthiopie (SNNPR) en 2003 a remporté un certain succès et a donné lieu à une révision des politiques nationales et au développement de la Stratégie nationale en matière d'assainissement et d'hygiène. Cette dernière est actuellement mise en œuvre par les Bureaux régionaux de la Santé, comme par exemple, le Bureau régional de la Santé d'Amhara à travers son projet d'apprentissage par la pratique. Le programme du SNNPR et le projet d'apprentissage par la pratique sont décrits ci-dessous.

RÉFÉRENCES :

OMS/UNICEF-JMP (2008). «Progress in Drinking-water and Sanitation: special focus on sanitation». UNICEF, New York et OMS, Genève. http://www.wssinfo.org/en/40_MDG2008.html – Consulté en mars 2010.

MoH (2005). «National Hygiene and Sanitation Strategy». Ministère de la Santé de la République fédérale démocratique d'Éthiopie et WSP-Afrique.

3.2.1 LE SNNPR ÉTHIOPIEN

La stratégie en matière de santé communautaire du Bureau de la Santé de la Région des nations, nationalités et peuples du Sud, en Éthiopie (SNNPR) inclut tant l'assainissement que l'hygiène. Elle vise à atteindre les ménages à travers des agents de vulgarisation sanitaire rémunérés et des promoteurs bénévoles de la santé communautaire qui promeuvent la construction et l'utilisation de latrines et ce, sans aucun financement.

Tableau récapitulatif

Objectif	Promouvoir la construction et l'utilisation de latrines, du lavage des mains et du stockage et de la manipulation sûrs de l'eau.					
Groupe cible	Enfants	<input type="checkbox"/>	Particuliers	<input type="checkbox"/>	Ménages	<input type="checkbox"/>
	Communauté	<input checked="" type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input type="checkbox"/>	Urbain informel	<input type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input checked="" type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input checked="" type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		
Renvoi à la PARTIE 2 ?	Promotion de l'hygiène et de l'assainissement H&S Assainissement total piloté par la communauté S1.1					

Description

Le Bureau de la Santé (BoH) de la Région des nations, nationalités et peuples du Sud, en Éthiopie (SNNPR) a piloté différentes approches depuis 2003. Le BoH décrit son approche comme «se concentrant sur des programmes de santé publique à grande échelle et ayant un impact important» visant «une approche centrée sur les ménages» fondée sur «une approche (d'équipements) non subventionnée qui promeut l'utilisation de matériaux locaux et de technologies appropriées». Les méthodologies promues par le BoH incluent des systèmes de dialogue communautaire, la formation des promoteurs bénévoles de la santé communautaire, ainsi que des approches participatives de promotion de l'hygiène (site Web du RiPPLE). Le programme s'apparente donc fortement à l'approche ATPC.

L'approche a été créée par le BoH régional qui est également responsable de sa gestion (en étroite collaboration avec l'ensemble des partenaires clés), à travers ses propres fonds et des processus successifs de plaidoyer, d'établissement d'un consensus, de renforcement des capacités, de promotion (à travers des agents de vulgarisation sanitaire rémunérés et des promoteurs bénévoles de la santé communautaire) et de suivi soutenu. Elle met l'accent sur la sensibilisation des ménages à l'assainissement et à l'hygiène et vise à encourager les ménages à assumer la responsabilité de leurs actions. Une fois que les ménages prennent conscience de l'importance des installations sanitaires et d'hygiène, ils sont encouragés à les construire à partir de matériaux locaux. Des subventions d'équipement ne sont pas accordées. Les ménages commencent par construire des latrines à fosse traditionnelles et les améliorent au fur et à mesure qu'ils prennent conscience et lorsqu'ils en ont l'occasion.

La stratégie du SNNPR a servi de base pour l'élaboration de la stratégie nationale en matière d'hygiène et d'assainissement du gouvernement éthiopien qui est actuellement mise en œuvre au niveau national (voir MoH [2005] et MoH [2006]).

Genèse de l'approche

Année de mise en place	2003	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Gouvernement d'Éthiopie. Éthiopie		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Le ministère du Développement international a tout d'abord soutenu l'approche. Il travaille actuellement en conjoint avec l'UNICEF, la Banque africaine de développement, l'Union européenne, le Programme pour l'eau et l'assainissement – Afrique et la Banque mondiale.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Éthiopie		
Expérience jusqu'à présent	En plus des bénéfices en matière de santé publique, la construction de latrines à fosse est passée de 16% en 2002 à plus de 78% en 2008 et à 90% en 2006. Le BoH vise actuellement à renforcer l'autonomie des ménages afin de remplacer les fosses traditionnelles par des plateformes et des abris permanents et d'améliorer de manière générale l'hygiène domestique (Bibby et Knapp, 2007).		

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	<p>Moriarty, P., Jeths, M., Abebe, H. et Deneke, I. (2009). « Reaching Universal Access: Ethiopia's Universal Access Plan in the Southern Nations, Nationalities, and People's Region (SNNPR) ». Synthèse d'une recherche récente menée dans le cadre de la gouvernance et de la planification du Programme RiPPLE. RiPPLE, Addis Ababa, Éthiopie. http://www.research4development.info/PDF/Outputs/RIPPLE/gap-synthesis-paper.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Terefe, B. et Welle, K. (2008). « Policy and Institutional Factors affecting formulation and implementation of Sanitation & Hygiene strategy: a case study from SNNPR ». Document de travail n°1 du RiPPLE. RiPPLE, Addis Ababa, Éthiopie. http://www.rippleethiopia.org/documents/stream/20080829-wp1-policy-issues-in-sanitation – Consulté en mars 2010.</p> <p>Tefera, W. (2008). « Technical issues of Sanitation and Hygiene in Mirab Abaya and Alaba: A case study report from the Southern Nations Region ('SNNPR') of Ethiopia ». Document de travail n°2 du RiPPLE, « Addis Ababa: Research- inspired Policy & Practice Learning in Ethiopia and the Nile Region ». RiPPLE, Addis Ababa, Éthiopie. http://www.rippleethiopia.org/documents/info/20080704-wp2-technical-issues-of-s-h – Consulté en mars 2010.</p>		
Évaluations externes publiées	Newborne, P. et Smet, J. (2008). « Promoting sanitation and hygiene to rural households: the experience of the Southern Nations region, Ethiopia ». RiPPLE, Addis Ababa, Éthiopie. http://www.rippleethiopia.org/documents/stream/20081208-synthesis-sanitation-hygiene – Consulté en mars 2010.		
Impacts, résultats et durabilité	<p>Tefera (2008) souligne que la politique du BoH du SNNPR en matière d'assainissement et d'hygiène après 2003 a réussi à améliorer la couverture des latrines (de 16% en 2002 à 90% en 2006). De la même manière, Terefe (2008) indique que la promotion à travers les travailleurs de la santé de première ligne – les agents de vulgarisation sanitaire et les promoteurs de la santé communautaire – s'est avérée efficace au niveau des ménages et de la fourniture de soutien technique.</p> <p>Les chercheurs qui ont évalué l'approche ont observé que suite au projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la proportion de ménages possédant des latrines est huit fois plus élevée ; • la défécation à l'air libre est une pratique moins acceptée ; • l'acquisition de connaissances approfondies en matière de lavage des mains même si cette pratique est moins fréquente ; • 82% des ménages possédaient des installations sanitaires. Toutefois, seul 6% se situaient près des latrines et peu de personnes utilisaient du savon ou des détergents ; • le stockage et la manipulation de l'eau étaient également inadéquats ; • les hommes s'occupaient principalement de l'élaboration, du choix du site et de la construction des latrines et les femmes participaient généralement à la fourniture de matériel et au plâtrage (Newborne et Smet, 2008). 		

Preuves de l'efficacité

Coût Données insuffisantes.

Ressources humaines Données insuffisantes.

Temps nécessaire pour compléter l'intervention Données insuffisantes.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information Site Web du RiPPLÉ disponible à : <http://www.rippleethiopia.org/page/home-page> – Consulté en mars 2010.
Site Web de l'id21 (de l'Université du Sussex) disponible à : <http://www.id21.org/rural/r4pn1g2.html> – Consulté en mars 2010.
Site Web des mises à jour concernant l'assainissement disponible à : <http://sanitationupdates.wordpress.com/2009/04/15/sanitation-promotion-experiences-from-government-led-initiative-in-southern-ethiopia/> – Consulté en mars 2010.

Boîtes à outils ou guides Aucune.

Lectures supplémentaires Bibby, S. et Knapp, A. (2007). « From Burden to Communal Responsibility; A Sanitation Success Story from Southern Region in Ethiopia ». WSP Afrique. http://www.wsp.org/UserFiles/file/2122007111721_From_Burden_to_Communal_Responsibility-Ethiopa.pdf – Consulté en mars 2010.
MoH (2005). « National Hygiene and Sanitation Strategy ». Ministère de la Santé de la République fédérale démocratique d'Éthiopie et WSP-Afrique.
MoH (2006). « National Hygiene and "On-Site" Sanitation Protocol ». Ministère de la Santé de la République fédérale démocratique d'Éthiopie et WSP-Afrique.

3.2.2 L'APPRENTISSAGE PAR LA PRATIQUE : PASSAGE À L'ÉCHELLE DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT À AMHARA

L'apprentissage par la pratique est une approche mise en œuvre par le Programme pour l'eau et l'assainissement (WSP) et le Projet d'amélioration de l'hygiène (HIP) de l'USAID afin de soutenir le Bureau de la Santé de la région d'Amhara en vue d'accroître la couverture de l'assainissement dans la région et d'atteindre la cible nationale de la couverture universelle de l'hygiène et de l'assainissement.

Tableau récapitulatif

Objectif	Accroître la couverture de l'assainissement.					
Groupe cible	Enfants	<input type="checkbox"/>	Particuliers	<input type="checkbox"/>	Ménages	<input type="checkbox"/>
	Communauté	<input checked="" type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input type="checkbox"/>	Urbain informel	<input type="checkbox"/>
	Pilote	<input type="checkbox"/>	En expansion	<input checked="" type="checkbox"/>	À l'échelle	<input type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input checked="" type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		
Renvoi à la PARTIE 2 ?	Promotion de l'hygiène et de l'assainissement H&S Assainissement total piloté par la communauté S1.1 Cadre d'amélioration de l'hygiène F4					

Description

Le passage à l'échelle de l'approche visant à améliorer l'hygiène et l'assainissement est actuellement mis en place par le Bureau de la Santé (BoH) de l'État régional d'Amhara avec le soutien du Programme pour l'eau et l'assainissement (WSP) et du Projet d'amélioration de l'hygiène (HIP) de l'USAID. L'approche, développée à partir du projet pilote du SNNPR qui est sans aucun doute une réussite, a été intégrée dans la stratégie de santé du BoH d'Amhara afin d'assister les 20 millions de personnes qui vivent dans l'État d'Amhara. Le WSP et l'USAID fournissent un soutien visant à renforcer les capacités sous forme de formation allant de hauts fonctionnaires au niveau régional à plus de 5 000 agents de vulgarisation sanitaire désignés afin de « déclencher » leurs communautés en vue d'atteindre l'état FEDAL au niveau des kebeles ou des villages. En d'autres mots, Amhara « apprend par la pratique ».

Le BoH d'Amhara a créé une approche « hybride » qui combine les meilleures pratiques et les leçons apprises à partir des initiatives au niveau mondial et qui ont par la suite été adaptées afin de correspondre au système et au contexte éthiopiens. Le processus national inclut une série d'étapes en vue d'atteindre les objectifs de la stratégie nationale et de l'accès universel, incluant la cartographie du contexte, la création de partenariats, le développement de solutions stratégiques et leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation. Sur base de la méthode visant à « réunir l'ensemble du système dans la pièce », les partenaires de différents horizons sont encouragés à participer et à développer un agenda commun d'actions et un plan coordonné (USAID/HIP, 2009).

Le changement des comportements en matière d'assainissement et de lavage des mains est renforcé par la mise en place d'une approche qui combine des niveaux d'action innovants tant au niveau des communautés que des ménages. Celle-ci inclut le « mikkir », une approche visant à négocier l'amélioration des comportements en matière d'hygiène à travers les efforts d'approche des agents de vulgarisation sanitaire et la mobilisation de la communauté sur base d'outils d'assainissement total piloté par la communauté. Le lavage des mains et l'hygiène sont promus de manière explicite dans le cadre des activités d'assainissement à travers l'encouragement de la mise en place d'installations pour le lavage des mains et l'utilisation d'économiseurs d'eau afin de surmonter les obstacles liés au lavage des mains.

Genèse de l'approche

Année de mise en place	2006	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Le Bureau de la Santé (BoH) de l'État régional national d'Amhara avec le soutien de l'USAID/HIP et le WSP – Afrique. Région d'Amhara, en Éthiopie.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	L'USAID et le WSP – Afrique.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Éthiopie		
Expérience jusqu'à présent	À ce jour, près de 1,2 millions de ménages ont reçu des messages sur l'importance de l'hygiène et de l'assainissement et près de 600 000 ménages ont reçu le certificat «propre et sain» (utilisation d'une latrine et d'une installation pour le lavage des mains, telle qu'un tippy tap) (site Web de l'USAID/Questions à facettes multiples).		

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Aucune.
Évaluations externes publiées	Aucune.
Impacts, résultats et durabilité	En avril 2009, près de 600 000 personnes ont atteint l'état FEDAL et l'objectif du changement total de comportement en matière d'hygiène (USAID/HIP, 2009).
Coût	Données insuffisantes.
Ressources humaines	Données insuffisantes.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Données insuffisantes.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	Site Web du Projet d'amélioration de l'hygiène (HIP) de l'USAID (2009) disponible à : http://www.hip.watsan.net/ – Consulté en mars 2010. Site Web des Questions à multiples facettes de l'USAID disponible à : http://www.usaid.gov/our_work/cross-cutting_programs/water/projects/ethiopia_wash.html – Consulté en mars 2010. USAID/HIP (2009). «Amhara Case Study, Learning by Doing: Working toward At-Scale Hygiene and Sanitation Improvement in Amhara». USAID, Addis Ababa, Éthiopie. http://www.hip.watsan.net/page/3093 – Consulté en mars 2010.
Boîtes à outils ou guides	ANRSHB (2007). «Woreda Resource Book, Community-Led Total Behavior Change in Hygiene and Sanitation; The Amhara Experience in Line with the Health Extension Program». Bureau de la Santé de l'État régional national d'Amhara, WSP-Afrique et USAID/HIP. Bahir Dar, Éthiopie. http://www.wsp.org/UserFiles/file/Amhara_Woreda_Community_Led_Sanitation_Hygiene.pdf – Consulté en mars 2010. ANRSHB (2008). «Training Manual: Preparing for Community-Led Total Behavior Change in Hygiene and Sanitation (A Facilitators Guide and Participant Source Book)». Bureau de la Santé de l'État régional national d'Amhara, WSP-Afrique et USAID/HIP. Bahir Dar, Éthiopie.
Lectures supplémentaires	Aucune.

Toute l'information supplémentaire a été fournie par Merri Weinger de l'USAID.

3.3 LE BANGLADESH

Le Bangladesh est un pays de petite taille qui présente un risque élevé d'inondations¹ et qui compte une des densités de population les plus élevées au monde. Ceci donne lieu à une concurrence féroce pour les terres habitables et cultivables limitées. Toutefois, le Bangladesh possède un secteur non gouvernemental prospère, incluant des organisations non gouvernementales (ONG) présentes dans 75% des zones rurales et élaborant des approches de développement innovantes et reproduites à grande échelle.

Le Bangladesh a joué un rôle de premier plan en termes de développements récents en matière d'assainissement en Asie du Sud. En 2003, le gouvernement bangladais (GoB) a accueilli la première Conférence d'Asie du Sud sur l'assainissement (SACOSAN). Grâce à cette dernière, la communauté internationale reconnaît de plus en plus les nouvelles approches en matière de fourniture de services d'assainissement développées par des ONG bangladaises. Le GoB s'est engagé à atteindre les OMD et a mis l'accent sur l'amélioration de l'assainissement qui constitue à présent une priorité nationale. Suite au SACOSAN, le GoB a fixé son propre objectif national qui vise à atteindre l'assainissement universel d'ici à 2010 (gouvernement du Bangladesh, 2005). Cet objectif représente un défi qui devra être surmonté 15 ans avant celui des OMD.

En effet, les statistiques montrent qu'au cours de ces dernières années, le Bangladesh a connu un changement remarquable en termes de couverture de l'assainissement. Fin 2003, le gouvernement a estimé que la couverture de l'assainissement s'élevait à 29% dans les zones rurales et à 60% dans les zones urbaines. D'ici à la fin 2008, ces chiffres ont grimpé jusqu'à 88% tant dans les zones rurales qu'urbaines (gouvernement du Bangladesh, 2008)². On estime que plus de 90 millions de personnes ont eu accès à l'assainissement au sein des ménages au cours des cinq dernières années.

Toutefois, alors que la défécation à l'air libre a été fortement réduite au Bangladesh, la durabilité reste un défi de taille. Dans un pays pauvre qui présente un risque élevé d'inondations comme le Bangladesh, l'éradication de la défécation à l'air libre ne se limite pas à la construction de latrines mais requiert une utilisation et un maintien adéquats.

Les deux programmes décrits dans la présente section, le DISHARI et le Programme WASH du BRAC sont deux des programmes les plus importants au Bangladesh qui ont joué un rôle important au niveau des progrès réalisés à ce jour.

1. En général, le Bangladesh est considéré à l'heure actuelle comme un des pays les plus vulnérables aux changements climatiques et continuera de l'être dans les années à venir. (Banque mondiale, 2010).

2. Ces chiffres ne sont pas universellement reconnus. Ces données ont été réunies par le Secrétariat national pour l'assainissement du Bangladesh sur base d'auto-vérifications effectuées par le personnel sur le terrain et les gouvernements locaux et sans aucune vérification indépendante. Ils définissent une latrine «hygiénique» comme étant une latrine qui rompt le cycle de transmission des maladies. Ce facteur, ainsi que la récompense pécuniaire accordée pour sa mise en œuvre avec succès, sont responsables d'une certaine inflation des chiffres officiels. Même si les données du Programme conjoint de surveillance (OMS/UNICEF - JMP, 2008) ont fourni des chiffres moins élevés, ces derniers ont été révisés et semblent correspondre davantage à ceux du gouvernement (Trémolet et al., 2009).

RÉFÉRENCES UTILES :

Gouvernement du Bangladesh (2008). «Bangladesh Country Paper, Sanitation in Bangladesh». Préparé dans le cadre du SACOSAN II à New Delhi, Inde. Dhaka, Bangladesh.

Ahmed, S. A. (2009). «Community-Led total sanitation in Bangladesh: chronicles of a people's movement». Sussex: Institut d'études du développement, Brighton, Royaume-Uni. <http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/community-led-total-sanitation-bangladesh-chronicles-people-s-movement> – Consulté en mars 2010.

OMS/UNICEF-JMP (2008). «Progress in Drinking-water and Sanitation: special focus on sanitation». UNICEF, New York et OMS, Genève. http://www.wssinfo.org/en/40_MDG2008.html – Consulté en mars 2010.

IRC (2008). «Bangladesh: rural sanitation coverage up to 88 per cent, government says». Disponible à : <http://www.irc.nl/page/43684> – Consulté en mars 2010.

Gouvernement du Bangladesh (2005). Stratégie nationale d'assainissement, Gouvernement du Bangladesh, Bangladesh. http://www.sanitation-bd.org/mr11_sanitation_country_strategy.php – Consulté en mars 2010.

Heierli, U. et Frias, J. (2007). «One fly is deadlier than a hundred tigers: total sanitation as a business and community action in Bangladesh and elsewhere». SDC, WSSCC, WSP, Berne, Suisse. <http://www.poverty.ch/sanitation.html> – Consulté en mars 2010.

Banque mondiale (2010). «Climate Change: Bangladesh Facing the Challenge». Site Web disponible à : <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/SOUTHASIAEXT/0,,contentMDK:21893554~menuPK:158937~pagePK:2865106~piPK:2865128~theSitePK:223547,00.html> – Consulté en mars 2010.

3.3.1 LE PROGRAMME WASH DU BRAC AU BANGLADESH

L'initiative WASH du BRAC soutenue par le gouvernement néerlandais est un programme national visant à fournir un accès durable à l'eau et à l'assainissement à plus de 37 millions de personnes au Bangladesh.

Tableau récapitulatif

Objectif	Atteindre les OMD et les objectifs nationaux en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène en partenariat avec le gouvernement du Bangladesh.		
Groupe cible	Enfants <input type="checkbox"/>	Particuliers <input type="checkbox"/>	Ménages <input checked="" type="checkbox"/>
	Communauté <input checked="" type="checkbox"/>	Écoles <input type="checkbox"/>	Société <input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural <input checked="" type="checkbox"/>	Urbain <input type="checkbox"/>	Urbain informel <input type="checkbox"/>
	Pilote <input type="checkbox"/>	En expansion <input type="checkbox"/>	À l'échelle <input checked="" type="checkbox"/>
	Dans un pays <input checked="" type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays <input type="checkbox"/>	
	Dans plus d'une région <input type="checkbox"/>	Au niveau mondial <input type="checkbox"/>	
Renvoi à la PARTIE 2 ?	L'hygiène totale communautaire et participative H1 WASH dans les écoles H1.4 Partenariat public-privé – voir PPPHW H2.2 Le Traitement et le stockage sûr de l'eau dans les ménages H2.3		

Description

Le BRAC est basé à Dhaka, au Bangladesh et représente l'organisation non gouvernementale sans but lucratif la plus importante du monde en termes de budget, de personnel et de portée (site Web du BRAC, 2009). À travers son programme WASH, le BRAC soutient l'amélioration de l'accès à une eau potable salubre, fiable et durable pour 50 millions de personnes pauvres. Il vise notamment à mettre en place une approche holistique incluant la promotion et l'éducation à l'hygiène pour 37,5 millions de personnes, la fourniture d'un accès aux services d'assainissement pour 17,6 millions de personnes, ainsi que la fourniture de services d'eau salubre pour 8,5 millions de personnes. Il s'efforce également d'assurer le maintien et la gestion adéquats de l'approvisionnement en eau existant par la communauté. Le respect des engagements du BRAC a permis de fournir des services durables et adéquats aux pauvres et aux plus pauvres, en particulier aux femmes (Kabir et al., 2008).

L'approche est fort centrée sur les personnes et se fonde sur la tenue de recensements de la situation actuelle et la mise en œuvre d'un programme d'éducation à l'hygiène soutenu de manière intensive afin d'encourager un changement de comportements durable.

Les objectifs de l'approche incluent :

- ▶ la fourniture de services WASH globaux et durables ;
- ▶ le déclenchement des changements de comportement visant à rompre le cycle de la contamination liée aux latrines insalubres, à l'eau contaminée et aux comportements insalubres ;
- ▶ la durabilité et le passage à l'échelle des services WASH.

Description

Le programme WASH est divisé en trois parties ou «phases». Chaque phase comprend 50 sous districts. Chaque phase est divisée en trois étapes correspondant à des activités de travail se concentrant sur l'éducation à l'hygiène, à l'assainissement et à l'eau. Le programme WASH comprend cinq éléments essentiels :

- ▶ **l'eau** (la rénovation des sources d'eau existantes ou traditionnelles, des systèmes de tuyaux de petite taille pour l'approvisionnement en eaux de forage ou de surface, le renforcement des capacités, des choix innovants et technologiques – objectif de la couverture : 8,5 millions de personnes) ;
- ▶ **l'assainissement** (l'installation et le maintien, le développement des microentreprises, des fonds renouvelables pour les pauvres, des subsides pour les plus pauvres, le renforcement des capacités – objectif de la couverture : 17,6 millions de personnes) ;
- ▶ **les pratiques en matière d'hygiène** (la communication dans le cadre du changement des comportements, le plaidoyer, le lavage des mains, le marketing social, la recherche formative – objectif de la couverture : 37,5 millions de personnes) ;
- ▶ **l'assainissement dans les écoles et l'éducation à l'hygiène** (la promotion et l'éducation à l'hygiène, l'installation et le maintien des puits tubés et des latrines, des latrines séparées pour les filles, le nettoyage et l'évacuation des déchets solides dans les écoles) ;
- ▶ **le partenariat public-privé** (un partenariat avec des fabricants de savon, des entrepreneurs locaux en assainissement, des Institutions du gouvernement local (LGI), le ministère de Génie sanitaire (DPHE), ainsi que d'autres partenaires tels que le Comité Watsan, le Conseil de l'électrification rurale, le Conseil des centrales d'énergie et un comité consultatif constitué d'organisations spécialisées concernées.

L'approche du BRAC se fonde sur des agents de vulgarisation sur le terrain, de mobilisateurs communautaires et de Comités WASH dans les villages afin de mettre en œuvre ces développements. Tout en mettant en œuvre les activités WASH, le BRAC travaille en conjoint avec les partenaires et les dirigeants communautaires influents, les dirigeants religieux et les membres de syndicats au niveau local afin d'influencer et d'encourager les activités WASH.

Genèse de l'approche

Année de mise en place	2006	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Le BRAC en partenariat avec le gouvernement du Bangladesh.		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Le gouvernement des Pays-Bas.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Bangladesh		
Expérience jusqu'à présent	Fin 2007, la troisième phase du projet est passée à l'échelle avec succès afin de couvrir l'ensemble des 150 sous districts – 247 229 latrines ont été installées et 11 358 latrines ont été réinstallées. Au niveau des écoles, 32 latrines séparées pour filles et garçons et des installations d'évacuation des déchets ont été construites (site Web du BRAC, 2009). Kabir et al. (2010a) indiquent qu'en octobre 2009, près de 40 000 Comités WASH dans les villages ont été mis en place afin de «stimuler la participation et la planification ascendantes.		

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Ahmed, S., Rahman, H., Rashid, M. U. et Hasan, B. (2008). «Understanding the Relationship between Government and BRAC in Implementing WASH Programme». Document de travail n°2. Département de recherche et d'évaluation du BRAC. Dhaka, Bangladesh. http://www.bracresearch.org/workingpapers/REDWP_2.pdf – Consulté en mars 2010.
Évaluations externes publiées	Aucune.

Preuves de l'efficacité

Impacts, résultats et durabilité	Malgré les nombreux progrès, la clé du succès du BRAC réside dans sa relation avec les fonctionnaires du gouvernement. Dans certains sous districts, de mauvaises relations ont donné lieu à de faibles niveaux d'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement (Ahmed et al. 2008).
Coût	Données insuffisantes.
Ressources humaines	Le programme compte actuellement 5360 employés dont 32 ont été affectés à chaque sous district (Upazila).
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Les activités WASH de démarrage durent quatre jours. Les Comités WASH dans les villages sont alors formés sur une période de deux ans au cours de laquelle les principales activités sont mises en œuvre.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	<p>Site Web du BRAC disponible à : http://www.brac.net/index.php?nid=160 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Kabir, B., Huq, T.A., Karim, R. et Rahman, M. (2008). «BRAC WASH programme». Chapitre 12 de «Beyond Construction, Use by All». WaterAid, Royaume-Uni et IRC, Pays-Bas. http://www.wateraid.org/documents/ch12_brac_wash_programme.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
Boîtes à outils ou guides	Aucune.
Lectures supplémentaires	<p>Contexte et histoire du BRAC disponible sur Wikipedia à : http://en.wikipedia.org/wiki/BRAC_%28NGO%29 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Kabir, B., Barua, M., Karim, R., Bodiuzzaman, Mhd., Rahman, M. et Hasan Ali Mia, Mhd. (2010a). «Contributions of Village WASH Committee in breaking the cycle of unhygienic behaviours in rural Bangladesh». Document préparé dans le cadre de l'Atelier pour les praticiens de l'hygiène en Asie du Sud, Dhaka, Bangladesh, février 2010. WaterAid, WSSCC, IRC et BRAC. http://www.irc.nl/page/51610 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Kabir, B., Ubaid, S. F., Ahmed, M., Islam, M., Rahman, M. et Hasan Ali Mia, Md. (2010b)(2). «The Role of Imams and different Institution in Hygiene Promotion of BRAC WASH Programme». Document préparé dans le cadre de l'Atelier pour les praticiens de l'hygiène en Asie du Sud, Dhaka, Bangladesh, février 2010. WaterAid, WSSCC, IRC et BRAC. http://www.irc.nl/page/51612 – Consulté en mars 2010.</p>

3.3.2 L'ASSAINISSEMENT TOTAL DECENTRALISÉ POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (DISHARI) AU BANGLADESH

Le projet vise le passage à l'échelle de l'Assainissement total piloté par la communauté (ATPC) au Bangladesh et met l'accent sur la mobilisation des communautés afin d'éradiquer la défécation à l'air libre.

Tableau récapitulatif

Objectif	Améliorer la qualité de vie des plus démunis en termes d'accès à l'assainissement et de renforcement des capacités des institutions des gouvernements locaux afin de planifier et de mettre en œuvre des interventions.		
Groupe cible	Enfants <input type="checkbox"/>	Particuliers <input type="checkbox"/>	Ménages <input type="checkbox"/>
	Communauté <input checked="" type="checkbox"/>	Écoles <input type="checkbox"/>	Société <input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural <input checked="" type="checkbox"/>	Urbain <input type="checkbox"/>	Urbain informel <input type="checkbox"/>
	Pilote <input type="checkbox"/>	En expansion <input type="checkbox"/>	À l'échelle <input checked="" type="checkbox"/>
	Dans un pays <input checked="" type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays <input type="checkbox"/>	
	Dans plus d'une région <input type="checkbox"/>	Au niveau mondial <input type="checkbox"/>	
Renvoi à la PARTIE 2 ?	L'Assainissement total piloté par la communauté S1.1		

Description

Le projet se fonde sur l'observation que l'ATPC a été mis en œuvre par des ONG à travers des projets pilotes qui n'ont que peu de moyens pour le passage à l'échelle. La participation des institutions des gouvernements locaux est considérée comme une bonne manière de renforcer l'échelonnabilité et la durabilité car celles-ci couvrent l'ensemble du pays alors que les ONG sont provisoires et se centrent sur une poignée de districts. C'est la raison pour laquelle l'objectif principal du projet DISHARI est de renforcer les capacités des gouvernements locaux afin de se charger de l'initiative visant à promouvoir l'ATPC. Le projet se concentre sur le niveau des sous districts des gouvernements locaux, appelés également Upazilas. Immédiatement au-dessous des Upazilas, on trouve le niveau des syndicats – l'unité administrative la plus petite des zones rurales du Bangladesh.

À l'heure actuelle, les activités de promotion et de renforcement des capacités des communautés ont lieu au niveau des villages et des hameaux. Celles-ci incluent des activités ATPC telles que la cartographie sociale, le calcul des fèces et la marche de la honte (voir S1.1 pour plus d'information concernant l'ATPC) (DAM, 2009). Le gouvernement fournit des récompenses pécuniaires aux syndicats Parishads et aux Upazilas qui atteignent l'état FEDAL (environ 2 900 dollars par syndicat et 7 250 dollars par Upazila). Ces récompenses n'impliquent aucune condition et peuvent être dépensées dans le cadre d'un projet de développement local quelconque. En plus du prestige qu'elles confèrent et des autres bénéfices non pécuniaires, ces récompenses ont servi d'élément de motivation pour les dirigeants locaux et ont introduit un facteur de compétitivité entre les villages qui désirent améliorer l'accès à l'assainissement (Trémolet, 2009).

Le gouvernement fournit également un financement d'équipement (d'environ 7 dollars par ménage subventionné) pour les ménages «très pauvres». Celui-ci inclut du matériel de construction pour les ménages selon certains critères (les ménages dont le revenu estimé ne dépasse pas les 290 dollars par ménage par an), ainsi que des réunions communautaires. Trémolet (2009) indique que près de 7% des ménages du projet ont bénéficié d'un financement couvrant environ 42% des coûts liés aux équipements.

Genèse de l'approche

Année de mise en place	2004	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	La Mission Dhaka Ahsania. Bangladesh		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Le Programme pour l'eau et l'assainissement, WaterAid et PLAN.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Bangladesh		
Expérience jusqu'à présent	Le projet DISHARI a été mis en place dans cinq districts au Bangladesh et a contribué à l'adoption de l'assainissement par 1,6 millions de personnes sur une période de quatre ans (Trémolet et al., 2009).		

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Howes, M. et Huda, E. (2008). «Community-led Total Sanitation and its successors in Bangladesh. Case Study 2 DISHARI». Institut d'études sur le développement, Université du Sussex, Royaume-Uni. http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/community-ledtotal-sanitation-and-its-successors-bangladesh-3-case-studies – Consulté en mars 2010.		
Évaluations externes publiées	Trémolet, S., Perez, E. et Kolsky, P. (2009). «Financing Household Sanitation for the Poor: A Global Six Country Comparative Review and Analysis». WSP, Washington D.C., États-Unis.		
Impacts, résultats et durabilité	Le projet DISHARI a permis d'améliorer substantiellement l'accès à l'assainissement. En moins de quatre ans et demi, 362 385 nouvelles latrines hygiéniques ont été installées dans les zones du projet. De la même manière, 90% des ménages du projet ont eu accès à des latrines hygiéniques fin 2008. En outre, des preuves semblent indiquer que plus de 80% des latrines construites sont maintenues en état. L'augmentation du nombre de propriétaires de latrines est un bon indicateur de durabilité. Toutefois, une des préoccupations les plus importantes reste la durabilité des résultats concrets car il n'existe aucun suivi continu une fois que les villages ont atteint l'état FEDAL (Trémolet et al., 2009). Les menaces sous forme d'amendes ou de mesures d'encouragement négatives utilisées par les fonctionnaires afin de faire pression sur les syndicats Parishads et les Upazilas afin que ces derniers atteignent l'état FEDAL, représentent une source de préoccupation. Cela contredit clairement les principes clés de l'ATPC et éclipsent d'autres résultats notables en matière de développement du DISHARI et de l'ATPC en général. (Howes et Huda, 2008 et Bongartz et Monik, 2008).		
Coût	Le projet a dépensé environ 7 dollars par ménage dans le cadre du soutien aux approches participatives et de promotion (Trémolet et al., 2009).		
Ressources humaines	Données insuffisantes.		
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Données insuffisantes.		

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	DAM (2009). Site Web de la Mission Dhaka Ahsania disponible à : http://www.ahsaniamission.org.bd/news_dtls.asp?NID=205 – Consulté en mars 2010.		
Boîtes à outils ou guides	Aucune.		
Lectures supplémentaires	Bongartz, P. et Monik, S. (2008). «Report on IDS Conference on Community-led Total Sanitation». IDS, Université du Sussex, 16-18 décembre, 2008. Brighton, Royaume-Uni. http://www.communityledtotalsanitation.org/page/clts-approach – Consulté en mars 2010.		

3.4 LE BÉNIN

La République du Bénin est un pays de petite taille situé en Afrique de l'Ouest dont la population s'élève à 8,5 millions de personnes. L'approvisionnement en eau et l'assainissement au Bénin ont enregistré de nombreux progrès depuis les années 1990 et la couverture des services est bien plus élevée que dans bon nombre de pays africains. Selon l'OMS/UNICEF-JMP (2008), la couverture améliorée de l'assainissement est passée de 12% en 1990 à 30% en 2006. Toutefois, la couverture reste relativement faible dans les zones rurales – en 2006, 11% de la population avait accès à une latrine améliorée (une croissance timide de 2% depuis 1990) – mais il est encourageant de constater que le gouvernement du Bénin a adopté une stratégie nationale afin de faire face à ce problème.

La stratégie en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement en milieu rural est régie par la demande et a été mise en œuvre en 1992 avec le soutien de partenaires externes du développement dans différents départements¹ dans le cadre du Programme d'aide au développement du secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement en milieu rural (PADEAR). C'est dans le cadre de ce dernier que le gouvernement a mis à l'essai une nouvelle approche en matière de promotion de l'assainissement en milieu rural sur la base du marketing social en vue de stimuler la demande des ménages, ainsi que la fourniture de services d'assainissement par des petits fournisseurs indépendants (maçons locaux) à travers le marché.

Depuis 2005, le gouvernement du Bénin a mis en œuvre sa propre version du projet PADEAR au niveau national dans cinq départements. Le Programme national de promotion de l'hygiène et de l'assainissement en milieu rural (PHA) est décrit ci-dessous.

RÉFÉRENCES :

OMS/UNICEF-JMP (2008). « Progress in Drinking-water and Sanitation: special focus on sanitation ». UNICEF, New York et OMS, Genève. http://www.wssinfo.org/en/40_MDG2008.html – Consulté en mars 2010.

1. Le Bénin est divisé en 12 départements administratifs.

3.4.1 LE PROGRAMME NATIONAL DE PROMOTION DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT EN MILIEU RURAL (PHA) AU BÉNIN

Le programme national du gouvernement du Bénin a été créé à partir du projet PADEAR mis en œuvre au milieu des années 1990. Le programme combine deux approches – le marketing de l'assainissement visant à créer une demande de l'assainissement et une approche participative fondée sur le PHAST visant à induire des changements de comportement en matière d'hygiène.

Tableau récapitulatif

Objectif	Induire des changements de comportement en matière d'hygiène, créer une demande de l'assainissement et faciliter la mise en place de chaînes d'approvisionnement.			
Groupe cible	Enfants <input type="checkbox"/>	Particuliers <input type="checkbox"/>	Ménages <input checked="" type="checkbox"/>	
	Communauté <input checked="" type="checkbox"/>	Écoles <input type="checkbox"/>	Société <input type="checkbox"/>	
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural <input checked="" type="checkbox"/>	Urbain <input type="checkbox"/>	Urbain informel <input type="checkbox"/>	
	Pilote <input type="checkbox"/>	En expansion <input type="checkbox"/>	À l'échelle <input checked="" type="checkbox"/>	
	Dans un pays <input checked="" type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays <input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région <input type="checkbox"/>	Au niveau mondial <input type="checkbox"/>		
Renvoi à la PARTIE 2 ?	Promotion de l'hygiène et de l'assainissement H&S PHAST H1.1 Marketing de l'assainissement S2			

Description

Le programme national de marketing de l'assainissement et de promotion de l'hygiène en milieu rural du Bénin (ci-après appelé PHA – Promotion de l'hygiène et de l'assainissement) qui est géré par la Direction de l'hygiène et de l'assainissement de base (DHAB) du ministère de la Santé.

Le programme combine des stratégies de marketing de l'assainissement visant à accroître les investissements des ménages en vue d'améliorer leurs latrines et à changer les comportements en matière d'hygiène, dont notamment l'utilisation, le nettoyage et le maintien des latrines, le lavage des mains avec du savon après la défécation et la manipulation et le stockage sûrs de l'eau potable.

Le PHA est une approche hautement structurée et testée à travers laquelle les travailleurs d'approche du gouvernement mobilisent les communautés et forment et supervisent les bénévoles de la communauté en vue de mener une série d'activités de promotion et d'éducation au sein de leurs communautés. Les messages de marketing social, l'éducation à la technologie de consommation, ainsi que le soutien technique visent à créer une demande d'assainissement. D'autre part, les outils participatifs fondés sur le PHAST visent à fournir une éducation à l'hygiène et à induire un changement de comportement. Le financement d'équipement n'est pas inclus dans le programme.

Les visites à domicile représentent le principal moyen de communication. Toutefois, la mobilisation de la communauté reste faible. Des stratégies fondées sur l'approvisionnement élargissent l'accès du marché local à une série de choix en matière de latrines à bas prix et améliorées et précèdent le lancement de la promotion dans de nouvelles zones cibles. Le suivi des progrès de la communauté, le personnel sur le terrain compétent, ainsi que la supervision des activités sur le terrain, sont les éléments clés de son succès (Jenkins et al., 2009).

Genèse de l'approche

Année de mise en place	1995	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Fondé sur le Programme d'aide au développement du secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement en milieu rural (PADEAR) qui a été créé et mis en place par le DANIDA, le GTZ et le KfW. Bénin		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	Financé par le gouvernement du Bénin avec un soutien financier important de donateurs danois, néerlandais et allemands, ainsi que le WSP.		

Genèse de l'approche

Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent Burkina Faso

Expérience jusqu'à présent Entre 2005 et 2007, le PHA a atteint environ 10% de la population rurale (372 000 personnes) dans cinq Départements. En outre, la couverture des latrines améliorées s'est accrue de 10%. Un total de 7 148 latrines améliorées et non subventionnées dans les ménages ont été construites fin 2007 (Scott et al., 2009).

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées Jenkins, M (2009). Présentation sur le financement du changement de comportements en matière d'hygiène personnelle et la création de la demande d'assainissement. Session 1. Présentée lors du Symposium sur l'eau du KfW «Le financement de l'assainissement» en 2009. http://www.kfw-entwicklungsbank.de/EN_Home/Sectors/Water/Events/session_1_-_Jenkins.pdf – Consulté en mars 2010.

Jenkins, M., Pfeiffer, V. et Etienne, J. (2009). «Financing Change in Personal Hygiene Behaviour and Demand Creation for Sanitation». Session 1. Document préparé dans le cadre du Symposium sur l'eau du KfW «Le financement de l'assainissement», 8 et 9 octobre 2009, Francfort, Allemagne. – Consulté en mars 2010.

Jenkins, M.W. et Kpinsoton, G. (2008). «Benin PHA National Rural Sanitation Component 2005-2007: Preliminary Assessment of Progress through December 2007». Rapport technique. Contrat 7140303 de soutien aux analyses en matière de marketing de l'assainissement, Programme pour l'eau et l'assainissement-Afrique, Banque mondiale. Préparé pour l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres et le GOB DHAB. 15 juin 2008.

Évaluations externes publiées Aucune.

Impacts, résultats et durabilité En général, le gouvernement national a mis en œuvre avec succès le programme dans l'ensemble du pays à travers «un suivi et une supervision adéquats» (Jenkins, 2009).

Jenkins et Kpinsoton (2008) ont observé que le passage à l'échelle nationale du PHA s'est également traduit par des niveaux élevés de mise en œuvre lors de sa mise à l'essai. Toutefois, la mise en œuvre était plus lente dans certains Départements en raison de différences régionales. Une recherche menée sur les causes de ces variations doit faire l'objet d'une étude approfondie.

Jenkins et Kpinsoton ont également observé qu'il n'existe pas de données à ce jour indiquant la portée du changement de comportements induit et mettent en exergue les dangers de s'attaquer à un éventail de changements de comportements en matière d'hygiène en une fois.

D'autres défis incluent une mise en œuvre timide (18 mois par village), un coût relativement élevé (données non disponibles), des contraintes au niveau des chaînes d'approvisionnement en ciment et une incertitude concernant la durabilité des changements (ibid).

Coût Données insuffisantes.

Ressources humaines Données insuffisantes.

Temps nécessaire pour compléter l'intervention 18 mois par village.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information Scott, B., Jenkins, M. et Kpinsoton, G. (à paraître). «Sanitation Marketing the Beninese Way: An African Success Story in the Making. The Recent History of Sanitation Marketing at Scale in Rural Benin». Note de terrain du WSP. WSP-Afrique.

Boîtes à outils ou guides Aucune.

Lectures supplémentaires Jenkins, M. et Cairncross, S. (2010). «Modelling Latrine Diffusion in Benin: towards a community typology of demand for improved sanitation in developing countries». *Journal of Water Health*, mars 2010; 8(1):166-83.

3.5 PROGRAMMES MONDIAUX

3.5.1 LE PROJET DE PASSAGE À L'ÉCHELLE MONDIALE DE L'ASSAINISSEMENT (GSUSP)

Il s'agit d'un projet à grande échelle visant à répondre aux besoins en matière d'assainissement de base pour les pauvres en milieu rural qui n'ont toujours pas accès à une installation salubre et hygiénique. Le projet se fonde sur deux groupes d'approches décrites dans le présent document, dont notamment les approches communautaires (Groupe S1) et le marketing des biens et des services d'assainissement (Groupe S2). Le projet est également appelé le projet d'Assainissement total et de Marketing de l'assainissement (TSSM).

Tableau récapitulatif

Objectif	Accroître les connaissances en matière de passage à l'échelle d'interventions sanitaires efficaces visant à améliorer la santé.		
Groupe cible	Enfants <input type="checkbox"/>	Particuliers <input checked="" type="checkbox"/>	Ménages <input checked="" type="checkbox"/>
	Communauté <input checked="" type="checkbox"/>	Écoles <input type="checkbox"/>	Société <input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural <input checked="" type="checkbox"/>	Urbain <input type="checkbox"/>	Urbain informel <input type="checkbox"/>
	Pilote <input checked="" type="checkbox"/>	En expansion <input type="checkbox"/>	À l'échelle <input checked="" type="checkbox"/>
	Dans un pays <input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays <input type="checkbox"/>	
	Dans plus d'une région <input checked="" type="checkbox"/>	Au niveau mondial <input type="checkbox"/>	
Renvoi à la PARTIE 2 ?	Approches communautaires S1 Marketing des biens et des services d'assainissement S2 FOAM ET SaniFOAM F5		

Description

Le Programme pour l'eau et l'assainissement soutient les instances gouvernementales à travers le financement de la Fondation Bill et Melinda Gates en vue de mettre en œuvre ce projet d'une durée de cinq ans (2006-2011).

Le projet vise avant tout à accroître les connaissances en matière de passage à l'échelle d'interventions sanitaires efficaces visant à améliorer la santé. Le projet met à l'essai le passage à l'échelle d'une approche fondée sur deux groupes d'approches décrites dans le présent document, dont notamment les *approches communautaires* (Groupe S1) et le *marketing de l'assainissement* (Groupe S2). L'approche stimule la demande à travers la mobilisation de la communauté (sur la base des techniques ATPC) et des interventions individuelles ciblées (sur la base du marketing de l'assainissement) et renforce par la suite l'approvisionnement afin de satisfaire la demande (sur la base du marketing de l'assainissement). L'objectif de l'approche est d'améliorer l'assainissement de l'ensemble des communautés et non pas des ménages individuels.

En résumé, le premier groupe d'approches vise à « placer » les personnes sur l'échelle de l'assainissement tandis que le second vise à maintenir la demande et à faire « grimper » les personnes sur l'échelle. Le WSP a intitulé la combinaison de ces deux approches Assainissement total et Marketing de l'assainissement (TSSM) (WSP, 2009).

En outre, le cadre de programmation SaniFOAM vient s'inscrire dans le projet afin d'aider les gestionnaires et les personnes chargées de la mise en œuvre des programmes à comprendre et à analyser les différents comportements en matière d'assainissement, **voir l'approche F5 de la PARTIE 2 (FOAM et SaniFOAM)**.

Le projet est actuellement mis en œuvre dans des villages ruraux et de petites villes en Indonésie, en Tanzanie, ainsi que dans deux États indiens et vise à atteindre près d'un million de personnes dans chacun des endroits.

En résumé, le projet se fonde sur les objectifs suivants :

- ▀ la création d'une demande d'assainissement et d'hygiène à grande échelle, durable et efficace au niveau des ménages et de la communauté dans quatre sites sélectionnés dans le cadre du projet ;

Description

- ▶ la création d'un approvisionnement à grande échelle, durable et efficace de services d'assainissement et d'hygiène et de produits appropriés et abordables pour les familles les plus pauvres dans les quatre sites du projet;
- ▶ l'amélioration de la couverture de l'assainissement dans les quatre pays/États;
- ▶ l'identification des approches les plus pratiques et efficaces en matière de passage à l'échelle et de soutien aux programmes d'assainissement afin de les reproduire dans d'autres pays et régions en vue d'atteindre les OMD d'ici à 2015.

Genèse de l'approche

Année de mise en place	2006	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours jusqu'en 2011
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Le Programme pour l'eau et l'assainissement (WSP). Actuellement piloté à l'échelle dans trois pays (voir ci-dessous).		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	La Fondation Bill et Melinda Gates.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Indonésie, Tanzanie et deux États indiens (Himachal Pradesh et Madhya Pradesh).		
Expérience jusqu'à présent	À ce jour, des évaluations de l'environnement favorable ont été menées dans les quatre sites du projet (WSP, 2009). Les résultats servent à mieux comprendre les conditions programmatiques et institutionnelles, à prioriser et à combler d'importantes lacunes, ainsi qu'à renforcer l'environnement favorable. Les évaluations continueront trois ans après la mise en œuvre du projet afin de mesurer les progrès et d'accroître les connaissances sur les pratiques efficaces en matière de passage à l'échelle et de programmes d'assainissement durables. Les évaluations de l'impact sont en préparation et visent à réunir une série d'indicateurs qui donneront lieu à une étude approfondie sur les impacts de l'approche au niveau social, du développement et du bien-être économique.		

Forces et faiblesses

Forces et faiblesses	Ces données ne sont pas encore disponibles.
-----------------------------	---

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Mukherjee, N. (2009). « Learning At Scale: Total Sanitation and Sanitation Marketing Project: Indonesia Country Update June 2009 ». Note de terrain. WSP-EAP, Jakarta, Indonésie. http://www.wsp.org/UserFiles/file/learning_at_scale.pdf – Consulté en mars 2010.
Évaluations externes publiées	Aucune.
Impacts, résultats et durabilité	Mukherjee (2009) fournit les résultats suivants pour l'Indonésie 18 mois après l'intervention: <ul style="list-style-type: none">▶ une augmentation de 49% de l'accès à un assainissement amélioré par rapport à l'accès de référence (en date de juin 2009);▶ plus de 325 600 personnes supplémentaires ont eu accès à un assainissement amélioré;▶ l'accès des ménages les plus pauvres est bien plus élevé que celui des ménages qui ne sont pas pauvres;▶ 715 communautés ont atteint l'état FEDAL, tel que défini et vérifié par les gouvernements locaux (en date de mai 2009). À l'heure actuelle, le projet travaille en partenariat avec le gouvernement national et les gouvernements locaux dans les 29 districts de Java-Est et gère la nouvelle Stratégie nationale d'assainissement total de la communauté du gouvernement indonésien.

Preuves de l'efficacité

Coût	Durant les 18 premiers mois d'interventions dans les 21 districts, l'assistance de 1,76 million de dollars destinée au projet TSSM a entraîné des investissements communautaires pour l'amélioration de l'assainissement au sein des ménages atteignant plus de 1,69 million de dollars (Mukherjee, 2009).
Ressources humaines	Données insuffisantes.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Les données ne sont pas définies mais les résultats observés à partir des interventions en Indonésie ont été atteints en 18 mois.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	<p>Site Web du Passage à l'échelle mondiale de l'assainissement du WSP disponible à : http://www.wsp.org/index.cfm?page=page_disp&pid=1585 – Consulté en mars 2010.</p> <p>WSP (2009). «Market Research Assessment in Rural Tanzania for New Approaches to Stimulate and Scale up Sanitation Demand and Supply». Programme pour l'eau et l'assainissement-Banque mondiale, Washington D.C., États-Unis. http://www.wsp.org/UserFiles/file/TZ_TSSM_Research_Report.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
Boîtes à outils ou guides	<p>WSP (2007a). «Training of Trainers' Manual on Community-driven Total Sanitation. Module 1: Guidance Notes». WSP, Washington D.C., États-Unis. http://www.wsp.org/UserFiles/file/Guidance_Book_24Jun08.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>WSP (2007b). «Training of Trainers' Manual on Community-driven Total Sanitation. Module 2: Trainers' Notes». WSP, Washington D.C., États-Unis. http://www.wsp.org/UserFiles/file/Training_Manual_24Jun08.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
Lectures supplémentaires	<p>Rosensweig, F. (2008). «Synthesis of Four Country Enabling Environment Assessments for Scaling Up Sanitation Programs». Extrait du Projet de passage à l'échelle mondiale de l'assainissement du WSP financé par la Fondation Bill et Melinda Gates. WSP, Washington D.C., États-Unis. http://www.wsp.org/UserFiles/file/sansynthesis.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>WSP (2008). «Developing a Sanitation Behavior Change Framework: SaniFOAM». Rapport de l'atelier du 21 au 22 février 2008. WSP, Washington D.C., États-Unis. Durban, Afrique du Sud. http://www.wsp.org/UserFiles/file/SaniFOAM_Report409_3.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Godfrey, A. (2008). «Situation Assessment of the Supply Market for Rural Sanitation in Himachal Pradesh and Madhya Pradesh». Extrait du Projet de passage à l'échelle mondiale de l'assainissement du WSP financé par la Fondation Bill et Melinda Gates. WSP, Washington D.C., États-Unis. http://www.wsp.org/UserFiles/file/Indiasanitationmarketing.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Frias, J (2008). «Opportunities to Improve Sanitation: Situation Assessment of Sanitation in Rural East Java, Indonesia». Extrait du Projet de passage à l'échelle mondiale de l'assainissement du WSP financé par la Fondation Bill et Melinda Gates. WSP, Washington D.C., États-Unis. http://www.wsp.org/UserFiles/file/sanitation_east_java.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Mukherjee, N (2008). «Presentation: Lessons from a Global Initiative to Understand Large Scale Sanitation and Hygiene Improvements». WSP, Banque mondiale.</p>

Voir également les cadres de programmation de la Partie 2, dont notamment le FOAM et le SaniFOAM (F5).

Toute l'information supplémentaire a été fournie par Nat Paynter du WSP.

3.5.2 LE PASSAGE À L'ÉCHELLE MONDIALE DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS EN MATIÈRE DE LAVAGE DES MAINS (GSUHBPC)

Le Projet de passage à l'échelle mondiale du changement de comportements en matière de lavage des mains (GSUHBPC) vise à déterminer si les approches innovantes peuvent générer un accroissement à grande échelle et durable du lavage des mains avec du savon (LMS) en temps opportun chez les personnes pauvres et vulnérables au Pérou, au Sénégal, en Tanzanie et au Vietnam.

Tableau récapitulatif

Objectif	Prouver que le lavage des mains avec du savon est une des interventions les plus efficaces et les plus rentables afin d'améliorer la santé.					
Groupe cible	Enfants	<input checked="" type="checkbox"/>	Particuliers	<input checked="" type="checkbox"/>	Ménages	<input type="checkbox"/>
	Communauté	<input type="checkbox"/>	Écoles	<input type="checkbox"/>	Société	<input type="checkbox"/>
Comment l'approche a-t-elle été mise en place ?	Rural	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain	<input checked="" type="checkbox"/>	Urbain informel	<input checked="" type="checkbox"/>
	Pilote	<input checked="" type="checkbox"/>	En expansion	<input type="checkbox"/>	À l'échelle	<input checked="" type="checkbox"/>
	Dans un pays	<input type="checkbox"/>	Dans plus d'un pays	<input type="checkbox"/>		
	Dans plus d'une région	<input checked="" type="checkbox"/>	Au niveau mondial	<input type="checkbox"/>		
Renvoi à la PARTIE 2 ?	Partenariat public-privé pour le lavage des mains avec du savon H2.2 FOAM ET SaniFOAM F5					

Description

À travers le financement de la Fondation Bill et Melinda Gates, le Programme pour l'eau et l'assainissement appuie ses homologues des gouvernements à mettre en œuvre le projet d'une durée de cinq ans (2006-2011). Le projet vise tout d'abord à accroître les connaissances sur le passage à l'échelle et les interventions en matière de lavage des mains efficaces dans le but d'améliorer la santé.

Le projet vise également à comprendre la manière dont les projets à grande échelle sont mis en œuvre et à identifier les impacts sur la santé et la pauvreté. Les interventions en matière de lavage des mains sont élaborées sur base d'études formatives approfondies identifiant les déterminants comportementaux qui facilitent ou entravent l'amélioration des comportements en matière de lavage des mains. Les activités sont menées par la suite à travers une série de moyens, tels que les moyens de communication de masse, le contact direct avec les consommateurs et la communication interpersonnelle. Les impacts du projet sont identifiés à travers une évaluation aléatoire et de suivi de l'impact en vue de comparer les résultats finaux avec les données de référence.

Les objectifs spécifiques du projet incluent :

- ▶ l'élaboration et le soutien de la mise en œuvre de programmes de lavage des mains innovants, à grande échelle et durables (dans quatre pays différents) ;
- ▶ la documentation et l'accroissement des connaissances sur les impacts et la durabilité des programmes de lavage des mains innovants et à grande échelle ;
- ▶ l'accroissement des connaissances sur les approches efficaces et durables visant le déclenchement, le passage à l'échelle et le changement de comportements durables en matière de lavage des mains
- ▶ la promotion et l'adoption de programmes efficaces de lavage des mains dans d'autres pays et la priorisation du lavage des mains au sein de l'agenda mondial de la santé publique visant à traduire les résultats et les leçons apprises en plaidoyer efficace, en connaissances appliquées et en produits de communication.

Le projet est élaboré de façon à atteindre des cibles spécifiques en matière de lavage des mains dans chaque pays deux ans après sa mise en œuvre. Il vise notamment à atteindre 5,4 millions de personnes sur une période de cinq ans – le public cible étant constitué de femmes de 15 à 49 ans et d'enfants de 5 à 9 ans défavorisés.

En outre, le cadre de programmation FOAM s'inscrit dans le cadre du projet afin d'aider les gestionnaires et les personnes chargées de la mise en œuvre du programme à comprendre et à analyser les comportements en matière de lavage des mains **(voir FOAM et SaniFOAM [F5])**.

Genèse de l'approche

Année de mise en place	2006	Année de clôture (s'il y a lieu)	En cours jusqu'en 2011
Genèse (Qui a inventé l'approche, où et quand)	Le Programme pour l'eau et l'assainissement (WSP). Actuellement piloté à l'échelle dans quatre pays (voir ci-dessous).		
Financement de (nom des agences donatrices, s'il y a lieu)	La Fondation Bill et Melinda Gates.		
Pays où l'approche a été mise en place jusqu'à présent	Pérou, Sénégal, Tanzanie, et Vietnam.		
Expérience jusqu'à présent	<p>Rosenweig (2008) explique que les évaluations de référence portant sur l'environnement favorable ont été menées dans quatre pays cibles afin d'accroître les connaissances sur les conditions programmatiques et institutionnelles nécessaires pour le passage à l'échelle, la durabilité et la reproduction des interventions mises en œuvre dans le cadre du projet. Des évaluations seront également effectuées trois ans après la mise en œuvre du projet « afin d'évaluer les progrès visant à renforcer l'environnement favorable et à déterminer les leçons définitives ».</p> <p>Rosenweig (2008) conclut également que l'environnement favorable dans l'ensemble des quatre pays pilotes visant à créer et à maintenir des programmes en matière de lavage des mains à grande échelle n'a pas encore été mis en place. L'évaluation met en exergue « l'importance d'adapter la méthodologie du partenariat public-privé pour le lavage des mains (PPPHW) au contexte spécifique de chaque pays en vue d'assurer l'appropriation ».</p>		

Forces et faiblesses

Forces	Ces données ne sont pas encore disponibles.
Faiblesses	Ces données ne sont pas encore disponibles.

Preuves de l'efficacité

Évaluations internes publiées	Aucune.
Évaluations externes publiées	Aucune.
Impacts, résultats et durabilité	Données insuffisantes.
Coût	Données insuffisantes.
Ressources humaines	Données insuffisantes.
Temps nécessaire pour compléter l'intervention	Données insuffisantes.

Sources d'information, boîtes à outils, guides et lectures supplémentaires

Source(s) d'information	<p>Site Web du Passage à l'échelle mondiale de l'assainissement du WSP disponible à : http://www.wsp.org/index.cfm?page=page_disp&pid=1585 – Consulté en mars 2010.</p> <p>WSP (2009a). «Global Scaling Up Sanitation Project Second Annual Progress Report: Indonesia, Tanzania and the States of Himachal Pradesh and Madhya Pradesh, India: July 1, 2008 – June 30, 2009». WSP, Washington D.C., États-Unis. http://www.wsp.org/UserFiles/file/gsp_annual_progress_report.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Rosenweig, F. (2008). «Synthesis of Four Country Enabling Environment Assessments for Scaling Up Handwashing Programs». WSP Washington D.C., États-Unis. http://www.wsp.org/UserFiles/file/hw_synreport.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
Boîtes à outils ou guides	<p>Cogswell, L. et Jensen, L. (2008). «Guidelines for Assessing the Enabling Environment Conditions for Large Scale, Effective and Sustainable Handwashing with Soap Projects». WSP, Washington D.C., États-Unis. http://www.wsp.org/UserFiles/file/EEA_Guidance_HW.pdf – Consulté en mars 2010.</p> <p>Scott, B. Curtis, V. et Cardosi, J. (2005). «The Handwashing Handbook. A guide for developing a hygiene promotion program». Banque mondiale, BNWP et WSP. http://www.globalhandwashing.org/Publications/Handwashing_Handbook.pdf – Consulté en mars 2010.</p>
Lectures supplémentaires	<p>Voir le Pratenariat public-privé pour le lavage des mains avec du savon (H2.2) et le cadre de programmation de la Partie 2, dont notamment le FOAM et le SaniFOAM (F5).</p> <p>Nguyen, N. K. (2010). «Designing Evidence-based Communications Programs to Promote Handwashing with Soap in Vietnam». Document préparé dans le cadre de l'atelier pour praticiens d'Asie du Sud, Dhaka, Bangladesh, février 2010. WaterAid, WSSCC, IRC et BRAC. http://www.irc.nl/page/51637 – Consulté en mars 2010.</p> <p>Devine, J. (2009). «Beyond Tippy-Taps: The Role of Enabling Products Role in Scaling Up and Sustaining Handwashing». Document préparé dans le cadre de l'atelier pour praticiens d'Asie du Sud, Dhaka, Bangladesh, février 2010. WaterAid, WSSCC, IRC et BRAC. http://www.irc.nl/page/51606 – Consulté en mars 2010.</p>

Toute l'information supplémentaire a été fournie par Nat Paynter du WSP.

GLOSSAIRE

Anganwadis: centres de soins pour mères et enfants parrainés par le gouvernement indien qui pourvoient aux besoins d'enfants âgés de 0 à 6 ans.

Année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI): est un indicateur quantitatif du fardeau des maladies qui reflète le nombre total d'années de vie potentielle perdues par suite d'un décès prématuré ou du fait de l'incapacité résultant de la maladie.

Approches régies par la demande: représente une approche en matière de planification des services d'infrastructures au sein desquelles les ménages et les communautés sélectionnent un niveau de service qui correspond à leurs besoins, préférences et capacités de contribution aux dépenses d'investissement initiales, de gestion et de maintien continus.

Assainissement: la collecte, le transport, le traitement et l'évacuation ou la réutilisation des excréments humains. Aux fins du présent document, les eaux usées d'origine domestique, les déchets solides, ainsi que la promotion de l'hygiène font l'objet d'une analyse séparée.

Assainissement durable: un système d'assainissement durable est un système sûr, qui ne pollue pas l'environnement. Approprié et abordable en termes d'utilisation, de gestion et de maintien pour les ménages ou les communautés.

Assainissement total: l'utilisation universelle des toilettes et l'élimination de la défécation à l'air libre dans la communauté ciblée.

Au-dessus ou en-dessous du seuil de pauvreté: représente une mesure de la pauvreté sur base d'indicateurs tels que le niveau des dépenses personnelles ou du revenu nécessaire afin de satisfaire un niveau minimal de consommation. À titre d'exemple, la Commission de planification du gouvernement indien se fonde sur un indicateur de suffisance alimentaire allant de 2100 à 2400 kilocalories par personne par jour afin de définir les seuils de pauvreté en milieu rural et urbain propres à chaque État. Ces seuils sont alors appliqués aux distributions des dépenses de consommation des ménages de l'Organisation nationale d'enquêtes par sondage de l'Inde en vue d'évaluer la proportion et le nombre de pauvres au niveau de l'État.

Défécation à l'air libre (DAL): défécation à l'air libre visant à laisser les fèces à l'air libre.

Déterminants comportementaux: les facteurs qui peuvent faciliter ou inhiber un comportement d'intérêt

chez une population en particulier. Dans le cadre de l'assainissement, ces déterminants peuvent être internes (tels que les croyances sur les fèces) ou externes (tels que les sanctions liées à la défécation à l'air libre) (voir Devine [2009a] – FOAM et SaniFOAM [F5]).

Équipements d'assainissement: toilettes, tuyaux, égouts, robinets, savon et équipements auxiliaires tels que les équipements de vidange de fosses.

Évaluation: évaluation occasionnelle menée à différents stades d'un projet.

Fin de la défécation à l'air libre (FEDAL): lorsque les fèces ne sont plus laissées à l'air libre. Une latrine à fosse ouverte sans couvercle est une forme de défécation à l'air libre (point ouvert et fixe de défécation). Une latrine à fosse ouverte avec un couvercle protégeant des mouches (avec ou sans utilisation de cendres pour recouvrir les fèces après la défécation) réunit les conditions prescrites de l'état FEDAL. La défécation dans une tranchée et le recouvrement des fèces s'inscrit dans la transition de la DAL à l'état FEDAL (voir S1.1 – Kar et Chambers, 2008).

Hygiène: les comportements/mesures, dont la gestion des fèces humaines, visant à rompre le cycle de la transmission d'infections au sein des ménages et de la communauté.

Information, éducation et communication (IEC): activités visant à soutenir et à promouvoir la fourniture de services de programmes et d'installations, tels que les campagnes médiatiques, les activités de renforcement des capacités et les séances de promotion de l'hygiène communautaire.

Latrine: lieu ou construction, généralement à l'extérieur des maisons et des bâtiments, pour la défécation et la miction. Les termes latrines et toilettes sont utilisés indifféremment. Toutefois, une latrine fait davantage référence à une construction temporaire (voir toilettes).

Lavage des mains: action de se nettoyer les mains avec de l'eau ou tout autre liquide, avec ou sans savon, dans le but d'éliminer la terre, la saleté et/ou les microorganismes.

Marketing de l'assainissement: utilisation de techniques de marketing visant à promouvoir la construction et l'utilisation d'installations sanitaires.

Marketing social: utilisation de techniques de marketing social visant à promouvoir l'adoption de comportements qui amélioreront la santé ou le bien-être du public cible ou de l'ensemble de la société (voir H2 – Weinreich, 1999).

Mikikir : Outil de terrain utilisé afin d'évaluer les pratiques en matière d'hygiène au niveau des ménages en Éthiopie.

Nirmal Gram Puraskar (NGP) : prix national introduit en Inde en 2005 et octroyé aux « villages salubres ». Les villages reçoivent une récompense en argent et un certificat octroyé par le président indien.

Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) : huit objectifs internationaux pour le développement adoptés par 192 États-membres des Nations Unies et au moins 23 organisations internationales et qui devront être atteints d'ici à 2015.

Petit fournisseur indépendant (PFI) : des particuliers, des entreprises ou des organisations bénévoles et sans but lucratif qui fournissent des biens et des services visant l'amélioration de l'hygiène et qui opèrent indépendamment du système de fourniture publique.

Programmation : la mise en place d'une série de règles et de normes régissant l'ensemble des projets et des investissements en matière de promotion de l'assainissement et de l'hygiène dans le but d'atteindre une vision à long terme visant l'amélioration de la santé et la dignité de l'ensemble de la population.

Promotion de l'assainissement : les activités mises en place en vue de stimuler la demande des ménages et l'approvisionnement des équipements d'assainissement nécessaires afin de maintenir un environnement sain.

Promotion de l'hygiène : une approche planifiée visant à prévenir les maladies liées à l'assainissement à travers l'adoption à grande échelle de bonnes pratiques d'hygiène. Celle-ci se fonde sur les connaissances, les coutumes et les attentes des personnes (**Voir H1.1 – site Web du Guide des ressources en matière d'assainissement, d'hygiène et d'eaux usées**).

Renforcement de l'autonomie : vise à aider les personnes à développer leurs compétences et connaissances afin de prendre des décisions qui les concernent directement.

Secteur privé : particuliers, entreprises ou organisations qui fournissent des biens et des services commerciaux dans un but lucratif.

Stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement : les interventions et/ou les interactions sociales qui visent un changement de comportement, la création de la demande et la facilitation de la mise en place de chaînes d'approvisionnement.

Suivi : vérification ou contrôle de routine du progrès tout au long de la vie d'un projet visant à assurer que ses objectifs sont atteints de manière efficace.

Toilettes : les termes latrines et toilettes sont utilisés indifféremment et tous deux incluent des toilettes à chasse d'eau, des toilettes à chasse d'eau manuelle et des fosses. Toutefois, le terme tend à faire davantage référence à une installation permanente située dans un bâtiment. Le terme inclut néanmoins les latrines à fosses construites à l'extérieur (voir latrines).

Zone rurale : zone de grande taille et isolée dans un pays qui a généralement une densité de population plus faible et par conséquent, un nombre moins élevé de structures créées par les hommes que dans les zones urbaines.

Zone urbaine : zone qui a un nombre plus élevé de structures créées par les hommes en comparaison avec la périphérie.

Zone urbaine informelle : le terme est utilisé tout au long du présent document et fait référence aux zones groupées, non planifiées et informelles à l'intérieur des limites d'une ville. Celles-ci incluent entre autre les bidonvilles (zones non planifiées construites de manière illégale sur des terres dont la sécurité de tenure n'est pas garantie et appelés également « colonies de squatteurs »), les zones non planifiées où la tenure est formalisée, les zones de croissance aux abords des villes où le taux de croissance est élevé et les logements peuvent être non planifiés (appelés souvent « périurbain » ou « interface périurbaine »), ainsi que les zones densément peuplées qui ne s'inscrivent pas dans la définition formelle et planifiée d'une ville.

Introduction aux stratégies

PARTICIPATIVES ET DE PROMOTION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT

L'assainissement est ancré dans les objectifs du Millénaire pour le développement et représente la pierre angulaire de la lutte contre la pauvreté. L'accès limité à un assainissement de base menace les vies de millions de personnes et est responsable d'un quart de la mortalité infantile dans les pays en développement chaque année. De la même manière, l'accès limité à l'assainissement et de mauvaises pratiques d'hygiène limitent fortement l'impact des interventions de développement en matière d'éducation et de santé en milieu rural et urbain.

De nombreuses ressources ont été mises à contribution afin de fournir des installations sanitaires. Toutefois, plus de 2,5 milliards de personnes n'ont toujours pas accès à des services d'assainissement de base (OMS/UNICEF – JMP, 2008). Dans le monde en développement, la faible couverture de l'assainissement ne laisse rien présager de bon. En outre, les stratégies participatives et de promotion en matière d'assainissement s'avèrent insuffisantes. À titre d'exemple, malgré la construction de nouvelles latrines et d'installations sanitaires et une couverture relativement élevée selon des sources officielles, l'usage approprié reste faible et ne donne que peu ou pas de résultats. En effet, les praticiens en santé publique sont de plus en plus sensibles au fait que les impacts attendus des services d'eau et d'assainissement améliorés et visant à améliorer la santé communautaire ne pourront être atteints que si les foyers et les communautés adoptent de bonnes pratiques en matière d'hygiène.

Au cours des quarante dernières années, les praticiens se sont efforcés de trouver des manières de réduire non seulement le nombre élevé de personnes qui n'ont pas accès à une latrine mais également le nombre de personnes qui ne les utilisent pas de façon hygiénique et ce, même lorsqu'elles sont disponibles. Les méthodes utilisées afin de faire face à ce problème s'attachent à impliquer des groupes cibles (des particuliers, des ménages, des communautés, des institutions ou encore des organisations) dans le processus de développement de programmes visant à changer les comportements ou à créer une demande de services. Ces méthodes ou approches sont généralement appelées « stratégies participatives et de promotion » afin de les différencier de la fourniture d'équipements.

Le présent document fournit un instantané des stratégies participatives et de promotion actuelles et disponibles, ainsi qu'une analyse de base de ces approches et de leur applicabilité dans certains contextes.

CONSEIL DE CONCERTATION POUR L'APPROVISIONNEMENT EN EAU ET L'ASSAINISSEMENT

15 Chemin Louis-Dunant
1202 Genève
Suisse

Telephone: +41 22 560 8181
Fax: +41 22 560 8184
www.wsscc.org
wsscc@wsscc.org

