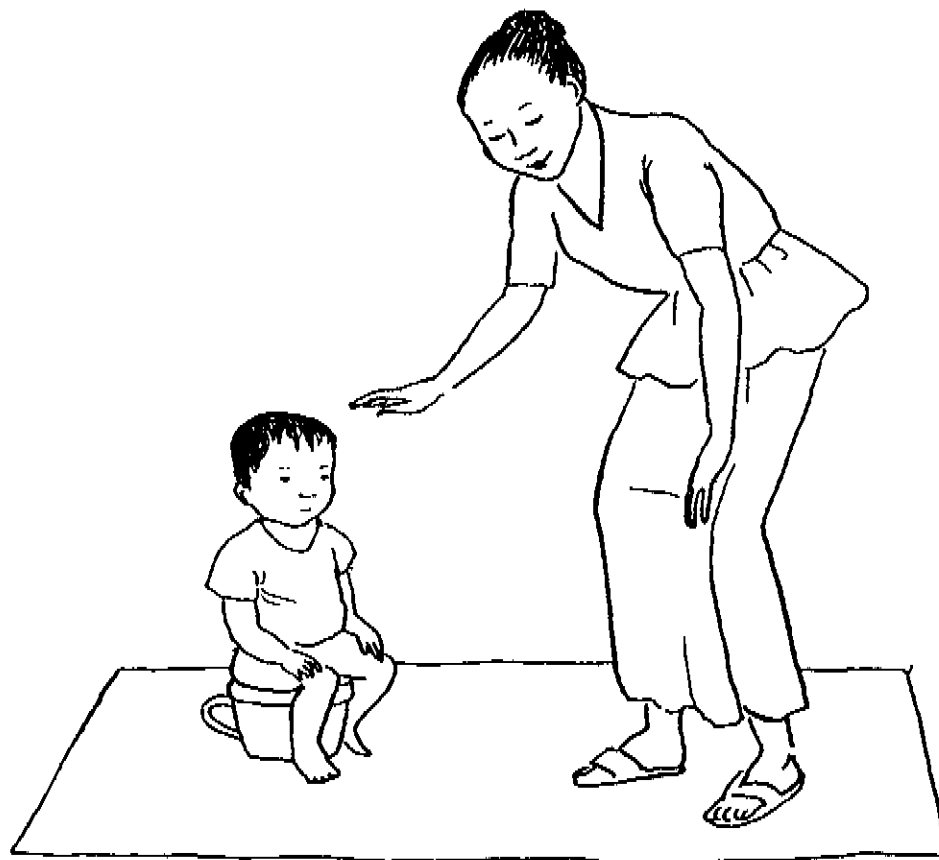


NOUVELLES ORIENTATIONS POUR LA PROMOTION DE L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT

CONCLUSIONS D'UNE CONSULTATION INFORMELLE REGIONALE
New Delhi, 19-21 mai 1993



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, New Delhi, septembre 1993



Résumé

La majorité de la population, estimée à 1300 millions d'âmes, de la Région de l'Asie du Sud-Est est dépourvue d'installations d'assainissement. Selon les projections, 3400 millions de personnes vivront sans installations sanitaires en 2030, dont la majorité en Asie du Sud-Est. Face à la gravité d'une telle situation, une consultation sur la promotion de l'hygiène et de l'assainissement a été organisée au Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, avec pour mission d'examiner la situation, de recenser les principaux problèmes et de formuler des approches nouvelles pour la promotion de l'assainissement et de l'hygiène.

Cette consultation a abouti à la conclusion générale qu'un meilleur niveau de santé individuelle pourrait être réalisé et maintenu en améliorant progressivement d'une part les comportements en matière d'hygiène, d'autre part les installations sanitaires. L'objectif d'une couverture totale en latrines devrait être réservé aux populations à haut risque. Ce qu'il faut promouvoir, ce sont des technologies plus simples, moins coûteuses, telles que les plus pauvres parmi les pauvres puissent y accéder. Il faudrait aider les communautés à améliorer les systèmes existants, et non les encourager à adopter des technologies dépassant leurs moyens. Les pays devraient améliorer leurs méthodes promotionnelles en matière d'hygiène et d'assainissement, et s'orienter vers une commercialisation sociale et vers des techniques de participation. Il faut, selon la consultation, que les pays élaborent des stratégies nouvelles pour promouvoir l'hygiène et l'assainissement. On trouvera dans ce rapport des indications détaillées sur beaucoup des changements préconisés à cet égard.

Cette consultation informelle a eu lieu au Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (SEARO), à New Delhi (Inde), et a été financée grâce à des fonds que l'Agence suédoise pour le Développement international (ASDI) a fournis à l'unité de l'Approvisionnement public en Eau et de l'Assainissement de l'OMS, à Genève.

Le présent document a été préparé par Uno Winblad et Mayling Simpson-Hébert (HQ/CWS), avec la collaboration du personnel du Programme de Salubrité de l'Environnement de SEARO et de Lucy Clarke, Elizabeth Langdon et Hans Verhoef, de HQ/CWS.

1. Objet de la consultation	1
<hr/>	
2. Conclusions et recommandations	2
<hr/>	
3. Promotion actuelle de l'assainissement dans les pays de l'Asie du Sud-Est	3
3.1 Tour d'horizon régional	3
3.2 Principaux problèmes d'assainissement dans les pays de l'Asie du Sud-Est	4
<hr/>	
4. Un nouveau cadre pour la promotion de l'hygiène et de l'assainissement	9
4.1 Un nouvel objectif	9
4.2 Eléments d'une stratégie nouvelle	9
4.3 Mesures requises	12
<hr/>	
Références	13
Notes	13

Ce document n'est pas destiné au public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans l'autorisation écrite préalable de l'OMS. Aucun extrait ne peut en être introduit dans un système de recherche documentaire ou être communiqué sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique ou autre - sans l'autorisation écrite préalable de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

L'assainissement dans la Région de l'Asie du Sud-Est

La Région de l'Asie du Sud-Est (SEAR) comprend 11 pays totalisant une population d'environ 1340 millions d'habitants. Dans sa grande majorité - soit, selon les estimations, 1000 millions de personnes - cette population ne dispose pas d'installations d'assainissement. Une proportion de 59 % de la population mondiale dépourvue d'assainissement vit dans les pays de la SEAR. Si le taux actuel de disponibilité d'installations d'hygiène n'est pas modifié, la population non desservie de la Région pourrait doubler au cours des 30-40 années à venir.

Le problème se pose avec le plus d'acuité au Bangladesh, en Inde et au Népal où, en 1990, la couverture des zones rurales était inférieure à 10 % et celle des zones urbaines à 50 %. De tels pourcentages font contraste avec la Thaïlande, où la couverture en assainissement serait proche de 100 %. A Sri Lanka, la couverture est juste supérieure à 50 % et, en Indonésie, elle est d'environ 33 %.

Selon les estimations de la Banque mondiale, la population dépourvue d'installations d'assainissement dans le monde pourrait passer de 1700 millions en 1990 à 3400 millions en 2030¹ (Figure 1).

La consultation

Face à la gravité de cette situation, une consultation sur la promotion de l'hygiène et de l'assainissement a été organisée au Bureau régional de l'Asie du Sud-

Est (SEARO) de l'Organisation mondiale de la Santé, à New Delhi (Inde), du 19 au 21 mai 1993.

Cette consultation avait trois objectifs précis :

- Examiner la situation actuelle en matière d'éducation en hygiène et de promotion de l'assainissement dans la Région, et évaluer les approches utilisées par les institutions des secteurs nationaux.
- Recenser les problèmes et questions se posant, dans la région, en ce qui concerne les approches actuelles en matière de promotion de l'hygiène et de l'assainissement, et de possibilités d'assistance par des agences extérieures de soutien.
- Formuler de nouvelles approches pour la promotion de l'hygiène et de l'assainissement.

La consultation a réuni 16 participants représentant quatre pays de la Région, cinq agences extérieures de soutien (AES) et une ONG. On trouvera la liste des participants à l'avant-dernière page de couverture du document.

La consultation a examiné des études de pays concernant le Bangladesh, l'Indonésie, le Népal et Sri Lanka, un document sur l'assainissement rural en Inde, deux documents de travail et cinq documents de référence. Les titres et les auteurs de ces documents figurent à la rubrique Références.

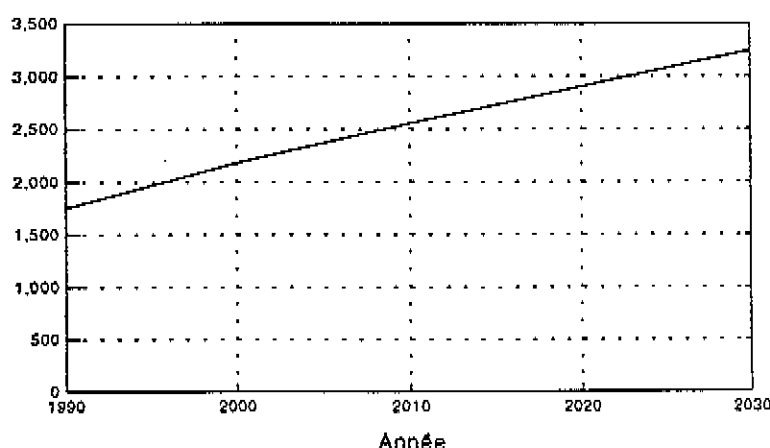


Figure 1. Population dépourvue d'installations d'assainissement adéquates, en millions

Source : *World Development Report, 1992*

Conclusions

La consultation a abouti à la conclusion générale qu'une meilleure santé des personnes pourrait être réalisée et maintenue en améliorant progressivement les comportements en matière d'hygiène et les installations nécessaires aux pratiques hygiéniques. Le maintien des politiques et des priorités actuelles aboutirait à un accroissement rapide du nombre de personnes ne disposant pas de latrines et sans espoir d'une amélioration de leur situation en matière d'hygiène. Pour ces raisons, il est essentiel d'établir un nouvel ordre de priorités et d'adopter comme cible

la promotion de l'hygiène pour tous et une couverture total en latrines pour les populations à haut risque.

Une fois cette réorientation acceptée et adoptée, certaines conclusions particulières en découlent, à savoir :

- Un engagement politique et des politiques d'habitation communautaire sont des conditions préalables d'un nouveau programme durable de promotion de l'hygiène.
- La promotion de l'hygiène devrait se faire en appliquant des méthodes de commercialisation sociale et de participation à base communautaire pour créer un besoin de pratiques et d'installations hygiéniques améliorées.
- L'évacuation des excréta humains et les améliorations en matière d'hygiène devraient commencer par l'amélioration des pratiques locales et se poursuivre par l'adoption de toute une gamme d'options simples,

améliorées, et d'un coût abordable au plan local.

- Dans chaque pays, on pourrait confier à un organisme national unique la responsabilité de coordonner la promotion de l'hygiène et de l'assainissement mais, au niveau communautaire, les activités devraient être dirigées par des institutions locales, y compris les ONG.
- Les priorités nouvelles exigent une dotation en personnel appropriée d'où la nécessité d'une action de recyclage, de davantage de travail interdisciplinaire d'équipe et de nouveaux moyens pour mesurer les progrès accomplis.
- Les fonds provenant des pouvoirs publics et des AES actuellement disponibles pour la construction de latrines devraient être canalisés vers la promotion de l'hygiène et l'action communautaire, dans la perspective d'une suppression des subventions à la construction de latrines.

Recommandations

La consultation a formulé une recommandation générale selon laquelle les pays devraient élaborer des stratégies et des cadres nouveaux pour la promotion de l'hygiène et de l'assainissement.

On trouvera à la section 4 du présent rapport des recommandations détaillées concernant un nouveau cadre, et notamment un nouvel objectif pour la promotion de l'assainissement, les éléments d'une stratégie et les mesures requises pour la mise en oeuvre de celle-ci.

3.1 Tour d'horizon régional

Prises ensemble, les études sur les pays préparées en vue de cette consultation fournissent un aperçu suffisamment valable de la promotion de l'assainissement dans les pays de l'Asie du Sud-Est. Dans tous les pays de cette région, les politiques nationales des pays se fondent sur l'idée OMS de "la

santé pour tous d'ici l'an 2000", avec pour clé de voûte les soins de santé primaires. Dans les premières années de la décennie 1980, la plupart des pays ont préparé des plans pour l'Année internationale de l'eau potable et de l'assainissement. La couverture actuelle et les cibles en matière d'assainissement figurent au Tableau 1.

Tableau 1. Assainissement : couverture en 1990 et cibles pour l'an 2000

Pays	Couverture 1990 (%)		Cible pour l'an 2000 (%)	
	Zones urbaines	Zones rurales	Zones urbaines	Zones rurales
Bangladesh	39	6	60	80
Bhoutan	50	60	60	100
Inde	50	3	78	7
Indonésie	42	30	90	75
Maldives	83	2	100	40
Mongolie	100	-	100	100
Myanmar	39	34	100	96
Népal	33	3	100	30
Sri Lanka	81	70	100	100
Thaïlande	96	71	100	100

Source : WHO/SEARO IDWSS Assessment and Perspective for the 1990s, New Dehli, 1993

Divers ministères et départements se partagent la responsabilité des programmes d'assainissement. Il en résulte que les projets en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'éducation sanitaire sont souvent exécutés par des secteurs différents, travaillant indépendamment les uns des autres, sans coordination, d'où gaspillage et chevauchements dans l'emploi des ressources.

Pendant la Décennie, et depuis celle-ci, la principale approche de la promotion de l'assainissement a consisté en interventions directes des pouvoirs publics mais, dans toutes les études de pays, on soutient qu'il y a maintenant une tendance à un renforcement de la participation communautaire et de celle des femmes aux processus de prise de décisions.

Dans tous les pays, la promotion de l'hygiène a été le point faible des plans relatifs à la Décennie. Souvent, on a fait appel à des éducateurs sanitaires, après la phase de construction des projets, pour enseigner aux gens comment entretenir les installations. On n'a guère observé d'effet de leur intervention sur le comportement ou l'état de santé des gens.

Dans tous les pays, on a privilégié la technique de la latrine à simple ou double fosse et à siphon et/ou la latrine à fosse ventilée. De telles installations sont généralement subventionnées, leur coût dépassant les moyens de la plupart des ménages. On n'a pas adopté les modèles les plus simples, d'un coût plus abordable.

Dans leur majorité, les pays de la région ont adopté des approches analogues pour la promotion de l'hygiène et de l'assainissement. Dans la plupart d'entre eux, ces approches ne permettront pas d'atteindre les cibles d'un assainissement satisfaisant pour tous d'ici l'an 2000, et il est probable que le nombre de gens n'ayant pas accès à l'assainissement augmentera au cours des prochaines décennies.

3.2 Principaux problèmes d'assainissement dans les pays de l'Asie du Sud-Est

Nombre de questions sont soulevées dans les études de pays. La plupart d'entre elles ont été discutées à fond lors de réunions, tant nationales qu'internationales, au cours des dernières années. Parmi ces questions : recensement des problèmes, participation communautaire, participation des femmes à la planification et à la gestion de l'assainissement.

Aussi la consultation a-t-elle décidé de concentrer ses efforts sur un nombre limité de problèmes cruciaux, et éventuellement prêtant à controverse, à savoir :

- couverture
- priorités
- coût abordable
- promotion de l'hygiène et de l'assainissement

Couverture

Dans les pays de l'Asie du Sud-Est, la disparité augmente entre une population en accroissement et l'assainissement assuré (Figure 2). La cible souvent citée de l'assainissement pour tous d'ici l'an 2000 demanderait que l'on construise des latrines à un rythme sept fois supérieur à celui de la Décennie (11 fois supérieur dans les zones rurales et deux fois dans les zones urbaines). Une simple rationalisation des approches actuelles ne permettrait pas d'atteindre de tels objectifs.

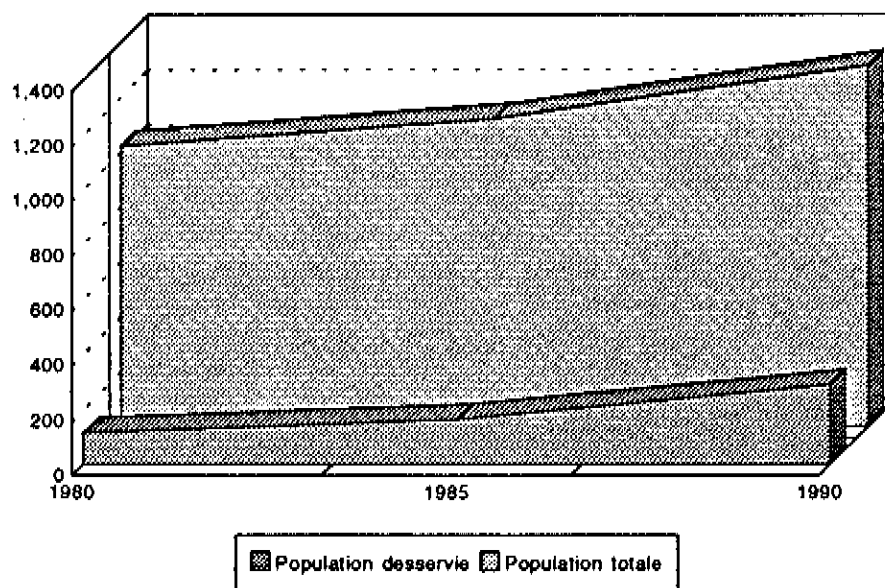


Figure 2. Couverture en assainissement dans la Région de l'Asie du Sud-Est, 1980-1990 en millions

Source : OMS

Certains pays de la Région pourraient les atteindre, ou s'en rapprocher, mais pour la plupart d'entre eux la chose est impossible. Prolonger le délai de quelques décennies ne résoudrait guère le problème, cela à cause des taux élevés de la croissance démographique. Une couverture totale en latrines reste un but illusoire. Il est nécessaire de reformuler les cibles et de fixer un nouvel ensemble de priorités.

Priorités

L'idéal serait que toutes les fèces humaines soient déposées dans des latrines hygiéniques.

Les chiffres du Tableau 1 montrent que la réalité en est loin, et que nous continuons à prendre du retard dans nos progrès vers cet objectif. D'ailleurs, allons nous dans la bonne direction ?

En matière d'assainissement, les approches ont été jusqu'ici fondées sur l'idée qu'une latrine hygiénique, séparant effectivement les fèces humaines de l'environnement, est une condition de l'amélioration de la santé. Dans certains cas, il en est bien ainsi, mais, comme le montre la Figure 3, la latrine à elle seule ne peut pas améliorer la santé.

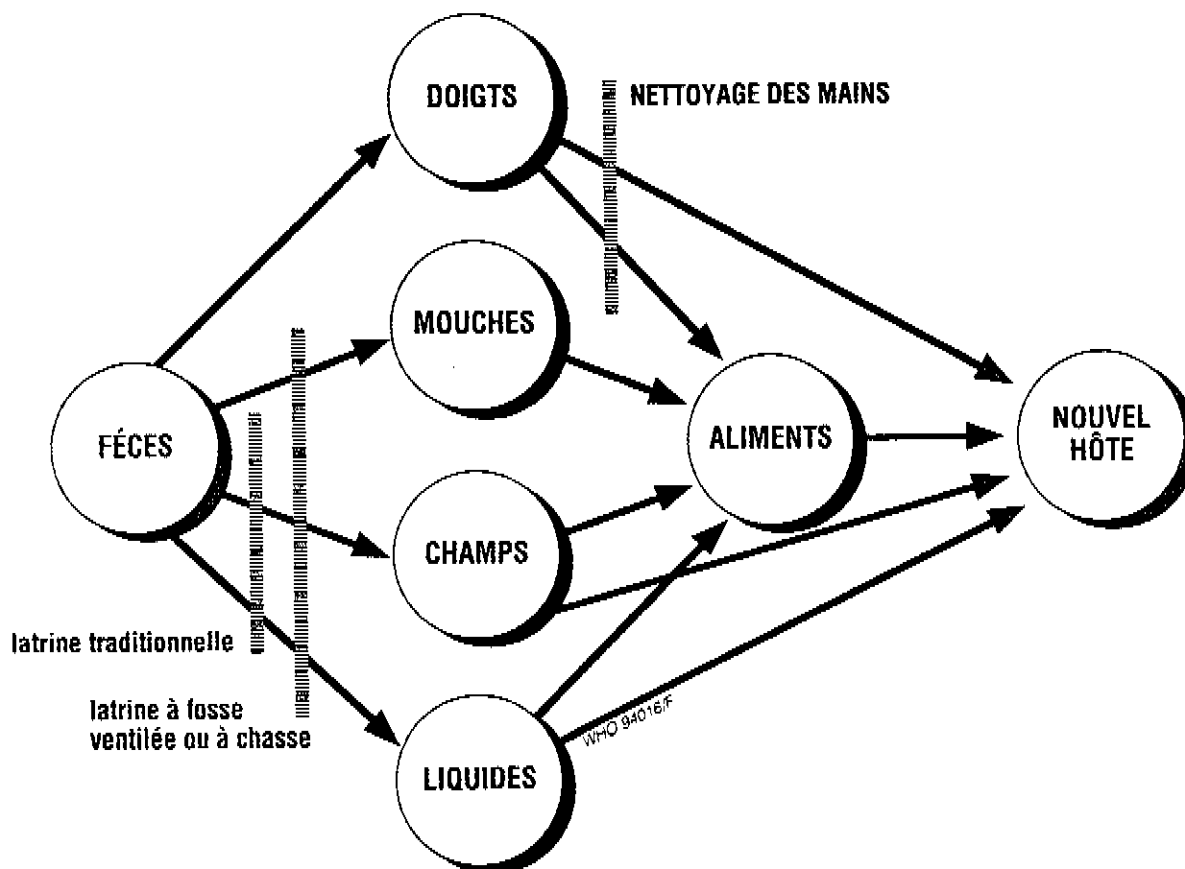


Figure 3. Barrières possibles à la transmission des maladies à partir des excréta.

Source : Wagner et Lanoix 1958, modifié par Winblad, 1993 (non publié)

La plupart des types de latrine, même ceux qu'on a l'habitude de considérer comme non hygiéniques, coupent les voies de transmission "aliments", "liquides" et "champs". Certaines latrines des types les plus perfectionnés coupent également la voie "mouches". *Mais aucun type de latrine ne peut empêcher la contamination des doigts et des mains.* Là, la seule barrière possible réside dans des comportements hygiéniques appropriés et, notamment, dans le nettoyage efficace des mains.

Il résulte des données épidémiologiques que, même en l'absence de latrines, la morbidité diarrhéique peut être réduite si l'on adopte des comportements d'hygiène améliorés.²

Par conséquent, si l'objectif de la promotion de l'assainissement est d'améliorer la santé humaine, la

priorité doit être donnée à la promotion de l'hygiène. Une couverture totale en latrines doit rester néanmoins le but dans le cas des zones à haut risque, où la forte densité de population produit un risque élevé pour la santé. La nouvelle priorité pourrait être énoncée en résumé :

promotion de l'hygiène pour tous, et couverture totale en latrines pour les populations à haut risque.

Coût abordable

On définit souvent comme technologies d'assainissement peu coûteuses celles qui sont préconisées par les gouvernements et par les agences extérieures de soutien (principalement les latrines à fosse ventilée et à chasse d'eau).

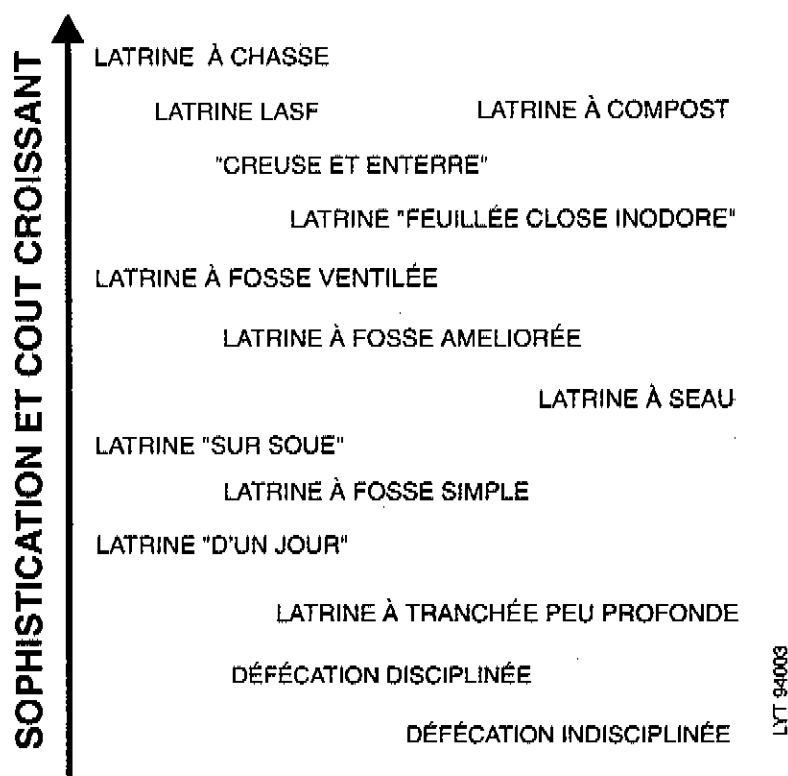


Figure 4. Approche d'assainissement progressive

Pour aider les ménages et les communautés à remonter l'échelle de l'assainissement : le gain de tout échelon supérieur est une amélioration

Source : Winblad, 1993 (non publié)

Elles sont peut-être d'un faible coût par rapport aux systèmes d'égout classiques ou dans le cas des familles à haut revenu. Mais elles ne sont ni à bon marché, ni d'un coût abordable, pour la majorité des 1000 millions de personnes qui, en Asie du Sud-Est, ne disposent pas de latrines adéquates.

Dans la Région, les subventions à la construction de latrines représentent habituellement de 50 à 100 % de leur coût total. De telles politiques ne sauraient être pratiquées durablement, et toute politique réaliste doit, par conséquent, se fonder sur des solutions de remplacement d'un coût abordable.

Selon une approche nouvelle, on considérerait une séquence d'assainissement montante, améliorant les systèmes et les pratiques au plan local. Au fur et à mesure que des ressources deviendraient disponibles, les systèmes locaux pourraient être progressivement améliorés avec la participation active des communautés et des ménages. Il ne faudrait pas rejeter des améliorations simples uniquement parce qu'elles ne représenteraient pas des solutions idéales.

En remontant le tableau de la séquence de l'assainissement, on trouve la latrine à fosse traditionnelle, telle la latrine "faites-la vous-même", qui est préconisée au Bangladesh. Pour ceux qui ont les moyens d'acheter du ciment, l'amélioration de l'échelon immédiatement supérieur serait d'installer une dalle de béton ou de ferro-ciment permettant de s'accroupir. En haut du tableau, on trouve la latrine à fosse ventilée, la latrine à compost et la latrine à chasse.

Cette séquence d'améliorations progressives est présentée à la Figure 4, qui peut être abordée à l'échelon correspondant à la situation des personnes intéressées, et les aide à atteindre un niveau plus hygiénique d'évacuation des excréta. Une séquence d'améliorations analogue pourrait être envisagée pour les pratiques de nettoyage des mains.

Promotion

Les études menées dans les pays montrent qu'on fait appel à toute une gamme d'interventions pour promouvoir l'hygiène et l'assainissement. Ces interventions sont généralement axées sur la fourniture de latrines, assortie de quelque forme d'éducation sanitaire.

Une intervention fréquente consiste à promouvoir l'assainissement par la démonstration. Des "latrines de démonstration" sont construites, parfois dans un centre de santé ou une école, parfois dans une ou deux maisons d'un village. On espère que les

ménages, suivant l'exemple donné, bâtiront leurs propres latrines.

A cette approche peut être associée celle dite de centre de production, dans laquelle une agence gouvernementale produit et vend des dalles de latrine et d'autres éléments à prix coûtant, ou avec l'appoint d'une subvention.

Une autre approche fréquente est celle de la livraison subventionnée. Une institution gouvernementale ou une ONG fournit à un certain nombre de ménages sélectionnés des latrines bénéficiant de fortes subventions.

Dans ce que l'on appelle l'approche intégrée, la fourniture de latrines est liée à la mise en place d'un nouveau système d'approvisionnement en eau.

Dans un effort pour promouvoir un assainissement d'un coût abordable, le Gouvernement du Bangladesh et l'UNICEF ont récemment introduit l'approche "faites-la vous-même" consistant à utiliser des matériaux de construction disponibles à la maison. C'est là le premier échelon d'une approche progressive de l'assainissement.

De telles interventions techniques sont généralement associées à des activités d'éducation sanitaire, traditionnellement sous la forme de campagnes de sensibilisation au moyen d'affiches, de réunions, de messages radio/TV et de films. Selon la plupart des observateurs, l'éducation sanitaire classique n'a guère fait preuve d'impact sur les comportements ou sur la situation sanitaire.

Une approche permettrait peut-être de sortir de l'impasse résultant du coût inabordable de l'assainissement, d'une éducation sanitaire inefficace et de la fixation des cibles hors d'atteinte : ce serait celle qui est préconisée par la consultation informelle OMS sur l'amélioration des comportements hygiéniques en matière d'eau et d'assainissement pour la réduction des maladies diarrhéiques (Genève, mai 1992)³ et par la stratégie de communication et de mobilisation sociale récemment adoptée par le Gouvernement du Bangladesh.

La consultation OMS de 1992 a fait les propositions suivantes :

- Les interventions d'hygiène devraient avoir pour principal objectif de réduire à un minimum les risques d'ingestion de pathogènes fécaux.

-
- Ces interventions devraient précéder les améliorations concernant l'approvisionnement en eau et l'assainissement ; on ne saurait les retarder à cause du manque des ressources nécessaires pour assurer un approvisionnement en eau et des installations sanitaires de haute qualité⁴.
 - Les interventions en matière d'hygiène et d'assainissement devraient être à base communautaire et conçues pour une participation maximale à toutes leurs phases.
 - Les interventions commencent par l'identification des comportements prévalents, et continuent par une analyse devant permettre de comprendre la signification de ces comportements et par un examen des profits qui en sont tirés.

Au Bangladesh, les objectifs de la nouvelle stratégie sont les suivants :

- Créer un engagement national de haut niveau en faveur de pratiques sûres d'assainissement et d'hygiène personnelle.
- Créer une forte demande de latrines hygiéniques.
- Obtenir l'adoption durable et sur une grande échelle de pratiques améliorées d'hygiène personnelle.

Les activités prévues comportent :

- Une action de persuasion auprès des dirigeants politiques et sociaux pour leur faire accepter durablement le programme.
- Une mobilisation sociale.
- La communication du programme.

Les participants ont estimé que, compte tenu des difficultés du secteur considéré qui sont apparues lors de la discussion des questions ci-dessus, un nouveau cadre est nécessaire pour la promotion de l'hygiène et de l'assainissement. Les groupes de travail ont délibéré sur la question de savoir ce que devrait comprendre un cadre de travail idéal.

La question est exposée ci-dessous sous les titres "Un nouvel objectif" et "Eléments d'une stratégie nouvelle". On a aussi défini un plan d'action pour la diffusion des conclusions de la consultation, particulièrement en ce qui concerne le nouveau cadre pour les programmes d'assainissement des pays, qui est présenté sous le titre "Mesures requises".

4.1 Un nouvel objectif

L'objectif général de la promotion de l'hygiène et de l'assainissement est d'améliorer la santé humaine. Le nouvel objectif spécifique est d'améliorer progressivement les comportements en matière d'hygiène et les installations qui peuvent contribuer à des améliorations de la santé.

Les nouveaux objectifs prennent en compte le fait que, eu égard aux taux actuels et futurs de croissance de la population, une couverture complète en latrines ne saurait être réalisée dans les quelques décennies à suivre, même si les efforts à cet effet étaient considérablement intensifiés. Ces facteurs étant pris en compte, on voit apparaître un objectif nouveau, pragmatique, qui peut être résumé par la formule suivante :

"promotion de l'hygiène pour tous et couverture complète en latrines pour les populations à haut risque".

Il s'agit essentiellement, en vue de ce nouvel objectif, de prendre base sur les pratiques locales et de les améliorer grâce à la participation active de la communauté et des familles. Quand des techniques d'appui sont nécessaires pour améliorer l'hygiène, comme par exemple les latrines simples, les robinets "à cruche basculante" ou des récipients de conception nouvelle pour transporter l'eau, il faut que ces techniques nouvelles soient d'un coût abordable pour les communautés et les ménages. On ne devrait pas avoir besoin de subventions.

Un deuxième élément important est la reconnaissance d'une interaction existant entre les gens et la technologie, interaction dont l'effet peut être d'améliorer la santé mais aussi de la détériorer. Les agents communautaires qui cherchent à réduire les maladies diarrhéiques et d'autres infections en rapport avec les excréta ne doivent pas se borner aux améliorations technologiques, mais chercher à voir comment les gens peuvent, en interaction avec une technologie, prévenir la propagation des germes pathogènes.

4.2 Eléments d'une stratégie nouvelle

Une stratégie visant ces nouveaux objectifs devrait comprendre, au minimum, les éléments ci-après :

- Engagement politique
- Mobilisation institutionnelle
- Participation communautaire
- Techniques de promotion de l'hygiène
- Développement des ressources humaines
- Options technologiques
- Mobilisation et réaffectation de ressources

- Surveillance, appréciation et évaluation
- Désignation de zones prioritaires pour la couverture en latrines

Engagement politique

L'assainissement doit prendre rang de priorité nationale. Il faut que les gouvernements disposent de stratégies nationales pour la promotion de l'assainissement. La réalisation des buts fixés exige tout autant l'engagement des fonctionnaires de plus haut rang que la disponibilité de fonds adéquats. Jusqu'ici, on a attaché beaucoup plus d'importance à l'approvisionnement en eau qu'à l'assainissement et, par conséquent, il y a eu davantage

de réalisations en matière d'extension et d'amélioration de l'approvisionnement en eau. Mais les comportements défectueux touchant l'hygiène personnelle et un assainissement insuffisant sont des causes fréquentes de morbidité, et les maladies diarrhéiques à elles seules entraînent annuellement la perte de 3 millions de vies.

Les institutions gouvernementales devraient promouvoir et faciliter l'adoption de pratiques améliorant l'hygiène personnelle et la construction de latrines dans les zones à haut risque. Tels devraient être les deux buts explicites des nouveaux programmes d'assainissement.

Les gouvernements devraient réviser des législations, parfois périmées, qui pourraient faire obstacle à la mise en route d'un nouveau programme d'assainissement. Il faudrait envisager une législation nouvelle en faveur du programme.

Mobilisation institutionnelle

Les organismes gouvernementaux qui ont pour mandat de promouvoir l'assainissement devraient décentraliser leur administration pour faciliter l'action des communautés et des administrations et institutions locales, telles les organisations bénévoles non gouvernementales, dans les initiatives concernant l'assainissement. Ces institutions devraient agir en partenariat avec les ONG et le secteur privé, et chercher à réduire à un minimum les différences entre les divers organismes sur le plan opérationnel.

Les institutions gouvernementales devraient élaborer des plans de travail dont les buts seraient : harmonisation des orientations et des efforts de toutes les institutions; mobilisation des institutions locales; élaboration de méthodes pour mesurer les progrès accomplis vers ces buts.

Participation communautaire

Tout nouveau programme d'assainissement devrait avoir pour principe que les gens sont plus importants que les technologies, et que les programmes doivent être "axés sur les gens". L'objectif n'est plus de parvenir à une couverture cible au moyen d'une technologie, mais d'obtenir un changement de comportement, ce qui peut se faire de bien des manières. Il faudrait mettre en oeuvre des techniques permettant aux gens de bien comprendre comment les germes pathogènes se propagent et comment on peut en arrêter la transmission.⁵

Il existe à cet effet bien des méthodes à base de participation; il faut les utiliser pour la planification, les communications, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation.

S'il est important que les femmes, les hommes et les enfants participent également aux améliorations de l'hygiène et de l'assainissement, dans certaines parties du monde les valeurs traditionnellement reconnues tendent à exclure les femmes de la prise de décision et de toute participation significative. Il faudrait mettre en oeuvre, pour assurer une pleine participation des femmes, les techniques élaborées pour le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, telle la méthodologie SARAR, et d'autres méthodes de participation.⁶

Techniques de promotion de l'hygiène

La promotion de l'hygiène exige beaucoup plus que des démonstrations ou l'émission de messages. Certaines techniques qui peuvent être utilement employées à cet égard sont mentionnées ci-après.

La promotion de l'hygiène devrait commencer par des études permettant de déceler les croyances, les perceptions et les pratiques en cours. Parmi elles figurent les études sur les "connaissances, attitudes et pratiques" et l'auto-évaluation des communautés.⁷

Il faut élaborer des messages fondés sur les croyances, les perceptions les pratiques et les besoins des gens. Les messages exclusivement destinés à la communauté devraient être élaborés par des membres de la communauté. Pour l'extérieur, les messages devraient être élaborés en faisant appel aux techniques de commercialisation sociale, avec participation tant d'experts des communications que d'utilisateurs.

Il faudra identifier les voies de communication culturellement appropriées. A l'intérieur des communautés, on pourra recourir utilement à des méthodes telles que la communication "face à face", les pièces de théâtre à sujet local et les spectacles de marionnettes. S'agissant d'une diffusion plus large, les idées nouvelles pourraient être véhiculées au moyen des écoles soit en modifiant les programmes d'études, soit en faisant appel aux bandes dessinées, aux jeux, aux devinettes et aux activités périphériques de la communauté. On pourra utiliser les moyens de diffusion de masse qu'on aura mis en place grâce à des techniques valables de commercialisation sociale.

Il est essentiel que les décisions en matière de messages et de canaux de communication ne relèvent pas de l'unique responsabilité des autorités centrales, mais soient prises par le biais de dialogues avec les communautés, les institutions locales et les

organisations non gouvernementales connaissant bien les communautés. Il faudra toujours encourager la communication dans les deux sens entre éducateurs et communautés.

Développement des ressources humaines

La réorientation de la politique d'assainissement (couvrant la promotion de l'hygiène personnelle, les améliorations progressives des pratiques d'évacuation des excréta et l'installation de latrines dans les zones à haut risque) entraîne la nécessité de modifier les aptitudes du personnel concerné.

Avant tout, la réorientation exige un changement des attitudes du personnel dans le sens d'une approche "axée sur les gens". Il faudra, à chaque niveau, obtenir l'engagement du personnel en faveur du changement de politique.

La réorientation exige aussi que le personnel acquière un nouvel ensemble de compétences. Il faudra peut-être former certains membres du personnel aux techniques de participation à appliquer au niveau communautaire. D'autres devront apprendre comment exécuter des études sur les connaissances, les attitudes et les pratiques, et comment utiliser les techniques de commercialisation sociale. Les communications et la facilitation des rapports deviendront les activités dominantes du secteur, et il faudra que tous les membres du personnel s'emploient à mieux pratiquer ces activités.

Alors que l'accent était traditionnellement mis sur l'ingénierie, on insistera désormais sur la capacité de comprendre ce que font les communautés et les aider à le faire mieux. Au lieu de se borner à fournir des matériels, les agents sanitaires participeront, avec les communautés, aux activités de résolution de problèmes.

On aura sans doute besoin de descriptions de postes nouvelles ou révisées, d'activités de recyclage et de nouveaux systèmes d'encouragements et de récompenses pour les employés, ainsi que de nouvelles directives ou normes de promotion. Dans certains cas, il pourrait être nécessaire d'employer de nouveaux types de personnel, compétents en recherche sociologique, commercialisation sociale et techniques de participation. Il faudra aussi élaborer des plans de carrière pour de tels personnels.

Options technologiques

Les nouveaux programmes d'assainissement exigeront que les planificateurs acceptent une gamme beaucoup plus large de technologies que celle qui est

actuellement acceptée pour l'évacuation des excréta humains. Dans certains cas, il pourrait ne pas s'agir de tout de technologies, par exemple le passage de la défécation indisciplinée à la défécation disciplinée, ou de la défécation "en surface" à la pratique du creusement d'un trou où seront enfouies les fèces. Il faudra aussi reconnaître comme d'importantes technologies d'assainissement des produits tels que le robinet "cruche basculante" pour le lavage des mains et l'utilisation de récipients conçus pour réduire au minimum la contamination à partir des mains et des louches servant à puiser l'eau dans ces récipients.

Les directeurs de programme devront en premier lieu réunir et diffuser les informations sur l'éventail d'options technologiques disponibles pour améliorer l'hygiène et l'assainissement. En deuxième lieu, ils devront encourager les activités de recherche pour la mise au point de solutions de coût minime, en particulier de technologies si peu coûteuses que les plus pauvres parmi les pauvres pourront les employer.

Chose des plus importantes, aucune technologie destinée à une communauté ne devrait être choisie par des personnes étrangères à celle-ci. Ces personnes devraient d'abord voir ce que les communautés font habituellement, puis chercher à bâtir sur les pratiques en vigueur en introduisant à chaque échelon des améliorations d'un coût abordable. Les familles devraient pouvoir choisir entre tout un éventail d'options, avec des solutions de coût zéro, de très faible coût et de coût élevé en fonction de leurs ressources et de leurs préférences.

Mobilisation et réaffectation de ressources

La mobilisation et la réaffectation des ressources doivent être considérées à deux niveaux, celui des pouvoirs publics et celui de la communauté ou du ménage considéré individuellement.

Au niveau du gouvernement national, les fonds devraient être réaffectés en faveur de la promotion de l'hygiène par le biais d'une participation et de communications communautaires. Dans les zones urbaines à haut risque où riches et pauvres vivent côte à côte et où la réalisation d'une couverture en latrines peut être nécessaire pour assurer un niveau d'hygiène suffisant, il faudrait étudier la possibilité d'obtenir des subventions de sources multiples.

Au niveau communautaire, le gouvernement pourrait adopter le concept du "paiement par l'utilisateur". Il existe plusieurs manières d'aider les ménages à couvrir les frais de meilleures installations d'hygiène, par exemple

les fonds de roulement, les prêts et les plans de crédit traditionnels.

Surveillance, appréciation et évaluation

Un nouveau programme de promotion de l'hygiène et de l'assainissement exige une bonne surveillance et une bonne évaluation. Aussi bien le travail avec les communautés que les réalisations de celles-ci devraient être suivis de manière à obtenir une rétro-information permettant d'améliorer le programme. Les communautés peuvent suivre et évaluer leurs propres réalisations au moyen d'appréciations faites sur une base de participation.

Zones prioritaires pour la couverture en latrines

Les organismes du secteur gouvernemental devront recenser les zones urbaines et rurales à haut risque en vue d'une couverture totale en latrines. A cet effet, on propose les critères ci-après :

- Utilisation des eaux de surface pour la boisson.
- Forte densité de population et médiocrité des moyens d'évacuation des excréta.
- Forte incidence des maladies en rapport avec les excréta.

4.3 Mesures requises

Les mesures à court terme que requiert l'élaboration d'une stratégie nouvelle de promotion de l'hygiène et de l'assainissement sont les suivantes :

- Consultation nationale
- Exécution de projets pilotes
- Examen des politiques actuelles
- Elaboration d'un plan d'action
- Recherche d'un soutien de la part des AES

Consultation nationale

Les principaux organismes de promotion de l'assainissement devront organiser une consultation au plan national sur les résultats de la Consultation informelle OMS sur la promotion de l'hygiène et de

l'assainissement. L'organisme qui aura pris l'initiative de la consultation informera les autres, ainsi que les principales ONG et les AES actives dans le secteur, qu'un changement de politique est envisagé.

Exécution de projets pilotes

Les principaux organismes devraient parrainer un ou plusieurs projets pilotes qui permettront de tester les approches nouvelles. Les AES devraient être invitées à donner leur appui à ces projets.

Examen des politiques actuelles

Les résultats des projets pilotes seront communiqués au cours d'une réunion au plan national qui donnera également lieu à une révision des politiques actuelles à la lumière de ces résultats.

Elaboration d'un plan d'action

Il faudra élaborer un nouveau plan d'action pour la mise en route des politiques nouvelles.

Recherche de l'appui des AES

Le plan d'action devrait servir à élaborer une approche commune coordonnée et souple en matière de promotion de l'hygiène et de l'assainissement.

L'appui des AES devrait être concentré sur les activités ci-après :

- Transfert de technologies et diffusion d'informations
- Recherche et développement
- Développement des ressources humaines
- Appui aux ONG

Entre les différentes AES, l'OMS a été désignée pour jouer les rôles particuliers ci-après :

- Rôle de pointe dans la promotion de la stratégie nouvelle
- Rôle de catalyseur dans les activités conjointes des institutions du système des Nations Unies
- Elaboration d'un cadre stratégique régional
- Appui aux gouvernements pour la formulation de politiques correspondant à la stratégie nouvelle.

Références

Cairncross, S. Promotional Methods - Sanitation and Water Supply. Extrait de *Sanitation and Water Supply: Lessons from the Decade*.

IRC Newsletter 211, octobre 1992. *What Makes Hygiene Education Successful?*

Sivanandar *Sanitation in Rural India - Past and Present*. Préparé pour la Consultation.

UNDP/PROWESS. Goals and Indicators for Integrated Water Supply and Sanitation Projects in Partnership with People. Extrait de *Involving Women in Water and Sanitation: Lessons - Strategies - Tools*.

OMS. Concepts and Needs - Orientation in Hygiene Education Philosophy. Extrait de *Fact Sheets on Environmental Sanitation for Cholera Control* (Draft). Préparé par le Robens Institute, Royaume-Uni, 1993.

OMS. *Improving Water and Sanitation Behaviours for the Reduction of Diarrhoeal Disease. The report of an informal consultation.* Unité de l'Approvisionnement public en Eau et Programme de Lutte contre les Maladies diarrhéiques, Genève, mai 1992.

Wagner & Lanoix. *Evacuation des excréta dans les zones rurales et les petites agglomérations.* Organisation mondiale de la Santé, Série de Monographies, N° 39, 1960.

Winblad, U. *Some Issues in Hygiene and Sanitation Promotion.* Préparé pour la Consultation.

Notes

1. Sur la base d'hypothèses concernant l'accroissement de la population, le revenu par tête, les "pratiques inchangées", etc. Voir **World Bank**, *World Development Report*, 1992, pp. 112-113.
2. **OMS**, *Improving Water and Sanitation Hygiene Behaviour for the Reduction of Diarrhoeal Disease. The Report of an Informal Consultation.* Unité de l'Approvisionnement Public en Eau et Programme de Lutte contre les Maladies diarrhéiques, Genève, mai 1992. Un grand effort de recherche appliquée serait nécessaire concernant les systèmes inférieurs de la séquence progressive, particulièrement dans le cas des zones urbaines et rurales de faible revenu, de même que sur la question de savoir comment l'utilisation de latrines non hygiéniques peut être contrebalancée par une meilleure hygiène individuelle.
3. **OMS**. *Improving Water and Sanitation Hygiene Behaviour for the Reduction of Diarrhoeal Disease. The Report of an Informal Consultation.* Unité de l'Approvisionnement public en Eau et Programme de Lutte contre les Maladies diarrhéiques, Genève, mai 1992.
4. En harmonie avec le principe de base formulé par la Consultation mondiale sur l'eau potable et l'assainissement pour les années 1990, New Delhi, 1991 : "Un peu pour tous, et non plus pour quelques-uns". Mais il est possible d'améliorer la santé en mettant l'accent sur l'amélioration de l'hygiène individuelle, en particulier sur le nettoyage des mains, si une couverture complète en latrines est assurée pour les populations à haut risque.
5. Une de ces méthodes utilisant un médicament antihelminthique pour expulser les ascaris est décrite dans **Cairncross, S.**, *Sanitation and Water Supply: Practical lessons from the Decade*. UNDP/World Bank Water and Sanitation Programme, Washington D.C., 1992, pp. 44-45.
6. **Srinivasan, L.** *Tools for Community Participation: A manual for Training Trainers in Participatory Techniques.* PROWESS/UNDP, Technical Series, 1990.
7. **OMS/SEARO.** *Achieving Success in Community Water Supply and Sanitation Projects*, 1985.
8. Consulter **Boot, M. T. & Cairncross, S.** *Actions Speak: The study of hygiene behaviour in water and sanitation projects.* Centre international de l'Eau et de l'Assainissement, La Haye, 1993.

Participants

Représentants d'Etats Membres

M. Fariduddin Ahmad Mia	Ministère des Pouvoirs locaux, du Développement rural et des Coopératives, Dhaka, Bangladesh
M. P. K. Sivanandan	Ministère du Développement rural, New Delhi, Inde
M. Pankaj Agrawala	Ministère du Développement urbain, New Delhi, Inde
Dr S. R. Shukla	Ministère du Développement urbain, New Delhi, Inde
Dr S. K. Biswas	Ministère du Développement rural, New Delhi, Inde
M. K. S. Ramasubban	Ex-fonctionnaire du Ministère du Développement urbain, New Delhi, Inde
M. Dinesh Chandra Pyakurel	Ministère de l'Habitat et de la Planification physique, Katmandou, Népal
M. Bidhan Ratna Yami	Ministère de l'Habitat et de la Planification physique, Katmandou, Népal
M. Sisra Kumarasiri	Ministère de l'Habitat et de la Construction, Battaramulla, Sri Lanka

Organismes divers

M. Md.Shamsul Huda	Salubrité de l'eau et de l'environnement, UNICEF, New Delhi
M. Peter Lochery	UNDP/World Bank Regional Water and Sanitation Group, South Asia, New Delhi
Mme Sunita Chakravarty	UNDP/World Bank Regional Water and Sanitation Group, South Asia, New Delhi
M. Richard W. Pollard	UNDP/World Bank Regional Water and Sanitation Group, Asie de l'Est et Pacifique, Jakarta
Mme Mette Jacobsgaard	DANIDA, Ambassade royale du Danemark, New Delhi
M. Peter M. Flik	Ambassade des Pays-Bas, New Delhi
M. M. McCarthy	ODA, New Delhi, British High Commission
M. A. K. Roy	Sulabh International
Dr Bindeshwar Pathak	Sulabh International

OMS

M. Mohan Lal Gupta	Chef, Promotion de la Salubrité de l'Environnement, SEARO
M. A. P. Hirano	Conseiller régional, Promotion de la Salubrité de l'Environnement
M. J. C. Pospisilik	Conseiller régional, Promotion de la Salubrité de l'Environnement
Dr Mayling Simpson-Hebert	Fonctionnaire technique, unité de l'Approvisionnement public en Eau et de l'Assainissement, Division de l'Hygiène du Milieu, OMS, Genève
M. Uno Winblad	Consultant à court terme, OMS-HQ/SEARO
M. M. M. Dutta	Consultant national, Projet indien IND CWS 001
Dr K. B. Singh	Chef d'équipe, Lutte contre les Maladies diarrhéiques, SEARO
Sr Saroj S. Jha	Conseiller régional, Education pour la Santé, SEARO
Dr Than Sein	Conseiller régional, Services de Santé communautaires, SEARO
Dr M. N. El-Naggar	Conseiller régional, Soins de Santé primaires, SEARO