

Assainissement et hygiène dans les pays en voie de développement :

identifier les obstacles et y apporter des réponses

Étude de cas à Madagascar



**Assainissement et hygiène dans les pays en voie de développement :
identifier les obstacles et y apporter des réponses**

Étude de cas à Madagascar

Février 2007

Équipe de traduction : Stéphanie Regnault-Tharp, Helen Machin

Ce rapport sera également disponible en anglais, via le site Internet de Tearfund : <http://tilz.tearfund.org/Research/Water+and+Sanitation>

Cette étude de cas fait partie d'un projet de recherche sur les obstacles à la promotion de l'assainissement et de l'hygiène dans trois pays francophones d'Afrique sub-saharienne : Madagascar, Burkina Faso et la République Démocratique du Congo. Une description de ce projet figure dans la Section 1.3 ci-dessous.

En plus des rapports d'étude de cas de pays, voir également le document d'instructions qui synthétise et commente les conclusions des études sur les trois pays, sur le site internet de l'ODI : www.odi.org.uk/wpp/Publications.html

Un document de synthèse de Tearfund est également disponible sur : <http://tilz.tearfund.org/Research/Water+and+Sanitation>

Assainissement et hygiène dans les pays en voie de développement :

identifier les obstacles et y apporter des réponses

Étude de cas à Madagascar

Remerciements	3
Abréviations	4
1 Introduction	5
1.1 Exposé	5
1.2 Définition de l'assainissement et de l'hygiène	5
1.3 Objectifs, méthodologie et envergure	7
1.4 Approche d'identification des obstacles et des facteurs de soutien	8
1.5 Structure du rapport	9
2 Obstacles identifiés	10
2.1 Définition du problème	10
2.2 Définition de l'agenda et formulation de la politique	10
2.3 Mise en œuvre de la politique	13
3 Madagascar : étude à l'échelle nationale	17
3.1 République de Madagascar	17
3.2 La pauvreté à Madagascar	19
3.3 Acteurs des secteurs clé	21
3.4 Initiative WASH à Madagascar	22
3.5 Communes : rôle souhaité	22

4	Madagascar : étude à l'échelle locale	23
4.1	Contexte de l'étude locale	23
4.2	Portée de l'étude locale	25
4.3	Conclusions de l'étude locale	26
4.4	Groupe urbain à thème dirigé	29
5	Obstacles à l'assainissement et à l'hygiène	30
5.1	Définition du problème	30
5.2	Définition de l'agenda et formulation de la politique	30
5.3	Mise en œuvre de la politique	37
6	Conclusions et réponses	43
6.1	Conclusions	43
6.2	Réponses	45
Annexe 1	Liste des personnes consultées sur le plan national	47
Annexe 2	Questionnaire pour les ménages ruraux	49
	Liste des références	53

Remerciements

Tearfund est une agence chrétienne et évangélique de développement et de secours, œuvrant par le biais de partenaires locaux pour apporter aide et espoir à plus de 70 pays du monde entier. Un bon nombre de ses partenaires travaillent à des projets de promotion dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Grâce à son travail de plaidoyer, Tearfund espère sensibiliser ses supporteurs et les décideurs politiques à la crise mondiale actuelle de l'eau et de l'assainissement. Tearfund souhaite également renforcer les capacités de ses partenaires afin qu'ils puissent plaider dans le domaine de l'eau au nom des communautés les plus démunies.

Overseas Development Institute (ODI)

La mission du « Programme de politique de l'eau » (*Water Policy Programme – WPP*) de l'ODI est de contribuer à la réduction de la pauvreté et au développement social, grâce à des recherches et à un travail de consultation sur les politiques et les programmes du secteur de l'eau.

Fivondronan'ny Fianganana Batista Biblika Eto Madagasikara (FFBBM)

FFBBM est une association d'environ 65 églises « Baptistes bibliques » indépendantes à Madagascar. HVM est un hôpital : *Hôpital Vaovao Mahafaly* (« Hôpital de la Bonne Nouvelle »), dirigé par le FFBBM.

L'auteur principal de ce rapport est Peter Newborne, chercheur associé de l'ODI/WPP, secondé par le Dr Alfred Ranaivoarisoa de l'Université d'Antananarivo et par le Dr Francis Rabeantoandro (docteur en médecine) du FFBBM/HVM.

Le FFBBM/HVM et l'ODI remercient toutes les parties prenantes du gouvernement et non-gouvernementales qui ont pris le temps de parler avec les chercheurs de l'assainissement et de l'hygiène à Madagascar, et qui leur ont fourni de la documentation clef sur ce secteur et son contexte. Nous adressons également nos remerciements aux habitants des villages ruraux du district de Mandritsara qui ont répondu au questionnaire, et aux participants du groupe urbain à thème dirigé de la ville de Mandritsara. Leur expérience et leur opinion nous ont aidés à comprendre ce qui oriente les pratiques d'assainissement et d'hygiène, ainsi que les décisions prises dans ce domaine dans le secteur de Mandritsara. Le FFBBM/HVM et l'ODI sont également reconnaissants envers toutes les parties prenantes qui ont participé au séminaire pour le projet, organisé à Antananarivo.

Merci également à Barbara Evans, experte internationale en assainissement, qui nous a aidés à compléter les conclusions nationales de l'étude par sa contribution et des conseils tirés d'expériences d'assainissement et d'hygiène dans d'autres pays.

Abréviations

A & H	Assainissement et hygiène
BAD	Banque africaine de développement (dans ce contexte)
BPD	Building Partnerships for Development (« Renforcement des partenariats pour le développement »)
CAP	Comportements, attitudes, pratiques
CLTS	<i>Community-led total sanitation</i> (« assainissement total pris en charge par la communauté »)
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
DEA	Direction de l'eau et de l'assainissement, Ministère de l'énergie et des mines
DFID	Department For International Development (« Ministère du développement international, Royaume-Uni »)
FFBBM	<i>Fivondronan'ny Fiangonana Batista Biblika Eto Madagasikara</i> (« Association des églises baptistes bibliques malgaches »)
HVM	<i>Hôpital Vaovao Mahafaly</i> (« Hôpital de la bonne nouvelle »)
IEC	Activités d'information, d'éducation et de communication
IRA	Infection respiratoire aiguë
MICS	<i>Multiple index cluster survey</i> (« enquête par grappe à indicateurs multiples »)
ODI	Overseas Development Institute (« Institut de développement d'outre-mer »)
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
ONG	Organisation non-gouvernementale
PCD	Plan communal de développement
PRD	Plan régional de développement
PVD	Plan villageois de développement
RDC	République Démocratique du Congo
WASH	<i>Water, sanitation and hygiene</i> (« eau, assainissement et hygiène »)
WSP	<i>Water and sanitation programme</i> (« programme pour l'eau et l'assainissement »)
WSS	<i>Water supply and sanitation</i> (« approvisionnement en eau et assainissement »)
WSSCC	Water Supply and Sanitation Collaborative Council (« Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement »)

1 Introduction

1.1 Exposé

De nombreuses personnes pensent que le simple fait de fournir un approvisionnement en eau fraîche et propre suffira à considérablement réduire les maladies liées à l'eau. Ce que la plupart des gens ne savent pas, c'est que des pratiques d'hygiène saines et un accès à l'assainissement sont cruciaux pour combattre les principales menaces pour la santé des enfants de moins de cinq ans, en particulier la diarrhée. Environ 88 pour cent de toutes les contaminations de diarrhée dans le monde sont dues à un approvisionnement en eau insalubre, à l'absence de pratiques d'hygiène saines et à des dispositifs d'assainissement rudimentaires (Evans 2005). Et le problème est d'une grande ampleur : aujourd'hui, le nombre de ceux qui n'ont pas accès à l'assainissement est presque deux fois plus élevé que ceux qui n'ont pas d'approvisionnement en eau (ONU 2005).

Au cours des dernières années, l'assainissement a trouvé sa place dans l'agenda de la politique internationale. En 2002, l'assainissement a été intégré aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et plus spécifiquement à l'OMD 7, Cible 10, qui vise à réduire de moitié « *d'ici 2015, la proportion des personnes n'ayant pas d'accès durable à de l'eau potable et à un assainissement de base* ». Pourtant, sur le plan national, dans la plupart des pays en voie de développement, l'hygiène et l'assainissement ne reçoivent pas encore beaucoup d'attention, malgré les importantes conséquences sanitaires. Le but de ce rapport est d'explorer les raisons sous-jacentes de cet apparent paradoxe.

1.2 Définition de l'assainissement et de l'hygiène

La première chose qui vient à l'esprit concernant l'assainissement, ce sont les latrines. Le terme d'« assainissement », toutefois, couvre un secteur bien plus large d'activités. Le Tableau 1 liste les éléments généraux que la plupart des professionnels attribueraient au domaine de l'assainissement, d'après Evans (2005). Les éléments étudiés dans le cadre de ce projet apparaissent en *italique*.

Tableau 1
Éléments généraux englobant la gestion de l'assainissement, de l'hygiène et de l'eau

Source : Evans (2005)

Assainissement	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Collecte, conservation, enlèvement et ré-utilisation/recyclage sûrs des excréments humains (matières fécales et urine)</i> • Gestion/ré-utilisation/recyclage des déchets solides (ordures) • Collecte et gestion des déchets industriels • Gestion des déchets dangereux (dont les déchets hospitaliers, chimiques, radioactifs et autres substances dangereuses)
Hygiène	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Réserves d'eau sûres</i> • <i>Pratiques sûres de lavage des mains</i> • Traitement sûr des produits alimentaires
Gestion de l'eau	<ul style="list-style-type: none"> • Drainage et enlèvement/ ré-utilisation/recyclage des eaux usées des ménages (également appelée « eau grise ») • Drainage de l'eau de pluie • Traitement et enlèvement/ré-utilisation/recyclage des effluents d'eaux usées

La liste des activités énumérées dans le Tableau 1 est vaste. Par conséquent, une conception caractéristique du « secteur de l'assainissement et de l'hygiène » passe par l'investissement dans d'importants éléments d'infrastructure coûteux comme des conduits d'égouts, aussi bien que par de simples latrines « sur place » pour les logements individuels, ou par la provision d'éléments « non matériels », comme par ex. le soutien de groupes de femmes dans le but de modifier les pratiques de défécation dans leur communauté.

Dans le Tableau 1, l'ordre habituel de présentation de « WASH » tel qu'il a été promu par le Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement (eau, assainissement, hygiène) a été modifié. La caractéristique clé de l'approche WASH est qu'elle promeut la combinaison des trois composantes dans les politiques et les pratiques.

Tous les éléments du Tableau 1 n'ont pas le même impact sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Cette étude de cas à Madagascar a porté une attention particulière à l'enlèvement des excréments humains et aux pratiques d'hygiène sûres, qui sont des éléments d'assainissement et d'hygiène de base, absents de nombreuses régions pauvres d'Afrique et autres pays en voie de développement (en *italique* dans le Tableau 1).

Le « traitement des déchets solides » (des ordures, et non des matières fécales) est également mentionné dans le Tableau 1, tout comme le traitement des déchets des hôpitaux ou cliniques. Cependant, une moindre attention a été portée à ces deux aspects au cours du projet.

L'amélioration de l'hygiène est un facteur de réduction des infections respiratoires aiguës (IRA). Des études dans les ménages, visant à retracer le trajet de la contamination fécale-orale, suggèrent que les mains sont de véritables « autoroutes » pour les microbes. Elles apportent les germes fécaux des toilettes ou des sites de défécation jusqu'aux ustensiles, à l'eau et à la nourriture. Bien que le lavage des mains à certains moments critiques soit considéré comme une intervention efficace contre les maladies diarrhéiques, il existe à présent des preuves croissantes de son efficacité contre les infections respiratoires (Cairncross 2003) comme la tuberculose (y compris la transmission de germes de la bouche à la main à la bouche, par ex. en éternuant).

Améliorer l'assainissement conformément à la Cible 10 des OMD, parallèlement à une amélioration de l'approvisionnement en eau, pourrait directement contribuer aux progrès des Cibles 4 et 6 des OMD qui figurent dans le Tableau 2. Améliorer l'assainissement contribuera également de manière

Tableau 2
Cibles liées à
l'assainissement et à
l'hygiène dans le
cadre des OMD

OMD	Cibles
7 Durabilité de l'environnement	Cible 10 Réduire de moitié, d'ici 2015, la proportion de la population n'ayant pas accès de manière durable à un approvisionnement en eau potable et à un dispositif d'assainissement de base.
4 Réduction de la mortalité infantile	Cible 4 Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.
6 Combattre les maladies	Cible 8 Avoir enrayé la progression du paludisme et d'autres maladies majeures d'ici 2015, et commencé à en inverser la tendance actuelle.
3 Garantir à tous une éducation primaire	Cible 3 D'ici 2015, garantir que tous les enfants, garçons et filles à égalité, pourront effectuer un cycle complet d'études primaires.
5 Améliorer la santé maternelle	Cible 6 Réduire de trois-quarts le taux de mortalité maternelle.

indirecte à d'autres OMD, comme la Cible 3 relative à l'éducation et la Cible 8 relative à la santé maternelle, qui figurent également dans le Tableau 2.

Les maladies diarrhéiques et les parasites réduisent la fréquentation de l'école et la concentration, de plusieurs manières : souvent les filles ne fréquentent pas l'école s'il n'existe pas de latrines réservées aux filles. Le temps passé à collecter de l'eau peut être prioritaire par rapport à la fréquentation de l'école et cette tâche revient souvent aux filles, tout comme le fait de veiller sur un membre malade de la famille. Les enseignants ne sont pas toujours disposés à vivre dans des zones où il n'y a pas d'installations d'eau et d'assainissement adéquates. Ce sont les femmes qui endurent le plus gros des problèmes de santé et des risques de sécurité liés à l'absence d'installations privées d'assainissement ou d'équipements sanitaires, plus la charge de porter l'eau. Un environnement hygiénique favorise la santé maternelle : une grossesse vécue en bonne santé et des pratiques de d'accouchement hygiéniques réduisent les risques de maladies maternelles.

1.3 Objectifs, méthodologie et envergure

Ce rapport est basé sur un projet commissionné par Tearfund, avec deux objectifs.

- Premièrement, ce projet est conçu pour permettre une meilleure compréhension des facteurs qui entravent ou, inversement, favorisent :
 - le développement des politiques d'assainissement et d'hygiène sur le plan national
 - la mise en œuvre efficace des programmes d'assainissement et d'hygiène (équiper ceux qui en ont besoin).
- Deuxièmement, Tearfund vise à renforcer les capacités de ses partenaires locaux en effectuant un plaidoyer factuel dans le domaine de l'assainissement, dans leurs pays respectifs. Le premier facteur de choix des pays à étudier a donc été l'intérêt individuel des partenaires de Tearfund en matière de politique d'assainissement et d'hygiène. Parmi ceux intéressés, Tearfund a sélectionné trois pays francophones qui étaient donc moins connus des organisations basées au Royaume-Uni : Madagascar, le Burkina Faso et la République Démocratique du Congo (RDC).

La méthodologie de recherche est orientée par les objectifs ci-dessus. Des méthodologies de recherche rapide intégrant une approche soutenue de renforcement des capacités ont été utilisées pour permettre aux partenaires locaux de Tearfund de participer à l'étude. Ce rapport présente donc des conclusions d'ordre général plutôt qu'une analyse en profondeur.

À Madagascar, la recherche a été menée conjointement entre l'ODI, qui en a pris la direction à l'échelle nationale, et le FFBBM/HVM, partenaire local de Tearfund, qui a effectué les recherches sur le plan local. Les recherches sont basées sur une étude documentaire des politiques et des matériaux nationaux adéquats et sur des entretiens semi-structurés à l'échelle nationale avec des représentants du gouvernement, des ONG et des bailleurs, des spécialistes de l'assainissement, de l'hygiène et autres praticiens du développement. Tout cela a été complété par un questionnaire adressé aux ménages de sept villages ruraux, un groupe de travail à thème dirigé de milieu urbain et quelques entretiens complémentaires, afin de recueillir l'opinion des acteurs à l'échelle sub-nationale (dans une « région » et un « district » à Madagascar, désignée sous le nom d'étude « locale » pour des raisons de commodité). Des contributions complémentaires ont été apportées par une discussion entre le FFBBM, l'ODI et des acteurs du secteur, invités lors d'un séminaire tenu à Antananarivo au mois d'octobre 2006, afin d'identifier et d'approuver les conclusions de l'étude sur Madagascar.

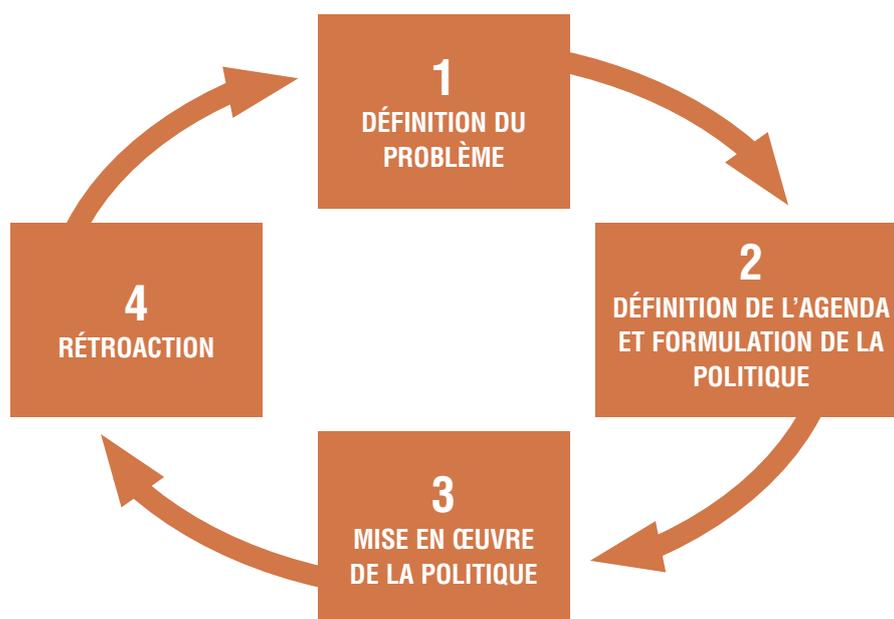
Ce rapport est un instantané du secteur tel qu'il est perçu par les décideurs clé et les experts nationaux ainsi que les usagers et les praticiens d'une localité.

1.4 Approche d'identification des obstacles et des facteurs de soutien

Il existe un certain nombre d'obstacles potentiels au développement et à la mise en œuvre des politiques d'assainissement et d'hygiène, et certains facteurs qui soutiennent ces politiques.

Le processus de politique typique comprend globalement quatre étapes essentielles : 1 Définition du problème, 2 Définition de l'agenda et formulation de la politique, 3 Mise en œuvre de la politique et 4 Rétroaction, voir Schéma 1.

Schéma 1
Processus de la politique : étapes du développement et de la mise en œuvre d'une politique publique



Comme nous allons le voir, les obstacles au développement et à la mise en œuvre des politiques d'assainissement et d'hygiène peuvent se présenter à chacune des trois premières étapes. La quatrième étape de « rétroaction » n'a pas été traitée dans cette étude, bien que la surveillance et l'évaluation de la manière dont les programmes sont mis en œuvre soient assurément des éléments importants du cycle de politique, pour faire remonter les enseignements tirés.

Les études des trois pays laissent apparaître qu'une fois les agendas définis et la politique d'assainissement et d'hygiène formulée (étape 2), le défi de la mise en œuvre de la politique (étape 3) est important. À Madagascar, comme dans beaucoup de pays d'Afrique, la décentralisation est récente et en cours. C'est un processus qui dans de nombreuses localités existe, pour l'heure, plus sur le papier qu'en pratique.

1.5 Structure du rapport

Ce rapport est structuré de la manière suivante :

LA SECTION 2 est une synthèse des facteurs qui, selon les commentateurs internationaux, entravent l'investissement dans les programmes d'assainissement et d'hygiène dans les pays en voie de développement. Les « obstacles » perçus qui s'appliquent à chacune des trois étapes du processus de politique ci-dessus sont énumérés (et numérotés) sous les titres suivants : « Définition du problème », « Définition de l'agenda et formulation de la politique », et « Mise en œuvre de la politique ».

LA SECTION 3 contient une description d'introduction du contexte national de Madagascar, ainsi qu'un questionnaire sur le secteur de l'assainissement et de l'hygiène.

LA SECTION 4 examine l'étendue et les conclusions de l'étude « locale » menée par le FFBBM/HVM dans le district choisi à Madagascar et décrit ci-dessous.

LA SECTION 5 évalue si les obstacles potentiels identifiés dans la Section 2 sont présents à Madagascar, et si d'autres obstacles à l'amélioration des services d'assainissement et d'hygiène existent. Elle évalue également s'il y a des facteurs de soutien qui les promeut.

LA SECTION 6 apporte une conclusion au rapport, avec une synthèse des obstacles et des facteurs de soutien actuellement existants à Madagascar, avec des étapes recommandées pour améliorer les futurs programmes d'assainissement et d'hygiène.

Les trois études de cas révèlent que chaque pays se trouve à une étape différente du processus de développement de la politique. Elles offrent un éclairage sur la manière dont les obstacles et les actions suggérées dans la documentation internationale se manifestent (ou non) dans cette sélection de trois pays, selon ce qui a été rapporté aux chercheurs par les acteurs clé de chaque nation.

Les différences entre les défis de l'assainissement du contexte urbain et rural sont illustrées par l'accent principal mis à Madagascar et au Burkina Faso sur les installations rurales, et celui de l'étude locale en RDC sur deux localités urbaines.

2 Obstacles identifiés

Pourquoi est-ce que l'assainissement se révèle être « *un tel casse-tête* » ? (Evans 2005, page 16). Dans cette section, nous exposons les facteurs considérés par les commentateurs internationaux comme constituant les entraves principales à l'investissement dans le domaine de l'assainissement et de l'hygiène, dans les pays en voie de développement. Chacun des quinze obstacles listés ci-dessous est décrit par rapport à une des trois étapes du processus de développement d'une politique : 1 « Définition du problème », 2 « Définition de l'agenda et formulation de la politique », et 3 « Mise en œuvre de la politique ».

2.1 Définition du problème

Le premier défi au niveau du développement des politiques d'assainissement et d'hygiène est de définir la terminologie employée. Cela fait partie intégrante de la première étape du processus de développement d'une politique.

La Tableau 1 présentait les trois composantes de WASH et les activités habituellement répertoriées sous chacune d'entre elles.¹ Mais les interprétations varient et nous ne pouvons pas simplement présumer que toutes les parties prenantes utilisent les termes « assainissement » et « hygiène » dans le même sens. Des différences d'interprétation restées inaperçues et inexplorées sapent les efforts faits pour identifier les problèmes que doivent résoudre les futures politiques et programmes.

Jenkins et Sugden (2006) notent que l'usage du terme « assainissement » risque d'estomper la distinction importante entre les méthodes de gestion « sur site » des déchets humains d'un côté et le raccordement à des systèmes d'égouts de l'autre.² L'expérience montre qu'une décision concernant une latrine à fosse sur site pour une habitation individuelle génère des problèmes tout à fait différents de ceux d'un réseau d'égouts et de raccordement des habitations. En français, une distinction est faite entre assainissement autonome et assainissement collectif. À Madagascar, par exemple, « assainissement collectif » est employé dans un récent document officiel stratégique (voir Section 3), bien que dans le contexte malgache, ce terme soit différencié « d'assainissement de base » (qui comprend les installations sanitaires des habitations).

2.2 Définition de l'agenda et formulation de la politique

La seconde étape du cycle caractéristique de développement d'une politique est la définition de l'agenda et la formulation de la politique. Il existe cinq obstacles clef qui peuvent entraver le développement de la politique au cours de cette étape, comme nous le voyons ci-dessous.

2.2.1 Données insuffisantes

Dans de nombreux pays en voie de développement, certains problèmes sont parfois dus à l'insuffisance d'informations récentes et fiables sur la condition des dispositifs d'assainissement et

1 Le contrôle des vecteurs (insectes et rongeurs) ne figure pas dans le Tableau 1 : il a été peu mentionné par les personnes interrogées.

2 Bien que le raccordement des habitations aux égouts soit techniquement faisable, Jenkins et Sugden (2006, page 8) notent : « *il est irréaliste de croire qu'un pourcentage plus que minimum des populations urbaines les plus démunies du monde sera desservi par des systèmes d'égouts d'ici les prochaines 20 années.* »

d'hygiène existants, y compris sur leur état de fonctionnement. Les statistiques officielles de la couverture en assainissement sont souvent inconsistantes, voire carrément gonflées. Les besoins et la demande, particulièrement dans les régions rurales les plus reculées, sont souvent inconnus, rendant la mise en place d'un agenda cohérent et équilibré d'autant plus difficile.

2.2.2 Tensions entre les conceptions

Les incompréhensions mutuelles entre les différentes conceptions sont fréquemment un obstacle à l'amélioration de la provision de l'assainissement et de l'hygiène. Certains décideurs politiques soutiennent, par ex., que l'installation des équipements d'assainissement dans les habitations est de la responsabilité des ménages. Dans ce sens, les agences publiques devraient donc concentrer leur énergie sur les aspects publics de l'assainissement, par ex. sur les réseaux publics de drainage des eaux pluviales, les systèmes d'égouts etc., c'est à dire les gros projets d'ouvrages publics. Toutefois, les experts en santé assurent que le fait de retirer les excréments des lieux de vie présente des bénéfices sanitaires majeurs, non seulement pour les familles elles-mêmes, mais également pour leurs voisins. Ils affirment que de nombreux bénéfices sanitaires résultant d'un meilleur assainissement profiteront à l'ensemble de la communauté, et non au seul ménage individuel. Dans cette perspective, ce genre d'externalités justifie l'utilisation des fonds publics pour la promotion des latrines.³ Les institutions publiques, qu'elles soient centrales ou décentralisées, ont donc un intérêt à (et l'obligation d') allouer les ressources publiques à l'amélioration de l'assainissement des habitations et des communautés de taille réduite.

La Task force des Nations unies (ONU 2005) décrit le danger consistant à transférer dans les pays en voie de développement un modèle utilitaire actuel des pays développés, axé sur les réseaux de canalisation, les égouts et autres ouvrages publics d'envergure, qui prêtent bien moins d'intérêt et d'attention à l'assainissement des habitations elles-mêmes. La « conception utilitaire » penche naturellement vers la conclusion que l'assainissement sera mieux « logé » sur le plan institutionnel par le ministère (national) et l'agence (régionale et municipale) responsables du réseau public d'approvisionnement en eau. La plupart des agences d'approvisionnement en eau et d'assainissement des pays industrialisés n'ont pratiquement pas d'interaction directe avec le comportement des ménages en matière d'hygiène. Et pourtant, dans les pays qui dépendent des aides extérieures, les décideurs politiques à l'échelle nationale et les praticiens qui encouragent la promotion de l'hygiène dans les ménages peuvent rencontrer des pressions qui les détournent de cette approche, pour les conformer avec la conception utilitaire des consultants internationaux.

Un autre exemple de tensions possibles entre les différentes conceptions est celui des personnes qui donnent la priorité aux campagnes d'éducation publique, conçues pour promouvoir des changements de comportement, et de celles qui encouragent plutôt une approche de marché (privée). Les recherches⁴ semblent indiquer que la difficulté de compréhension du besoin de dispositifs d'assainissement dans les habitations peut s'expliquer par le fait que les programmes d'assainissement ne comprennent pas suffisamment les utilisateurs et leurs besoins, contrairement à ceux qui traitent les utilisateurs comme ayant leur mot à dire concernant le genre de produits (par ex. latrines) qu'ils achètent pour répondre à leurs besoins. La différence consiste à ne pas considérer les gens comme des bénéficiaires passifs des dons, mais comme des citoyens et des consommateurs actifs.⁵ Il existe certaines

3 Cairncross et Curtis, (non daté).

4 *Social Marketing for Urban Sanitation: review of evidence and inception report*, WEDC, Loughborough University, UK. Recherche menée par WEDC, RU, conjointement avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine (Ecole londonienne d'hygiène et de médecine tropicale), Groupe TREND, Kumasi et WaterAid Tanzanie: www.lboro.ac.uk/wedc/projects/sm

5 La compréhension de l'importance des latrines pourrait s'améliorer si elles étaient conçues de façon à mieux répondre à la demande de leurs utilisateurs : si elles permettaient de s'asseoir lors de leur usage, pas d'odeurs et une bonne ventilation, ainsi qu'un accès facile pour la vidange ; et si elles étaient bon marché à installer, moins dépendantes de l'eau et sans danger pour les enfants.

indications selon lesquelles ce genre de « marketing social » augmente la demande et la compréhension de l'assainissement. Jenkins et Sugden (2006) vont dans ce sens (page 16ff), bien que, comme cela a pu être observé par ailleurs, les professionnels de la santé des agences publiques (Newborne et Caplan 2006) sont probablement spontanément sceptiques au sujet des techniques de marketing, du moins vis-à-vis de celles pratiquées par les compagnies du secteur privé. Et cela en dépit du succès attesté, par exemple, des producteurs privés de savon qui encouragent la vente de savon.⁶ Un rapport récent de Building Partnerships for Development (BPD) souligne les obstacles potentiels au marketing social. Par exemple, les « consommateurs » potentiels de produits d'assainissement (par ex. latrines) sont locataires d'habitations ou de sites de qualité inférieure et les propriétaires voient peu d'intérêt à investir leurs ressources personnelles pour l'assainissement et y sont peu encouragés, à cause de la nature des logements considérée comme provisoire (Schaub-Jones et al 2006).

Jenkins et Sugden (2006) soulignent que, pour ce qui est des services d'assainissement, il y a lieu de remettre en question l'opinion de ceux qui privilégient instinctivement les solutions du secteur public à tous les problèmes du « secteur de l'eau ». Dans les pays en voie de développement, la contribution pour la construction de dispositifs d'assainissement sponsorisée par le secteur public est à ce jour très restreinte, en comparaison aux actions des ménages privés et des fournisseurs des ménages.

2.2.3 Manque de coordination

D'autres commentateurs soulignent le manque de clarté dans certains pays en voie de développement concernant qui (ou quelle(s) institution(s)) est responsable de chacune des fonctions citées dans le Tableau 1.

La mesure la plus souvent adoptée est que le « foyer » institutionnel de l'assainissement appartient au ministère chargé de l'eau. Une deuxième option peut consister à confier l'assainissement au ministère de la santé : un certain nombre d'activités du Tableau 1 contiennent un élément de santé publique, et il existe effectivement un lien naturel entre l'hygiène et la santé (particulièrement la santé préventive : voir ci-dessous). Une autre possibilité pourrait être d'envisager un ministère distinct chargé de l'assainissement.

Toutefois, puisque l'étendue des activités touchant à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène est si vaste, chercher le « foyer institutionnel adapté » pourrait ne pas se révéler fructueux. Il est peut-être plus important d'établir des liens entre les institutions, par ex. via des processus de planification qui rassembleraient les directions de plusieurs ministères en charge. L'étude BPD ci-dessus appelle les tâches à être partagées, « *plutôt que de s'accorder sur le fait qu'une agence "dirige" toujours le processus* » (Schaub-Jones et al 2006, page 26). Créer et relier des lignes de **budget** entre plusieurs agences responsables pourrait être une façon efficace d'obtenir des politiques coordonnées. Des plates-formes nationales de WASH, parallèles mais distinctes du gouvernement, pourraient contribuer à soutenir une planification conjointe de plusieurs agences chargées de l'assainissement et de l'hygiène, sans qu'une **mise en œuvre** conjointe soit pour autant nécessaire ou appropriée, en raison par ex. des différences de programmes et des savoir-faire requis.

2.2.4 Absence de priorités politiques et budgétaires, demande insuffisante

Un facteur limitant souvent évoqué est le manque de fonds d'investissement. L'eau et l'assainissement se sont fait distancer par d'autres intérêts sectoriels en compétition pour les rares fonds publics. Par exemple, dans une enquête de 2003–2004 des Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) et l'allocation des budgets dans trois pays d'Afrique sub-saharienne (ODI

⁶ L'inconvénient est que les ventes de savon n'atteignent pas les populations les plus démunies.

2002 ; ODI 2004a), d'autres secteurs « sociaux », comme l'éducation et la santé, ont décroché des allocations budgétaires bien plus importantes que l'eau, et l'assainissement a été particulièrement insuffisamment budgété. Cela soulève la question de savoir s'il existe une volonté politique d'augmenter la priorité budgétaire pour l'assainissement.

Ceux qui sont en faveur d'un meilleur financement pour l'assainissement doivent s'attarder sur le fait que, à de nombreuses occasions, la demande exprimée par les ménages et les communautés pour un dispositif d'assainissement est moindre que pour d'autres formes d'aide, y compris l'approvisionnement en eau potable. Les spécialistes en assainissement et en hygiène remarquent par exemple que « *l'acquisition de toilettes n'est pas forcément une préoccupation de dépense prioritaire, particulièrement chez les plus démunis* » (Cairncross et Curtis, non daté, page 1). Allouer des fonds publics pour un dispositif d'assainissement dans un ménage qui n'en a pas fait une priorité, fait courir le risque qu'une fois l'installation faite, ces installations ne seront pas utilisées.

2.2.5 Agendas des bailleurs

Dans les pays en voie de développement qui dépendent des aides, les priorités des bailleurs vont avoir tendance à influencer la définition des agendas sectoriels, et si elles sont poursuivies individuellement, elles entraveront les efforts de planification en collaboration.

2.3 Mise en œuvre de la politique

La troisième étape du processus caractéristique de développement d'une politique est la mise en œuvre de la politique. Les commentateurs internationaux soulignent les obstacles suivants, qui doivent souvent être surmontés dans les pays en voie de développement.

2.3.1 Capacités humaines et techniques insuffisantes

Dans de nombreux pays en voie de développement, l'insuffisance des capacités en termes de ressources humaines inhibe le développement, particulièrement au niveau décentralisé. La nature multi-facette de WASH signifie que tout un ensemble de disciplines et de compétences différentes sont nécessaires pour améliorer la provision de l'assainissement et de l'hygiène. Bien que le secteur de l'eau soit souvent « *dominé par des ingénieurs qui sont à l'aise avec les problèmes techniques et qui tendent à pencher pour des solutions techniques* » (Jenkins et Sugden 2006, page 7), l'assainissement des ménages « *nécessite des compétences plus fines, basées sur les relations, qui entraînent les ingénieurs dans des situations où ils se sentent mal à l'aise* » (page 8). Promouvoir des changements de comportement au niveau des ménages est un domaine « *dans lequel la plupart des pays possèdent peu de compétences... et des capacités limitées. La plupart des agences publiques connaissent peu ce rôle ou ne sont pas aptes à le remplir* » (Evans 2005, page 25).

2.3.2 Faible capacité d'absorption des fonds

Dans un secteur où les dépenses ont toujours été faibles, une question se pose au sujet du taux auquel le mouvement des finances pourrait être augmenté, en tout cas en ce qui concerne les fonds acheminés via les organismes d'État (publics). Nous ne pouvons pas simplement présumer qu'une quantité plus importante de ressources se traduira rapidement par de meilleurs résultats. Toutes les interventions en matière de développement doivent être conçues de manière à prendre en compte les contraintes de « *capacité d'absorption* » (ODI 2005). Il est important que les fonds soient disponibles, mais tout aussi important qu'ils soient « *utilisés de la bonne manière* » (Tearfund 2005, page 23).

2.3.3 Manque d'opérateurs de services

La réalité dans de nombreuses régions d'Afrique est qu'il existe un choix limité d'opérateurs d'assainissement et d'hygiène, que ce soient des agences du gouvernement local, des associations communautaires, des ONG ou des opérateurs privés.

Dans les villes de certains pays en voie de développement, des études empiriques ont mis en évidence les activités de petits opérateurs **privés** (par ex. Collingnon et Vézina, non daté ; WSP 2005). Concernant l'assainissement, il s'agit par exemple de maçons pour la construction de latrines et de main d'œuvre pour vider manuellement les fosses. Il subsiste encore des doutes au sujet de la propension à payer des habitants des bidonvilles. Cependant, l'importance du rôle des petits opérateurs privés pour répondre aux besoins des populations démunies est aujourd'hui largement reconnue, là où ils sont en mesure de fournir les bons produits au juste prix.⁷

Ce qui est « abordable » dépend très spécifiquement du contexte. Au sein des communautés les plus démunies, le coût peut être un facteur limitant concernant la compréhension du besoin de nouvelles installations d'assainissement comme les latrines. « *La décision d'installer un dispositif d'assainissement dans le domicile pour la première fois peut être un gros défi et implique souvent de modifier les [autres] infrastructures de l'habitation* » (Jenkins et Sugden 2006, page 13).

2.3.4 Méthodes et technologies inadaptées au contexte

Les services et dispositifs d'assainissement qui conviennent le mieux dépendent du contexte : il y aura des différences entre les contextes urbains et ruraux, les grandes villes et les plus petites, l'installation planifiée et non planifiée des populations, ainsi qu'entre les différents contextes ethniques et sociaux (par ex. les communautés ayant plus ou moins d'organisation et d'identité collectives).⁸ Les différents produits impliquant différents choix technologiques, les options technologiques qui se révèlent inadaptées représentent des obstacles pratiques. Il y a un grand consensus dans la documentation selon lequel le choix de la technologie est un déterminant important du choix et de l'utilisation des dispositifs d'assainissement.

2.3.5 Insuffisance d'accès aux crédits

L'accès aux crédits a également été mentionné comme faisant fréquemment défaut dans les pays d'Afrique sub-saharienne,⁹ particulièrement les micro-crédits pour les petits fournisseurs de service, qu'ils soient communautaires ou privés (WSP 2003). Les prêts sont souvent seulement accessibles pour les activités génératrices de revenus, plutôt que pour l'amélioration des infrastructures des communautés et des ménages (assainissement et installations d'eau). De plus, les crédits accessibles ne proposent pas forcément des taux d'intérêts abordables ou de périodes de remboursement suffisamment longues pour les emprunteurs plus démunis.

2.3.6 Absence de messages forts

Promouvoir l'assainissement et l'hygiène représente un défi substantiel en matière de communication. Comme un spécialiste indien l'explique : « *Les statistiques n'ont pas d'impact sur les gens, alors dire aux villageois que la diarrhée tue "x" milliers d'enfants dans leur pays tous les ans ne suffit pas ...*

7 En reconnaissant que, pour les populations les plus démunies, l'existence d'une subvention publique (quelle que soit sa forme) pourrait être essentielle.

8 Voir par exemple Jenkins et Sugden (2006) pour une synthèse des différences de la gestion des excréments dans les zones urbaines et rurales (page 22).

9 Il existe quelques exceptions où le secteur de la micro finance est apparemment mieux développé, par ex. le Bénin et le Kenya (WSP 2003, page 14).

Le véritable défi est d'expliquer clairement le rapport entre les maladies courantes et les pratiques, par ex. de défécation en plein air » (WSSCC, non daté, page 26).¹⁰ « Si la campagne est seulement centrée sur la construction de latrines ... il y aura toujours des gens qui ne seront pas atteints, des gens qui continuent de déféquer en plein air et de polluer les sources d'eau, en répandant ainsi des maladies. Toutefois, un fort taux de couverture en latrines ne suffit absolument pas. Ce mouvement devrait au moins s'effectuer sous la bannière " Pas de défécation en plein air " » (page 8).

Les approches comme celles ci-dessus ont été rassemblées sous un concept appelé *Community-Led Total Sanitation* (CLTS) (« Assainissement total pris en charge par la communauté »), qui à la base a été développé en Asie du Sud. Cette approche se sert de « *la pression de groupe, de la honte, du dégoût et de l'orgueil pour créer l'insatisfaction* » vis-à-vis des pratiques existantes (Jenkins et Sugden 2006, page 15), et vise à engendrer un changement de comportement qui entraînera non seulement l'utilisation des latrines, mais également un ensemble d'autres activités : « *se laver les mains, se couper les ongles, cuisiner de façon plus hygiénique, refuser de cracher dans les lieux publics, ainsi que la protection vigilante des points d'eau locaux de toute source de contamination* » (page 6). C'est cette « *attitude d'esprit, et non le fait d'installer des toilettes* », débat le WSSCC, qui « *entraînera des améliorations considérables de la santé publique* » (WSSCC, non daté). Dans certaines parties de l'Asie du Sud, l'approche CLTS semble avoir réussi à mobiliser des communautés entières. Dans d'autres régions, elle a été moins testée. Il reste à voir de quelle manière l'approche CLTS pourrait être adaptée au contexte culturel de Madagascar.

2.3.7 Insuffisance des dispositions prises pour le nettoyage et la maintenance

Un des aspects clef de la viabilité financière des installations d'assainissement partagées et communautaires est le financement de la maintenance : le nettoyage et la vidange des fosses. Une demande soutenue d'utilisation des latrines dépendra du fait qu'elles soient propres et inodores. Si le tournus ou autre système d'organisation du nettoyage ne fonctionne plus, les installations deviendront désagréables à utiliser. Le rapport du BPD (Schaub-Jones et al 2006, page 7) suggère donc pour les installations communautaires « *qu'il est fortement recommandé d'engager un gardien, de préférence un habitant local, payé d'après les reçus d'utilisation, plutôt qu'un employé public. Pour couvrir cette dépense, ainsi que [d'autres] frais de maintenance et de vidange, il faut en faire payer l'utilisation* ».

2.3.8 Complexité des changements comportementaux

Aussi convaincantes que soient les raisons « sociétales » pour investir au niveau de l'assainissement (réduction de la charge des maladies, réduction des dépenses de santé publique, hausse de la fréquentation des écoles pour les filles, meilleure productivité économique, etc.), les motivations « personnelles » des individus pour un meilleur assainissement domestique peuvent être différentes. Comme les commentateurs l'ont souligné, un individu peut être amené à vouloir améliorer ses dispositifs d'assainissement pour tout un ensemble de raisons, parmi lesquelles certaines **ne sont pas** liées à une préoccupation de santé : voir Tableau 3.

« *... Les approches didactiques démodées basées sur l'éducation de la théorie microbienne et la menace des maladies étaient la norme* », constate un commentateur (WSP 2002). Cependant, bien qu'il soit important de décourager les mauvaises pratiques d'hygiène et d'encourager les bonnes, cela ne suffira pas : ce n'est pas parce que les gens ont déjà entendu parler des maladies et de leurs causes qu'ils feront nécessairement quelque chose à ce sujet. La conduite quotidienne et régulière des individus et leurs habitudes sont basées, au moins en partie, sur des choix raisonnés dans leur façon d'organiser

¹⁰ Le WSSCC cite ici les paroles de Surjya Kanta Mishra, Ministre de la santé et du développement de la famille, du Bengal de l'Ouest, Inde, anciennement docteur et responsable du gouvernement local. Il aurait contribué à démarrer un projet pilote renommé à Medinipur, à la suite duquel il a promu une campagne « d'assainissement total » dans le Bengal de l'Ouest.

Tableau 3

Quelles raisons poussent un individu/ménage à utiliser des latrines, au lieu de déféquer en plein air ?

Source : WSP et WaterAid (2000)

- **L'INTIMITÉ** : l'absence d'intimité de la défécation en plein air est un problème important pour les femmes. Des latrines attenantes à la maison font que les femmes n'ont plus à attendre certains moments de la journée, par ex. l'aube ou le crépuscule, pour se soulager.
- **COMMODITÉ** : les latrines peuvent être construites attenantes à la maison, donc plus près que les lieux de défécation traditionnels en plein air. Les latrines peuvent également être construites avec une extension pour la toilette corporelle, augmentant ainsi leur utilité pour les femmes.
- **SÉCURITÉ** : les rencontres malencontreuses avec des serpents, des insectes, des véhicules et la végétation sont fréquentes. Par exemple, une fillette de 12 ans est morte d'une morsure de serpent et un homme de 48 ans a été tué par un bus alors qu'il déféquait sur le bas côté.
- **STATUT/PRESTIGE** : des latrines domestiques sont un symbole de progrès et de richesse matérielle. WaterAid-Inde a relaté des anecdotes montrant que dans ses zones de projet, si les ménages les plus démunis sont encouragés à construire des latrines chez eux, les familles plus riches feront de même.
- **ÉCONOMIQUE** : les dépenses récurrentes pour les frais de santé représentent une perte de ressources considérable pour les ménages. Les latrines représentent une dépense unique qui sera compensée à long terme par les économies faites sur les dépenses de santé.
- **LA CRÉATION DE REVENUS** : les latrines peuvent être construites avec une extension pour la toilette corporelle et l'eau usée peut ensuite être utilisée pour générer des revenus avec les potagers. Dans un village, plusieurs femmes ont utilisé leurs revenus complémentaires pour rembourser le prêt de la construction des latrines auprès du groupe d'assistance mutuelle du village.

leur vie de tous les jours, en tenant compte des limites de temps ou de ressources. Dans les endroits où la défécation en plein air offre aux gens de l'intimité, de la commodité et une sécurité adéquates, ils ne souhaiteront peut-être pas changer leurs « mauvaises » habitudes (« mauvaises » d'un point de vue plus global de santé publique).

Il est extrêmement complexe et subtil de prédire à partir de quand l'une ou l'autre des motivations ci-dessus deviendra persuasive ou convaincante pour un individu, un ménage ou une communauté. Les enseignements tirés des projets au Burkina Faso et au Zimbabwe suggèrent (WSP 2002) que : « *La clef du changement de comportement est tout d'abord de comprendre ce qui va le susciter et le motiver. Cette question est bien plus complexe qu'on ne le pensait. Les changements de comportement sont difficiles à obtenir et requièrent des ressources considérables* » (WSP 2002). Différents contextes culturels nécessitent différentes solutions.

2.3.9 Facteurs « culturels »

En effet, au-delà des motivations individuelles, les obstacles potentiels supplémentaires auxquels fait allusion la documentation internationale, sont les facteurs culturels qui rendent les bénéficiaires des projets de promotion de l'assainissement et de l'hygiène réticents ou résistants aux nouvelles installations. Certaines différences culturelles sont dues au genre : les variations de perspective entre les femmes et les hommes concernant les dispositifs d'assainissement sont relevées par de nombreux commentateurs. Les points de vue varient également entre les adultes et les enfants. Les situations dans lesquelles se trouvent les ménages sont également très diverses. Les différents groupes ethniques ont aussi des croyances et des coutumes variables, et l'attitude face à l'assainissement et l'hygiène peut varier de manière importante entre le contexte urbain et le contexte rural.

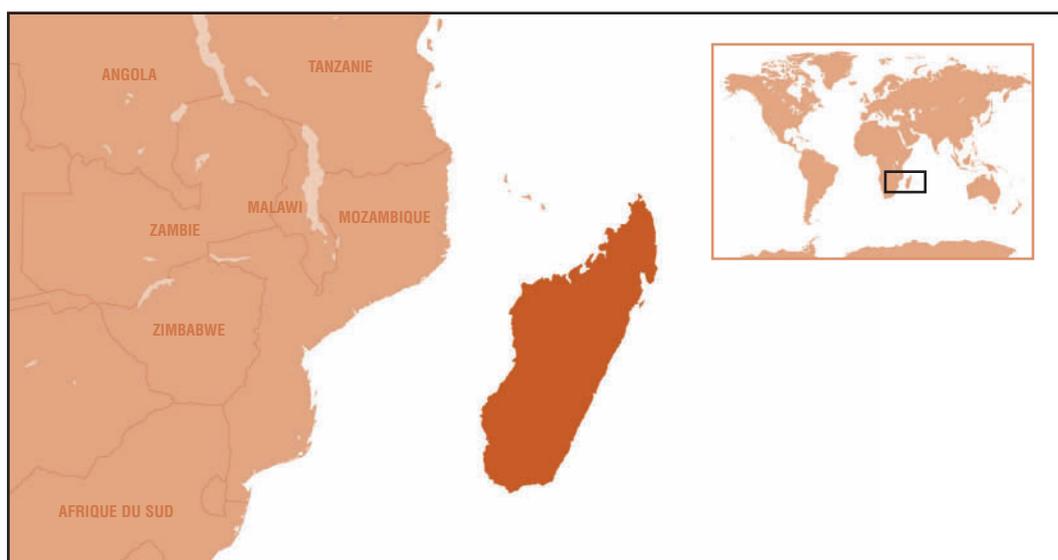
3 Madagascar : étude à l'échelle nationale

Dans cette section, vous trouverez une description du contexte de l'île de Madagascar, ainsi qu'une vue d'ensemble du secteur de l'assainissement et de l'hygiène. Cette dernière est basée sur des entretiens menés par l'ODI dans la capitale, Antananarivo.

3.1 République de Madagascar

Madagascar est la quatrième plus grande île du monde, longue de 1 600 km du nord au sud et large de 580 km, avec une superficie de 587 040 km² (un peu plus grande que la France). Elle se situe dans le sud-ouest de l'Océan Indien, séparée de l'Afrique par le Canal du Mozambique : voir Carte 1.

Carte 1
Localisation de Madagascar



Le Tropique du Capricorne traverse le sud de l'île, qui connaît deux saisons : une saison fraîche et sèche, et une autre, chaude et humide. Ces saisons sont particulièrement distinctes dans les montagnes, tandis que sur la côte, il fait bon presque tout au long de l'année. L'est du pays connaît des pluies annuelles importantes, en comparaison avec les précipitations modérées sur le plateau central. Une des conséquences de l'emplacement géographique de Madagascar est que l'île est fréquemment frappée par des cyclones tropicaux et des dépressions, qui causent souvent d'importants dégâts sur les cultures, les forêts, les routes et les infrastructures en général. Le sud du pays souffre de périodes de sécheresse.

Le peuple malgache compte environ 18 groupes ethniques, auxquels s'ajoutent d'autres groupes sociaux originaires de l'Inde, de la Chine, du continent africain et de l'Europe. Madagascar a été colonisée par la France en 1896 et a retrouvé son indépendance en 1960.

D'après le recensement de 2004, sa population était de 17,5 millions. Elle est inégalement répartie, les montagnes du centre et le sud-est étant les régions les plus peuplées, et l'ouest beaucoup moins (< 15 habitants/km² – Réseau eau 2002). La population est principalement rurale : à 77 pour cent rurale contre 23 pour cent urbaine (en 1993), bien qu'un important exode rural se soit produit au cours des dernières années, provoquant une saturation des villes et une prolifération des bidonvilles.

Administrativement, Madagascar se divise en six provinces, dont les capitales sont Antananarivo (la capitale nationale), Antsiranana au nord, Mahajanga à l'ouest, Toamasina à l'est, Fianarantsoa au centre et Toliary au sud. Le Tableau 4 présente en détail la hiérarchie politique et administrative de Madagascar, ainsi que la structure de l'administration sanitaire.

Tableau 4a
Hiérarchie politique et administrative

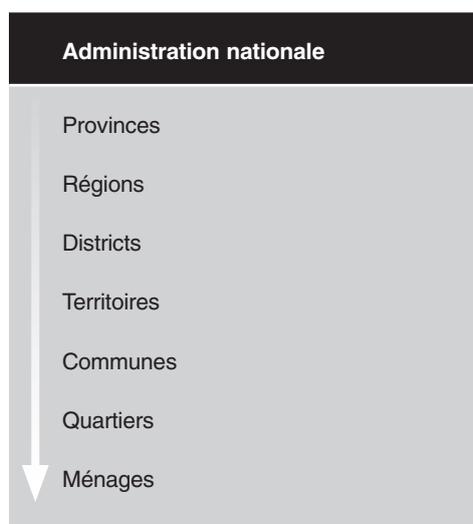


Tableau 4b
Hiérarchie sanitaire



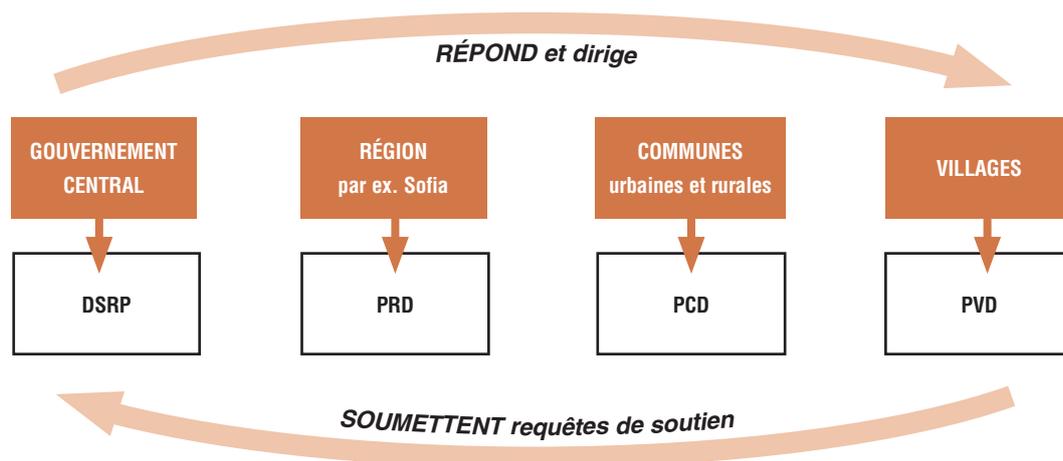
Source : FFBBM

Le Schéma 2 est un plan d'ensemble du système de planification du développement à Madagascar. Les documents clé étudiés lors de la phase locale de cette étude comprenaient le plan régional de développement (PRD) établi, selon le système de planification et la hiérarchie, sur la base des plans communaux de développement (PCD).

Les plans villageois de développement (PVD) sont établis par le chef de la localité, après avoir sollicité les besoins et les requêtes des villageois (avec l'aide du personnel de la mairie), dans un processus qui comprend une assemblée générale des villageois. L'administration provinciale et celle du district endossent alors le rôle d'intermédiaires entre le niveau communal ou celui du village et du gouvernement central.

La flèche du bas, qui pointe de droite à gauche, indique le parcours emprunté, du moins selon la conception du système, par les applications en vue du soutien (programmes et financement) issues au niveau du village. Il passe par les communes, jusqu'aux régions et au gouvernement central, les plans à chaque niveau étant absorbés et interprétés (complétés) par les plans du niveau supérieur de la hiérarchie. La flèche du haut, qui pointe de gauche à droite, représente le parcours des décisions prises par le gouvernement à ses différents niveaux, en réponse aux propositions contenues dans les plans, y compris l'allocation de fonds pour les programmes de développement approuvés.

Schéma 2
Plan d'ensemble
du système de
planification du
développement



LÉGENDE DSRP – Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
PRD – Plan régional de développement
PCD – Plans communaux de développement
PVD – Plans villageois de développement

3.2 La pauvreté à Madagascar

Le rapport sur le développement humain 2006 du PNUD classait Madagascar 143^{ème} sur 177 dans le monde.¹¹ Selon l'indice de développement humain 2005, l'espérance de vie à Madagascar lors de la naissance, est de 55,4 ans (PNUD, page 221). En 2001, l'âge moyen de la population malgache était de 21,1 ans. Les *World Development Indicators* (« Indicateurs mondiaux de développement ») de la Banque Mondiale¹² rapportent un taux de croissance annuel de la population de 2,7 pour cent en 2004 et les taux de mortalité infantile et des moins de cinq ans pour 1 000 enfants nés vivants, respectivement de 76 et de 123 à la même période.

L'objectif global du Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) de Madagascar de juillet 2003¹³ est de réduire le taux de pauvreté de moitié sur dix ans, d'ici 2013 (échéance plus courte que l'agenda des OMD).

L'analyse de la pauvreté du DSRP est assez extensive et présente ses différents aspects (sur presque 30 pages, pages 17–45). Il y a une description générale (page 2) des « Expériences de pauvreté » qui comprend une description de la perte ou de l'écroulement des valeurs et des systèmes sociaux. Cela a pour effet que les Malgaches, particulièrement les plus démunis, ont l'impression de perdre « une partie de leur âme » ainsi que la « solidarité, l'aide mutuelle, l'humilité et le dialogue », et pousse les gens à sombrer dans une vie qui « part à la dérive ». La pauvreté est apparemment surtout un phénomène rural : les statistiques de la consommation par personne et par groupe socioéconomique confirment la vulnérabilité des paysans, particulièrement les plus petits d'entre eux, ce qui s'est encore amplifié entre les années 1993–1999 (page 21).

11 <http://hdr.undp.org/hdr2006/pdfs/report/HDR06-complete.pdf>

12 <http://devdata.worldbank.org>

13 *Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté*, juillet 2003, approuvé par le FMI et la Banque Mondiale en octobre 2003.

« *La situation de la pauvreté* » (page xi du DSRP) « *révèle des faiblesses de la gouvernance qui se répercutent sur le système entier et tous ses acteurs : l'État, la société civile, le secteur privé, les ménages, etc.* » L'amélioration du cycle budgétaire est également mentionnée, ainsi que le processus de décentralisation conçu de manière à « *créer un contexte favorable au développement économique et social des communes* » (page iv). Cependant, comme nous le voyons ci-dessous, le processus de décentralisation est soutenu et incomplet.

La cible des efforts visés au niveau de l'assainissement est identifiée page 39 du DSRP : « *Concernant l'assainissement, plusieurs aspects des services doivent être pris en compte. Mais dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, le service de base essentiel à considérer est l'accès aux infrastructures d'évacuation des excréments.* » **Tel est, du moins, l'énoncé sur papier dans le DSRP, mais cela n'aborde pas la question suivante : jusqu'où cette intention a-t-elle été confirmée par la pratique?**

Les statistiques des niveaux d'accès à l'assainissement à Madagascar varient considérablement. Le DSRP (République de Madagascar, juillet 2003, page 39) cite les taux d'accès des ménages à l'assainissement de 87 pour cent dans le contexte urbain en 2000 et de 52 pour cent dans le contexte rural, avec un taux de couverture global de 58 pour cent. Toutefois, WaterAid met en garde contre la non fiabilité des statistiques officielles (WaterAid 2006) ; ils estiment que 7,5 pour cent de la population rurale et 27 pour cent de la population urbaine ont accès à un assainissement adéquat (ce qui représente une moyenne de 17,25 pour cent¹⁴ ou de 33 pour cent dans l'ensemble¹⁵). Des différences prononcées au niveau de la couverture existent apparemment entre les provinces.

Le Département de l'eau et de l'assainissement (DEA, non daté) cite comme étant des « *conséquences directes* » de ce taux de couverture très faible, tout un ensemble de maladies transmises par l'eau : diarrhée, dysenterie, choléra, bilharziose. La diarrhée est la deuxième cause de morbidité chez les enfants à Madagascar (UNICEF 2001). Pendant ce temps, 2,5 millions d'habitants souffrent de bilharziose et selon les estimations, 4,5 millions sont exposés au risque de contagion. Concernant le manque d'assainissement, 60 pour cent des décès chez les enfants seraient causés soit par un mauvais assainissement ou par la mauvaise qualité de l'eau (République de Madagascar, non daté). Le même document (intitulé *Sanitation: The Challenge*, « L'assainissement : le défi », page 1) rapporte qu'en 1999 il y a eu une épidémie majeure de choléra : le Ministère de la santé rapporte 35 000 cas de choléra pour la période de mars 1999 à juin 2001, sur lesquels plus de 2 300 décès. Il rapporte également que deux millions et demi de malgaches sont touchés par la schistosomiase et 4,5 millions sont exposés au risque de contagion. Selon une étude complémentaire, il est estimé que 3,5 millions de jours de fréquentation de l'école par an sont perdus parce que les enfants sont malades en raison de la mauvaise qualité de l'eau et d'une hygiène inadéquate. Une statistique équivalente de 6 millions de journées de travail perdues est également proposée (DEA, non daté).

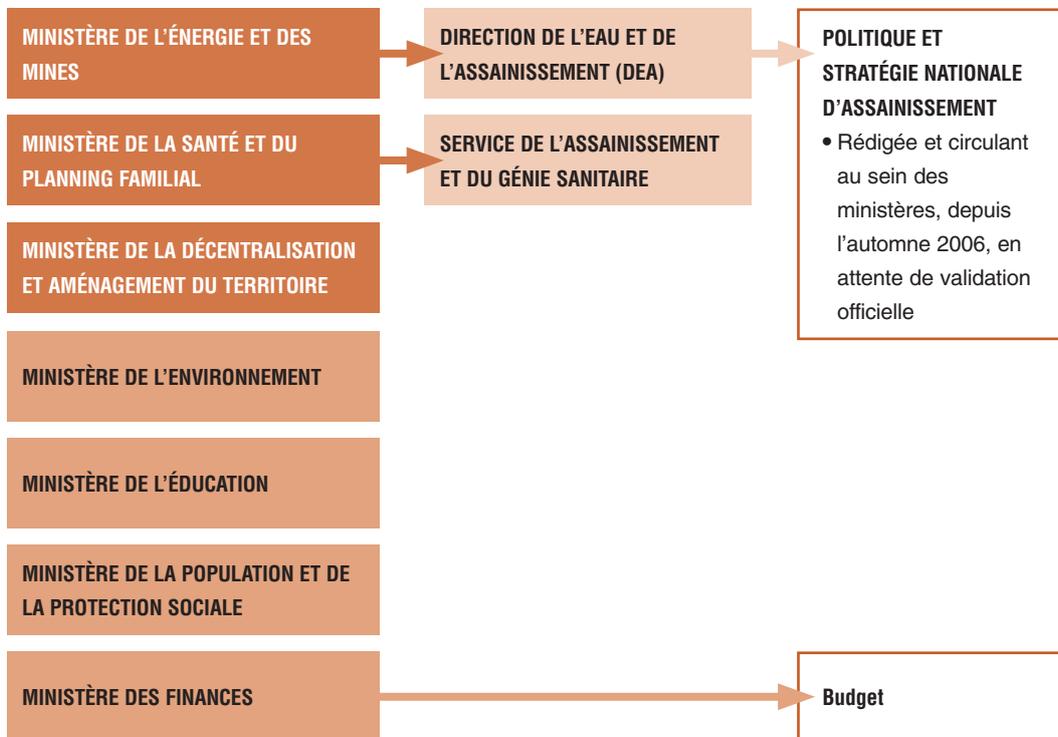
14 Bien que la statistique d'ensemble de 33 pour cent soit citée dans le même document de WaterAid.

15 www.wateraid.org.uk/uk/what_we_do/where_we_work/madagascar

3.3 Acteurs des secteurs clé

Le Schéma 3 présente les acteurs clé des secteurs de l'assainissement, de l'hygiène et de l'eau à Madagascar.

Schéma 3
Acteurs clef : secteurs de l'assainissement, de l'hygiène et de l'eau à Madagascar



- PLATEFORME WASH**
- indépendante du gouvernement
 - son adhésion représente le gouvernement, la société civile (dont les ONG) et secteur privé
 - comité WASH et membres de l'Assemblée à l'échelle nationale
 - comités en cours de création dans les régions

LÉGENDE Ministères clé Autres ministères Bureaux et départements affiliés Politique affiliée

Pour ce qui est des différents aspects de l'assainissement présentés dans le Tableau 1, jusqu'à récemment, les responsabilités ont été tenues par ces ministères sans définition claire de leurs mandats respectifs. La **Politique et stratégie nationale de l'assainissement** préparée par la DEA, et qui est encore sous forme de projet (en attente de validation, une fois que les commentaires des différents ministères auront été pris en compte) vise à clarifier les rôles institutionnels et à définir la direction de la politique en tant qu'orientation stratégique (voir ci-dessous).

Il existe trois ministères clé ayant des responsabilités en rapport avec l'assainissement et l'hygiène : **Énergie et mines**, **Santé et planning familial**, et **Décentralisation et aménagement du territoire**. Le ministère premièrement responsable de l'assainissement est le Ministère de l'énergie et des mines. Les personnes interrogées ont expliqué que cette attribution était à l'origine liée au grand nombre d'hydrogéologues qui travaillent pour le Ministère de l'énergie et des mines, en raison de l'utilisation prédominante des eaux souterraines dans le pays. L'assainissement a été plus récemment ajouté

aux responsabilités fonctionnelles de ce ministère et l'appellation de ce département est devenue la « Département de l'eau et de l'assainissement » (DEA).

L'Agence de régulation de l'eau et de l'assainissement (ORSEA) est principalement responsable de la conformité aux standards de qualité et de la réglementation des tarifs d'après le Code de l'eau (ADB 2005, page 3).

Le rôle et les actions de l'Autorité nationale de l'eau et de l'assainissement, dont le sigle est ANDEA, n'ont pas été évoqués par les personnes interrogées. Dans le projet de politique (page 25), l'ANDEA est seulement mentionnée en rapport avec la protection de l'environnement (dans le texte, par rapport à une note du Schéma 1 page 10).

Concernant la mise en œuvre, une nouvelle politique d'assainissement, une fois approuvée, constituera un plan national, comme cela est mentionné dans un document du *Environmental Health Program*, « Programme de la santé et de l'environnement » (EHP 2002).¹⁶ Des Fiches d'action et un tableau, intitulé Plan d'action sont jointes au projet de politique nationale et à la stratégie d'assainissement. Le statut de ces documents en tant que plans nationaux a été examiné lors du séminaire pour le projet.

3.4 Initiative WASH à Madagascar

Le DSRP rapporte (page 122), que l'initiative WASH a officiellement démarré à Madagascar, comme une réponse institutionnelle¹⁷ aux défis de l'assainissement, un jour après le Sommet mondial sur le développement durable (SMDD) à Johannesburg, en août 2002. D'après une source (ADB 2005), la stratégie WASH à Madagascar a trois objectifs : « (i) apporter un changement positif de comportement concernant l'hygiène au sein de la population, (ii) encourager la reconnaissance au niveau national de l'importance de l'hygiène et de l'assainissement et de la corrélation entre celles-ci et la maladie et la pauvreté, et (iii) examiner l'intégration de l'hygiène et de l'assainissement dans les projets d'approvisionnement en eau potable. »

3.5 Communes : rôle souhaité

Au niveau sub-national, la responsabilité de la politique d'assainissement restera celle des régions (au nombre de 22, suite à une récente restructuration administrative) et des communes (page 8 du DSRP). Les communes, équivalentes à des « municipalités », sont désignées comme étant les organismes responsables (*maîtres d'ouvrage*) de la gestion du financement et de l'engagement des opérateurs d'assainissement (et d'eau) au niveau local. Conformément aux objectifs de la décentralisation, un des objectifs est que les communes endossent cette responsabilité (page 8). Le document de projet de politique note (page 10) que les régions elles-mêmes doivent être « rendues opérationnelles sur une période de deux à cinq ans », reflétant ainsi la réalité du fait que Madagascar est encore, aujourd'hui, un pays fortement centralisé, au sein duquel les responsabilités et les pouvoirs ne sont pas encore délégués aux organismes régionaux.

¹⁶ Page 7, où une distinction est faite entre les installations d'assainissement voulues d'un côté pour les ménages, et d'un autre, les installations conçues pour les communautés.

¹⁷ WASH n'est pas une institution à proprement dit semblable à un ministère, mais plutôt une « plate-forme » de liaison entre les ministères et les autres institutions.

4 Madagascar : étude à l'échelle locale

En plus de la détermination de l'envergure des recherches effectuées par l'ODI du « secteur » de l'assainissement et de l'hygiène à l'échelle nationale, le FFBBM/HVM, partenaire de Tearfund à Madagascar, a mené une étude au niveau local et du district. Dans cette section figure la description du contexte et de l'envergure de cette étude « locale », ainsi qu'une synthèse des conclusions.

4.1 Contexte de l'étude locale

La province dans laquelle la partie « locale » de l'étude a été menée est Mahajanga, dans la région de Sofia, au Nord du pays, où le FFBBM travaille, dans le district de **Mandritsara** (un des sept districts de la région).

Le FFBBM est le fruit d'un travail initié à Antananarivo en 1932 par un Gallois, Brynlee Evans. Le HVM, *Hôpital Vaovao Mahafaly* (« Hôpital de la bonne nouvelle »), est une initiative médicale lancée par le FFBBM en partenariat avec une société missionnaire internationale, *African Evangelical Fellowship*, en 1995. Elle a démarré dans la ville de Mandritsara, encouragée et soutenue par la Direction régionale de la santé malgache. L'hôpital HVM dessert le district de Mandritsara et les districts voisins, en fournissant des services médicaux, chirurgicaux et ophtalmiques ainsi qu'un vaste programme communautaire de santé pour les villages. Ils dirigent également une école primaire à Mandritsara. Tout cela est effectué dans le contexte d'un service chrétien.

Carte 2
Localisation du district
de Mandritsara



LÉGENDE □ Région de Sofia ■ District de Mandritsara • Chef lieu de district — Route goudronnée

Le FFBBM dirige le HVM en tant qu'hôpital privé de prestation publique, en collaboration avec les autorités de santé publique. La présence du FFBBM comble les carences de capacité de la santé publique, en l'absence d'une capacité d'État suffisante. Comme le montre la Carte 2, la ville de Mandritsara se situe environ 200 km au sud-est de la ville principale de la région de Sofia, Antsohihy. Le district de Mandritsara couvre une zone de 10 400 km², divisé en 28 communes locales, 27 communes rurales et une commune urbaine, la ville de Mandritsara elle-même (République de Madagascar 2005).

D'après le recensement de 2004, Mandritsara est le district le plus peuplé de la région (et de la province) avec 232 588 habitants (cité dans République de Madagascar 2005), soit 24 pour cent de la population régionale. Sa densité de population moyenne est de 23 habitants par km² (République de Madagascar 2003). Le climat de la région est semi-humide, avec des saisons très distinctes : sèche de mai à octobre, et humide de novembre à avril. Mandritsara est située sur les zones de hautes terres, de 1 000 à 1 300 mètres au-dessus du niveau de la mer. C'est le district où les précipitations sont les plus faibles de la région, entre 1 100 et 1 200 mm par an, concentrées sur quatre mois, de décembre à mars.

Malgré le nombre de mois secs, le climat permet la culture du riz (l'activité agricole de loin la plus importante, qui occupe environ 80 pour cent des terres cultivées) et les récoltes arables comme le maïs et le manioc. Ces cultures occupent environ 14 pour cent des terres cultivées du district. Plus de 85 pour cent de la population active dépend de l'agriculture pour sa subsistance. En réalité, cette agriculture de subsistance suffit à peine dans de nombreux endroits, ce qui laisse les familles dans une extrême pauvreté (FFBBM). Le district possède peu d'infrastructures de communication ou autres (par ex. routes et alimentation en électricité), et l'économie locale rurale est de manière générale peu intégrée sur les marchés. Les équipements de santé sont peu nombreux ; on estime qu'il y a un médecin qualifié pour 10 800 habitants (d'après la République de Madagascar 2003). Pour avoir accès aux centres médicaux, les populations rurales doivent parcourir de distances impressionnantes à pied (le FFBBM mentionne une distance moyenne de 100 km). Le niveau d'éducation est bas chez les adultes et les enfants : dans cette région, le taux de fréquentation de l'école primaire est de 16 pour cent (RPGH 1993, *Recensement général de la population*, cité dans République de Madagascar 2003).

Dans la province de Mahajanga, l'accès de la population aux équipements d'eau et d'assainissement (combinés) est estimé à 36 pour cent, comparé à 87 pour cent dans la province d'Antananarivo, où se situe la capitale (WaterAid 2005). D'après la Banque africaine de développement, 3,5 millions de journées d'école seraient perdues chaque année consécutivement aux maladies transmises par l'eau et une mauvaise hygiène (ADB 2005, page 10).

Les statistiques officielles (République de Madagascar, 2003) estiment que l'accès à l'approvisionnement en eau potable est de 5,5 pour cent dans la région de Sofia (province de Mahajanga). Aucune estimation officielle équivalente n'a été donnée concernant le niveau d'accès à un assainissement adéquat, probablement un symptôme de l'absence d'attention prêtée à l'assainissement, laquelle est commentée dans la Stratégie WASH/Diorano (version de juillet 2003). D'après la Banque africaine de développement (BAD), la couverture en assainissement dans la province de Mahajanga est estimée à 6,19 pour cent (approvisionnement en eau potable : 13,54 pour cent). Aucune statistique officielle n'est disponible, mais dans les communes au sein desquelles le FFBBM travaille, il avait signalé un niveau très faible, presque inexistant, de l'assainissement et de l'hygiène avant de commencer son soutien dans les villages.

Les trois causes principales de morbidité dans la région sont la malaria, les infections respiratoires aiguës (IRA) et la diarrhée (d'après République de Madagascar 2003). Les autres maladies présentes sont la bilharziose, la lèpre et les maladies sexuellement transmissibles. Le taux de mortalité infantile et juvénile enregistré en 1997 était de 67 pour cent (République de Madagascar 2003).

Les médecins du FFBBM/HVM du Département de santé communautaire du HVM ont tenu un registre du nombre de consultations qu'ils ont effectuées dans les villages ruraux et en ont noté les effets bénéfiques. Les activités opérationnelles du FFBBM ont lieu dans cinq communes : Ambalarirajy, Antsoha, Ambaripairy, Ambohisoa et Kalandy. Lors du séminaire pour le projet à Antananarivo, la FFBBM/HVM a montré un exemple de la manière dont les activités de santé communautaires ont eu un impact positif : de 2002, lors des premières consultations des médecins, à 2005, le village de Maetsamena a constaté une réduction des cas de diarrhée et de malaria, respectivement de 235 à 25 et de 185 à 131.

4.2 Portée de l'étude locale

Pour ce qui est de l'étude locale, le FFBBM a distribué un questionnaire aux représentants d'un total de 138 ménages dans sept villages ruraux du district de Mandritsara. Le FFBBM et le Dr Ranaivoarisoa ont également encadré un groupe de discussion à thème dirigé dans la ville de Mandritsara, dans la commune urbaine de Mandritsara. (Une liste complète des communes du district de Mandritsara figure dans l'Annexe 2). Le FFBBM a effectué des entretiens complémentaires avec six personnes de la région de Sofia (voir également l'Annexe 2 pour plus d'informations sur la portée et l'approche de l'étude locale).

Le questionnaire dans les villages ruraux comprenait des questions classées sous les trois catégories suivantes :

- Eau
 - (i) connaissances des maladies transmises par l'eau, dont la diarrhée
 - (ii) conservation et utilisation de l'eau
- Latrines
 - (i) connaissances des maladies, dont la diarrhée, liées à la gestion des excréments humains
 - (ii) utilisation et maintenance des latrines
- Savon
 - (i) connaissances des maladies, dont la diarrhée, qui pourraient être réduites par le lavage des mains
 - (ii) utilisation du savon pour le lavage des mains.

Le questionnaire était basé sur celui utilisé lors des études précédentes menées par le *Hygiene Improvement Programme* (HIP), « Programme d'amélioration de l'hygiène », début 2006 dans les régions d'Analamanga et d'Amoron'ny Mania, et par l'agence nationale de statistiques INSTAT en 2004 dans les provinces d'Antananarivo et de Toliary.

Tableau 5
Noms et emplacement géographique des villages participant au questionnaire

Source : FFBBM/HVM
Département de santé communautaire (FFBBM/HVM 2004)

Nom du village	Emplacement par rapport à la ville de Mandritsara	Type de route
Ambaky*	80 km à l'ouest	Route non goudronnée, convient aux 4x4 seulement
Antsarika*	70 km à l'ouest	Route non goudronnée, convient aux 4x4 seulement
Antsomika*	65 km à l'ouest	Route non goudronnée, convient aux 4x4 seulement
Maetsamena	35 km à l'ouest	Route goudronnée – RN32
Ankisaka	35 km au sud-est	Route non goudronnée, convient aux 4x4 seulement
Ambodilengo	11 km au sud-est	Route non goudronnée, convient aux 4x4 seulement
Andilana	8 km à l'ouest	Route goudronnée – RN32

LÉGENDE

RN = *route nationale* (route goudronnée)

* Les astérisques indiquent les villages inaccessibles par véhicule motorisé pendant la saison des pluies

Le Tableau 5 présente les villages qui ont participé au questionnaire, ainsi que leur emplacement géographique et les types de routes les reliant à la ville de Mandritsara.

Pendant la saison des pluies, les routes d'accès aux trois villages non goudronnées comportant un astérisque dans le Tableau 5 sont impraticables pour les véhicules motorisés, y compris, au plus fort des pluies, pour les 4x4. Pendant plusieurs mois de l'année, le seul accès ou voie d'issue (pour la plupart) est donc à pied ou par carriole tirée par (deux) bœufs, pour les ménages qui en possèdent.

Dans l'Annexe 2 figurent les questions clé du questionnaire en malgache qui sont retranscrites en français ainsi que d'autres informations (sur sa portée, la sélection des ménages interrogés, etc.).

Dans quatre villages sur les sept, le FFBBM/HVM a contribué à la construction d'adductions d'eau améliorées reliées à de nouveaux points d'eau.

4.3 Conclusions de l'étude locale

Les conclusions des réponses aux questionnaires peuvent être résumées comme suit :

Conservation de l'eau

Le pourcentage des participants par village affirmant être conscients du fait que leurs enfants peuvent contracter la diarrhée lorsque les récipients de conservation de l'eau n'ont pas été régulièrement lavés, varie considérablement, entre 27 pour cent et 100 pour cent. Pour les habitants des villages, le type de récipient traditionnel et courant pour conserver l'eau est une jarre en terre cuite de 20 litres,¹⁸ dans laquelle l'eau peut ensuite être recouverte par un couvercle en paille. Ces jarres sont achetées en ville et il semble que **la distance et la facilité ou la difficulté d'accès à la ville de Mandritsara** soit un facteur clé quant à la pratique ou la non-pratique d'une bonne conservation. Les deux scores les plus élevés en termes de bonne gestion et de bonne conservation de l'eau s'appliquent aux villages les mieux reliés par la route (Andilana et Maetsamena), qui ont obtenu un score respectif de 100 pour cent et de 91 pour cent. Les trois pourcentages les plus bas (50, 44 et 27 pour cent) s'appliquent aux villages les plus éloignés de Mandritsara (et par route non goudronnée). Les réponses laissent entendre que cet obstacle géographique ou d'accès à l'acquisition et à l'utilisation de récipients pour

¹⁸ Certains participants ont également mentionné un fût moderne en plastique muni d'un couvercle.

une meilleure conservation de l'eau, est plus pertinent que le niveau de connaissance : les villages d'Andilana et d'Antsomika, qui obtiennent respectivement le plus fort et le plus faible taux d'usage avaient tous deux reçu une sensibilisation à l'hygiène. De manière générale, sauf pour le cas d'un village (Andilana), les niveaux de connaissance et de sensibilisation sont plus bas que les niveaux de bonne gestion de l'eau.

Latrines La possession de dalles pour les latrines (fournies avec l'aide du FFBBM) semble être un facteur positif quant à l'utilisation et le nettoyage des latrines : voir Tableau 6. Un seul village, Antsomika, ne possède pas de latrines hygiéniques ni de dalles. Malgré cinq années de travail du FFBBM, ce village maintient sa pratique traditionnelle de défécation dans la brousse (voir ci-dessous). Le poids relatif de réponses affirmatives des ménages de ce village à la question 7.1 de la partie II de l'Annexe 2¹⁹ (en comparaison avec d'autres villages) suggère la forte influence des croyances et des tabous persistants dans cette communauté. Dans l'ensemble des sept villages, le taux d'utilisation et de maintenance des latrines est à la traîne derrière les taux déclarés de connaissances, comme pour la conservation de l'eau.

Tableau 6
Possession de dalles pour latrines : utilisation et maintenance des latrines

Village	PD	CA	UL	VL
Andilana	32%	83%	12,5%	75%
Maetsamena	22%	94%	47%	59%
Ankisaka	20%	85%	53%	70%
Antsarika	11%	92%	23%	77%
Ambodilengo	10%	73%	27%	65%
Ambaky	10%	100%	58%	50%
Antsomika	0	92%	0	0

LÉGENDE PD – pourcentage de possession de dalles
CA – pourcentage de connaissance du risque de diarrhée lié à l'absence d'utilisation de latrines hygiéniques
UL – pourcentage d'utilisation de latrines hygiéniques
VL – pourcentage de volonté d'entretenir les latrines et de nettoyer les latrines après usage

Lavage des mains avec du savon

Les chercheurs du FFBBM ont observé que la pratique du lavage des mains seulement avec de l'eau est commune aux sept villages. Cela est reflété par les taux déclarés relativement bas de lavage des mains avec du savon, allant de 12 pour cent à 56 pour cent des ménages. Les deux villages possédant le taux le plus fort à cet égard étaient Andilana et Maetsamena, situés sur la route nationale. Une déduction possible est que cette accessibilité plus grande rend l'achat et l'usage du savon plus faciles. Sinon, ou de plus, les moyens financiers sont un facteur déterminant : dans les villages où le taux d'utilisation du savon pour le lavage des mains est de moins de 30 pour cent, la réponse la plus courante à la question 5.4 de la partie III de l'Annexe 3, « Dans votre ménage, achetez-vous régulièrement du savon ? » était : « Non, pas assez d'argent ».

19 « Existe-t-il des tabous ou des croyances qui empêchent l'utilisation de latrines/fosses ? »

Tableau 7
Synthèse des
pratiques liées à
l'hygiène

Villages	C	UL	VL	US	% moyen
Andilana	100%	58%	50%	56,25%	66%
Maetsamena	91%	23%	77%	55%	61,5%
Ankisaka	79%	27%	65%	26%	49%
Antsarika	44%	53%	70%	25%	48%
Ambodilengo	60%	47%	59%	15%	45,25%
Ambaky	50%	12,5%	75%	12%	37%
Antsomika	27%	0	0	27%	13,5%
Moyenne	64,4%	31,5%	56,6%	30,9%	

LÉGENDE
C – pourcentage de pratique de conservation protégée
UL – pourcentage d'utilisation de latrines hygiéniques
VL – pourcentage de volonté d'entretenir les latrines et de nettoyer les latrines après usage
US – pourcentage d'utilisation de savon pour le lavage des mains

Synthèse des pratiques d'hygiène

Le Tableau 7 classe les sept villages selon une hiérarchie d'attention aux pratiques d'hygiène, basées sur les quatre aspects clef ci-dessus : pratiques de conservation de l'eau, utilisation et maintenance des latrines, et utilisation du savon pour le lavage des mains.

Cinq villages sur sept totalisent moins de 50 pour cent au Tableau 7, ce qui signifie que, au moment de cette étude, le taux de pratiques non-hygiéniques était plus élevé que celui des pratiques hygiéniques.²⁰ Les taux en rapport avec l'utilisation du savon pour le lavage des mains sont particulièrement bas (30,9 pour cent). De même, les membres de ces communautés rurales manifestent actuellement peu d'intérêt pour l'usage des latrines (31,5 pour cent).

Dans le Tableau 7, les trois villages les plus éloignés de la ville de Mandritsara et de la route nationale (Antsarika, Ambaky et Antsomika) se positionnent le plus bas en termes de pratique générale d'hygiène, respectivement quatrième, sixième et septième (d'après les pourcentages moyens). Une explication s'impose pour le village d'Ambodilengo, qui arrive en cinquième moins bonne position, alors qu'il se trouve bien plus près de Mandritsara (mais par route non goudronnée). C'est probablement parce que 15 pour cent des personnes interrogées à cet endroit (pourcentage comparativement plus élevé que d'autres villages) entretiennent la croyance que la volonté divine est souvent responsable des cas de diarrhée, chez les adultes aussi bien que chez les enfants (en réponse à la question 7.1 de la partie Ia de l'Annexe 3). Le DSRP parle d'une « *corrélation assez étroite* » entre l'indice de pauvreté et les infrastructures routières des six provinces de Madagascar. Parmi la trentaine d'indicateurs de suivi du progrès du DSRP, figurent le nombre de « kilomètres de route améliorée/rénovée » et le degré d'« enclavement ».

Maintenance et nettoyage des latrines

Il est intéressant de noter d'après le Tableau 7 que les taux déclarés de maintenance et de nettoyage des latrines sont, cinq fois sur sept, plus élevés que les taux d'utilisation des latrines. Cela soulève la question de l'interprétation de cet élément. Il est probablement invraisemblable que les statistiques reflètent une diligence exceptionnelle de la maintenance. Il est plus plausible que cela soit un signe

²⁰ Le FFBBM note qu'il s'agit tout de même d'un changement par rapport aux taux observés au tout début de ses dialogues avec les villages en question : à ce moment-là, il y a environ cinq ans, les pratiques hygiéniques étaient d'environ zéro.

d'ambivalence ou de confusion au sujet du nettoyage des latrines et de la personne qui en est responsable (voir plus bas).

4.4 Groupe urbain à thème dirigé

La composition du groupe urbain à thème dirigé était mixte, comprenant des participants d'une zone péri-urbaine de la ville de Mandritsara et d'une zone du centre ville. Le FFBBM décrit la population urbaine comme étant « semi-traditionnelle ». Le groupe urbain à thème dirigé était également mixte dans le sens où parmi ses membres figuraient des membres d'ONG, des responsables religieux, des étudiants, un enseignant, un parent, une femme chef de famille, plus un chef de quartier et deux assistants du maire. Les points suivants ont émergé des discussions au sein du groupe à thème dirigé.

- Généralement, le concept d'hygiène est perçu comme étant vague, tout comme la compréhension de ce que cela implique dans la pratique ; les gens considéraient que les pratiques des habitants des zones péri-urbaines étaient en général assez similaires à celles des zones rurales
- Il existe peu de sources d'eau améliorées dans les trois quartiers du centre ville ; dans les dix autres quartiers, les seules sources disponibles sont les puits traditionnels ou la rivière, dont la qualité est souvent mauvaise, voire très mauvaise
- Le manque d'organisation communautaire autour des sources d'eau a été souligné : il y a peu de collaboration entre les différents utilisateurs d'une même source
- Le coût des récipients de conservation de l'eau munis de couvercles de protection est apparemment un facteur clé : pour la plupart des habitants, le seau en plastique ouvert (10–15 litres) est le seul récipient financièrement abordable pour la collecte et la conservation de l'eau ; apparemment peu de personnes placent un couvercle sur le récipient à moins qu'il n'en soit muni à l'achat
- La plupart des habitants des quartiers préfèrent déféquer dans les buissons à côté de leur logement plutôt que d'endurer l'odeur et les mouches bleues à l'intérieur et autour des latrines non-hygiéniques
- Le nombre de latrines est actuellement inadéquat, elles sont trop utilisées et mal entretenues ; les membres du groupe ont dit qu'ils utiliseraient des latrines si elles étaient construites (et vraisemblablement nettoyées), mais la contrainte du manque de place disponible est indiquée comme étant une des raisons pour laquelle des latrines communales n'ont pas été construites ; en attendant, le manque de ressources est souligné comme étant un empêchement à la construction de latrines individuelles
- La plupart des gens ne sont pas conscients des bénéfices du lavage des mains avec du savon pour la santé et peu le font ; lorsqu'ils achètent du savon, c'est pour se laver le corps et les vêtements (plutôt que de se laver les mains avec du savon au moment critique).

5 Obstacles à l'assainissement et à l'hygiène

Cette section présente dans quelle mesure Madagascar rencontre des obstacles à la politique de développement de l'assainissement et de l'hygiène mentionnée dans la section 2.²¹

Cette section adopte la même structure que celle de la Section 2, basée sur les étapes du cycle caractéristique de développement d'une politique, dans le but d'évaluer quels sont les obstacles présents à Madagascar.

5.1 Définition du problème

Le processus de préparation du projet de Politique et de stratégie nationale pour l'assainissement fournit des définitions importantes, ce qui signifie qu'une fois finalisée, le premier obstacle consistant à définir les termes clés aura été franchi. Lors du séminaire pour le projet, une mention a été faite du besoin de développer des définitions techniques plus détaillées (par ex. celles de concepts comme « amélioré »), mais il a été suggéré que cela ne retarderait pas les étapes 2 et 3 du processus de développement de la politique.

5.2 Définition de l'agenda et formulation de la politique

Un certain nombre d'obstacles à la définition de l'agenda et à la formulation de la politique d'assainissement et d'hygiène pour Madagascar sont révélés par cette étude, comme cela est exposé ci-dessous.

5.2.1 Données insuffisantes

Comme la Section 3 le suggère, il y a un manque de données à jour concernant les besoins en assainissement et en hygiène.

D'après la base de données disponibles, la carence au niveau de la couverture d'assainissement est visiblement énorme. Les études empiriques disponibles révèlent d'importants besoins d'amélioration des conditions sanitaires et d'hygiène pour une grande proportion de la population. Comme mentionné dans la Section 3, à Madagascar les statistiques (ou les meilleures estimations) des taux d'accès à l'assainissement sont basses, même en comparaison avec le taux de couverture normal en Afrique sub-saharienne. Dans le district de Mandritsara, les actions décisives contribuant à améliorer l'assainissement et l'hygiène datent de quelques années seulement, et selon les rapports, l'insuffisance d'assainissement dans la région de Sofia est substantielle.

²¹ La quantité de commentaires pour chacun des « obstacles » potentiels varie selon la quantité des informations et de la contribution apportées par les personnes interrogées, le groupe de discussion à thème dirigé et le questionnaire de cette étude. Comme cela a été entrevu dans la Section 1, certaines lacunes dans la collecte d'informations sont dues aux méthodologies relativement rapides employées pour l'étude.

5.2.2 Tensions entre les conceptions

Les entretiens menés au cours de cette étude à Madagascar ont révélé un manque de compréhension entre les personnes travaillant dans le secteur public et celles du secteur privé, dont un certain scepticisme au sujet du rôle des opérateurs privés à but lucratif (voir ci-dessous).

Dans le Plan d'action annexé au DSRP, figure une mention concernant l'assainissement dans le cadre des infrastructures urbaines, mais aucune référence à l'eau et à l'assainissement dans les actions listées sous Santé. Il s'agit peut-être d'un symptôme de la « conception utilitaire » mentionnée dans la Section 2, et les entretiens effectués pour ce rapport suggèrent la dominance d'une conception plus technique du secteur. Les personnes interrogées ont émis l'opinion selon laquelle les programmes d'assainissement ont encore tendance à privilégier les projets d'infrastructures plus importants, concentrant par exemple leurs efforts sur les systèmes d'écoulement des eaux urbaines, afin de répondre aux problèmes visibles des eaux pluviales dans les villes, en ignorant l'assainissement domestique. A l'Université d'Antananarivo,²² sur 50 matières enseignées aux étudiants dans le cadre d'un diplôme de formation en « génie hydraulique », aucune d'entre elles ne participe à élargir les perspectives des étudiants sur les aspects comme l'éducation ou la sensibilisation et l'engagement communautaire. Cela représente un réel contraste avec les aspects techniques des infrastructures d'assainissement très largement enseignés, parallèlement aux nombreux aspects de la gestion de l'eau et les domaines parents, tels que l'évaluation de l'impact sur l'environnement.

5.2.3 Manque de coordination

Le Coordinateur national de WASH s'est plaint du fait que par le passé, les « *responsabilités étaient très mal réparties* », ce qui avait constitué « *une pierre d'achoppement clé, qui entravait les solutions stratégiques et la résolution des problèmes* » (République de Madagascar, non daté, page 13).

La Politique et stratégie nationale pour l'assainissement, lorsqu'elle sera approuvée, si elle l'est, clarifiera les rôles institutionnels.

Sur la base du texte de projet,²³ après un processus substantiel de gestation (presque deux ans) :

- La Direction de l'eau et de l'assainissement (DEA) sera chargée de l'assainissement de base, qui comprend l'assainissement des installations domestiques et l'assainissement des infrastructures dans toutes les communes rurales et les petites villes, mais aussi les programmes de « latrinitation », de sensibilisation en rapport avec l'hygiène, et « la gestion des conditions de propreté autour des points d'eau ».
- Le Ministère de la décentralisation et de l'aménagement du territoire est chargé des ouvrages d'assainissement dans les villes de moyenne et de grande taille, appelés « assainissement collectif » ; il reste de l'incertitude quant à ce qu'implique le terme « collectif », puisque apparemment ce ministère conçoit son rôle comme s'appliquant à un vaste ensemble d'ouvrages publics, et non pas à l'assainissement au niveau communautaire.
- Le Ministère de la santé et du planning familial est chargé de la surveillance de la politique de santé et d'hygiène, ce qui, d'après le document pilote, inclut les mesures de prévention vis-à-vis des problèmes de santé ainsi que les réponses aux crises ; cela comprend également la sensibilisation.

Les Ministères de l'environnement et de l'industrie sont respectivement chargés du contrôle de la pollution et de l'élimination des déchets industriels, qui sont l'objet de politiques nationales distinctes (comme le souligne ce projet de politique, page 2).

²² D'après les titres des matières listées dans un document fourni par l'Université.

²³ Au moment de l'entrevue avec la DEA, en juillet 2006.

En comparaison au flou précédent à savoir quels ministères étaient chargés de quelles fonctions, le document de projet de politique représente une certaine avancée : bien que l'allocation des rôles ci-dessus modifie peu les fonctions existantes,²⁴ lorsqu'elle sera approuvée, si elle l'est, elle confirmera la répartition des responsabilités (encore sujette à la détermination de certains détails).

Conformément au concept WASH, le projet de politique comprend un élément de promotion de l'hygiène. Les objectifs annuels de la DEA pour la construction de latrines doivent être soutenus par la sensibilisation.

Dans le texte du projet de politique, il est écrit (page 4) que l'assainissement doit être traité comme un secteur à part entière dans les études de planification et de programmes urbains, plutôt que comme un sous-secteur de l'eau. Certaines personnes interrogées questionnent encore le fait que l'assainissement soit confié à la DEA, principalement parce qu'il paraît plutôt étrange que la DEA dépende du Ministère de l'énergie et des mines. Les personnes interrogées ont fait allusion à une certaine réticence de la part des officiels de la santé de voir l'assainissement dépendre du Ministère de la santé. Cette étude propose une explication possible à la raison pour laquelle la promotion de l'hygiène n'a pas, du moins à ce jour, trouvé une place institutionnelle au sein du secteur de la santé. Plusieurs des personnes consultées ont mentionné que les politiques et les programmes à Madagascar sont centrés sur l'aspect curatif, plutôt que sur la prévention. Le mode d'intervention prédominant semble être de traiter les symptômes des maladies, en réponse aux demandes en médicaments, plutôt que de traiter les causes sous-jacentes des maladies, souvent liées aux mauvaises normes d'hygiène. Comme quelqu'un l'a exprimé, l'assainissement est dans une certaine mesure « *un orphelin aux parents adoptifs réticents* ».

Que l'assainissement ait trouvé ou non la meilleure place institutionnelle au sein de la DEA, il semble que la DEA fasse preuve de leadership. Elle a, dans le cadre de ses objectifs institutionnels (fixés tous les ans) inclus un objectif d'assainissement, en termes de nombre de latrines (comme l'indicateur du DSRP). Et d'après ses rapports, l'objectif est en train d'être atteint : cette année (2006), apparemment, l'objectif de la construction de 4 000 latrines a été atteint fin juin.²⁵

Un élément clé est le rôle du gouvernement **local**. Face aux responsabilités institutionnelles réparties entre les différents ministères sectoriels à l'échelle du gouvernement central, les personnes interrogées ont parlé du rôle potentiel des communes dans la coordination et la combinaison des différents types d'intervention. Le Plan d'action joint à la Politique et la stratégie nationale (page 26) se réfère à des projets pilotes de « *viabilisation des quartiers* » qui « intègrent » tout un ensemble de services de base. **La question essentielle pourrait ne pas être de quelle manière l'assainissement doit être différencié et séparé de l'eau sur le plan institutionnel, mais plutôt de quelle manière à la fois l'assainissement et l'hygiène, et l'approvisionnement en eau, s'intègrent dans les stratégies de développement urbaines ou rurales.**

Le comité WASH est officiellement présidé par le Ministre de l'énergie et des mines en tant que principal ministre responsable, et coordonné par un fonctionnaire « senior ». Les Ministères de la santé et de l'éducation sont également représentés, bien qu'apparemment la clôture d'un département pertinent de l'Éducation ait mis en doute la portée de sa participation. Une lacune réelle dans ce comité est l'absence du Ministère de la décentralisation et de l'aménagement du territoire qui, semble-t-il, ne considère pas que WASH ait quelque chose à voir avec ses responsabilités, qui, comme expliqué plus haut, sont les ouvrages publics de plus grande envergure.

WaterAid a un rôle de secrétaire de direction au sein du comité, dont les membres comprennent CARE, le Catholic Relief Service (CRS), un réseau d'ONG nommé Réseau eau et des ONG

24 Page 8 : « ... la confirmation de chaque Ministère dans ses attributions historiques ».

25 Reste à voir comment la maintenance des installations de latrines sera assurée.

malgaches individuelles. L'Assemblée nationale de WASH est ouverte à tous ceux qui souhaitent s'y joindre et participer ; elle compte actuellement environ 100 membres.

Le clair consensus parmi les personnes interrogées, qui comprend des représentants du gouvernement, est que WASH est un **concept** important pour présenter les trois éléments (l'eau, l'assainissement et l'hygiène), sans accorder de priorité particulière à aucun d'entre eux. D'après les personnes interrogées au cours de cette étude, le **processus** WASH est par-dessus tout un facteur positif pour le développement de la politique de ce secteur à Madagascar.

Le projet de Politique et de stratégie nationale d'assainissement confirme explicitement, d'un point de vue officiel du gouvernement (page 5), le statut de WASH comme étant une plate-forme privilégiée de concertation sectorielle. (En malgache, l'appellation est Diorano/WASH, *diorano* étant un terme inventé qui signifie « propreté de l'eau ».) Parmi les personnes consultées, la plupart reconnaissent l'importance de la coordination d'un secteur qui soit (selon l'expression de quelqu'un) « *transversal* », sans pour autant, d'après cette personne, être un secteur porteur. Une autre personne a fait remarquer que WASH était avant tout une question de réflexion et d'échanges mutuels d'expériences, processus qui s'effectue au sein des comités, par ex. au sujet du suivi et de l'évaluation, du partenariat, des changements comportementaux, etc.

Le Comité national WASH est perçu comme étant une plate-forme nationale clé de ce secteur. Le doute subsiste toutefois, concernant le fait que le WASH puisse, et doive tenter, de remplacer le dialogue **inter-ministériel**. Plusieurs des personnes interrogées pensaient qu'il devait également y avoir une coordination inter-ministérielle, afin de coordonner au sein du gouvernement ce qui est en train d'être accompli par la plate-forme WASH en dehors des attributions du gouvernement. Le projet de Politique nationale fait allusion (page 10) à la création d'un comité inter-ministériel, qui permette de garantir une coopération entre les différents mandats institutionnels respectifs. Certains acteurs du secteur se sont montrés sceptiques en raison du mauvais passif de la coordination inter-ministérielle. Un comité inter-gouvernemental a cependant été cité en exemple positif : il s'agit du conseil national chargé de la gestion des secours d'urgence et des risques de désastres.

5.2.4 Insuffisance de priorités politiques et budgétaires, insuffisance de demande

Le DSRP a donné un premier signe positif de l'investissement dans les domaines de l'assainissement et de l'hygiène. Le domaine « Eau et assainissement » est inclus dans le DSRP comme étant un des cinq « programmes » sociaux, aux côtés de l'éducation, la santé, le bien-être social et la réduction de l'exclusion sociale. Un peu plus loin dans le DSRP (pages 121 et 122) figure une brève note sur l'accent porté sur les programmes d'eau et d'assainissement, où l'assainissement est traité comme un élément distinct de l'approvisionnement en eau. Tout comme l'accès à l'eau potable, la (longue) liste de mesures « prioritaires » du DSRP comprend « *l'amélioration du taux d'accès aux dispositifs de traitement des excréments* », ainsi que « *la mise en œuvre d'un nouveau cadre légal et institutionnel pour l'eau et l'assainissement* ».

Dans le Plan d'action pour Madagascar, annexé au DSRP, parmi les 31 indicateurs du suivi de la progression de la mise en œuvre du DSRP, l'indicateur d'assainissement est le « nombre de latrines » (page 147).²⁶ « *Un changement positif de comportement concernant l'hygiène* » est également relevé (page 122) comme étant un élément du programme d'assainissement, tout comme « *une collaboration étroite [du gouvernement] avec les communes, les ONG et le secteur privé* ». Bien qu'il existe une désagrégation liée aux genres au niveau de l'analyse de la pauvreté, il n'y en a pas concernant l'eau ou l'assainissement.

²⁶ Les indicateurs de l'eau sont les pourcentages d'accès, page 148.

Le lien entre le manque d'accès à l'eau potable et les faibles indicateurs de santé, particulièrement la mortalité infantile, est également mentionné dans le DSRP (page 32) ; les objectifs du programme de santé du DSRP comprennent la réduction des taux de mortalité infantile et infantile à juvénile.²⁷ Les maladies qui touchent le plus la population, surtout les enfants, sont les infections respiratoires aiguës, la malaria et les maladies diarrhéiques (page 33).

En d'autres termes, à Madagascar, le DSRP en tant que « manifeste » de la politique de lutte contre la pauvreté, a fait montre d'une certaine volonté politique d'amélioration de l'assainissement. Cette priorité nécessite cependant d'être constatée dans le contexte d'un ensemble de 15 programmes prioritaires listés dans le DSRP. La priorité accordée au DSRP lui-même n'était pas certaine pour les personnes interrogées.

Un signe évident plus récent est celui des discours prononcés par le Premier ministre, qui a cité l'amélioration de l'hygiène comme étant une priorité nationale. Ces déclarations ont nettement donné l'impression aux personnes interrogées qu'un fort intérêt politique était porté à ce secteur.

Les progrès effectués dans la formulation de la Politique et de la stratégie nationale d'assainissement sont un autre signe positif. Comme cela a été exposé plus haut, lorsque la politique sera approuvée, si elle l'est, elle permettra de clarifier les mandats ministériels et les responsabilités institutionnelles. Bien que la politique ne modifie pas la répartition existante des responsabilités, il s'agit d'un pas en avant en comparaison aux fortes incertitudes antérieures.

En termes **budgétaires**, concernant l'allocation des fonds publics, l'assainissement a encore un long chemin à se frayer dans l'agenda politique. Comme la DEA le mentionne, l'assainissement sollicite actuellement une part très restreinte de l'allocation du budget (des fonds publics) : la part du budget pour le soutien de l'eau était de 0,3 pour cent de l'allocation totale pour l'approvisionnement en eau et en assainissement, laquelle représente 3 pour cent du budget national. Bien que ce dernier chiffre soit équivalent à celui d'autres pays de l'Afrique sub-saharienne (ODI 2004a), la statistique de 0,3 pour cent est très basse.

Les entretiens à l'échelle nationale à Antananarivo indiquent que la **demande** d'accès à l'eau potable, selon ce qui a été exprimé par les ménages et les communautés, est plus forte que pour l'assainissement, et que les latrines sont une priorité moindre, particulièrement dans les contextes ruraux. A ce sujet, les preuves sur le terrain à Madagascar sont exposées dans une étude menée par l'Université Cornell, avec la collaboration de l'institut national des statistiques INSTAT (Cornell 2001) dans les communes sélectionnées (citées par le DSRP). D'après cette étude, les groupes à thème dirigé classaient l'eau comme sixième priorité de développement (après, en ordre décroissant, l'agriculture, les transports, la sécurité, la santé et l'éducation) ; aucune mention à l'assainissement n'a été faite.

L'approvisionnement en eau et l'assainissement figurent dans le plan régional et le plan communal de 2006 (PRD et PCD). Dix-neuf communes rurales (sur 27, c'est-à-dire 70 pour cent), parmi lesquelles trois des cinq communes participants à cette étude (Kalandy, Ambaripaika et Ambohisoa), avaient soumis leur PCD au bureau de la région de Sofia avant juillet 2006. Ces PCD énuméraient l'ensemble des besoins des communes en matière d'assainissement à 848 latrines (et 533 points d'eau). Le PRD a ensuite transmis ces requêtes au Ministère de l'énergie et des mines. Avec le soutien de sources financières extérieures (par ex. la Banque africaine de développement) pour les communes de la région de Sofia (108 en tout), l'installation de 800 latrines et 480 blocs sanitaires (latrines, douches et lavabos) est prévue, ainsi que 300 points d'eau.

27 De 96 à 72 pour 1 000 naissances d'enfants vivants, et respectivement de 156 à 111.

Dans le district de Mandritsara, les plans communaux et régionaux de développement (PCD et PRD) commencent à faire des demandes en matière d'assainissement et d'hygiène.

5.2.5 Agendas des bailleurs

Etant donné que les fonds publics sont insuffisants et que l'assainissement et l'hygiène dépendent d'une part très réduite du budget national, les fonds externes sont importants pour « huiler les rouages » de l'initiative WASH et de la nouvelle politique d'assainissement, selon l'expression de quelqu'un. Les personnes interrogées ont nettement ressenti que les fonds externes étaient insuffisants dans ce secteur.

Toutefois, plusieurs bailleurs soutiennent financièrement le secteur de l'assainissement et de l'hygiène, et certaines ONG internationales apportent également des fonds externes (par ex. WaterAid).

Les programmes de financement (multilatéraux et bilatéraux)²⁸ qui soutiennent ce secteur sont listés dans le Tableau 8 au verso.

Le sentiment général est que ces bailleurs soutiennent le concept WASH.

Les personnes interrogées ont fourni des explications éventuelles au fait qu'une quantité **plus** importante de fonds externes **ne soit pas** débloquée pour l'assainissement :

- comme nous l'avons mentionné plus haut, l'assainissement n'est devenu l'objet d'une politique nationale que récemment ; il sera probablement attendu que la Politique et stratégie nationale d'assainissement améliore la perception que les bailleurs ont du secteur, en vue d'obtenir des fonds externes (c'est probablement l'impact qu'elle a déjà eu sous forme de projet)
- l'assainissement pose en quelque sorte un problème d'image (cependant pas au point de décourager tous les bailleurs)
- une autre raison possible, mentionnée par les personnes interrogées, est la difficulté liée à la mesure : il peut par exemple être difficile d'estimer le nombre de latrines durablement utilisées, qui est la véritable logistique de surveillance de la latrinisation. « *Les projets d'assainissement restent ponctuels et éparpillés sur tout le territoire : cela a pour effet immédiat de disperser les efforts et d'entraîner des dépenses irrationnelles sans pour autant avoir de réel impact* » (République de Madagascar *Sanitation: The Challenge*, non daté, page 1).

De manière réaliste, **certains** bailleurs souhaiteront financer d'autres secteurs, par exemple ceux qui produisent directement des bénéfices en termes de développement social et économique, par rapport aux bénéfices indirects attendus d'un assainissement et d'une hygiène améliorés. Par exemple, la stratégie d'assistance nationale de la Banque mondiale avait opté pour le financement du secteur des transports.

Alors que des bailleurs participent à l'initiative WASH, actuellement aucun comité de coordination de bailleurs n'existe pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement, qui pourrait harmoniser et à la fois canaliser le soutien des bailleurs.

²⁸ Une étude récente du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène au Sierra Leone (Tearfund 2005, page 9) notait que « ... ce sont des bailleurs multilatéraux plutôt que bilatéraux qui soutiennent activement l'assainissement et l'hygiène » dans ce pays.

Tableau 8
Programmes de
financement des
bailleurs pour
l'assainissement et
l'hygiène

LA BANQUE AFRICAINE DE DÉVELOPPEMENT (BAD) s'est engagée sur plusieurs phases de financement de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. Elle a déjà financé le projet PAEPAR d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans le sud rural de Madagascar, de 2003 à 2007. Il s'agissait d'un financement relativement réduit de 11,5 millions \$US pour la construction de nouveaux points d'eau, 5 000 latrines et des activités d'éducation en hygiène. La prochaine phase de financement a été approuvée en mai 2006 pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans huit régions (trois provinces), dont la région de Sofia, où se trouve Mandritsara. D'après la BAD, son prêt d'environ 74 millions \$US bénéficie d'un taux très bas, presque équivalent à une subvention. Il durera trois ans (BAD 2005). Il a pour but de soutenir la construction et la réhabilitation des infrastructures d'eau et d'assainissement dans les zones rurales, c'est-à-dire 3 700 blocs sanitaires (latrines et douches) et 6 460 latrines, ainsi que des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC). La principale agence du gouvernement malgache est la DEA. Le financement comprend un module de « soutien institutionnel » et de formation pour les organisations gouvernementales et non-gouvernementales. Les « principaux bénéficiaires » sont censés être : « *les ménages, les écoles, les centres de soins de base et les marchés publics où des infrastructures d'eau et d'assainissement seront construites* » (page 22). Ce financement (BAD 2005) sera plus centré sur les activités IEC, avec l'engagement d'ONG expérimentées dans l'étude des aspects comportementaux, afin de mener des études de CAP (comportements, attitudes, pratiques), ainsi qu'une collaboration avec l'UNICEF pour l'utilisation d'une radio locale pour diffuser des messages de promotion de l'hygiène. En d'autres termes, selon la BAD, ce financement correspond à une approche WASH.

LE PNUD ET L'UNICEF ont financé un projet de construction de 150 puits forés productifs dans le sud rural. Une des emphases clé des efforts de l'UNICEF porte sur une éducation plus efficace des enfants en matière de pratiques hygiène.

L'INTERCOOPÉRATION SUISSE soutient également ce secteur depuis 2003, avec un programme qui couvre six régions. Leur approche combine les trois éléments de WASH.

Quant à la **BANQUE MONDIALE**, le *Pilot Project for Rural Drinking Water Supply* (« Projet pilote d'approvisionnement rural en eau potable ») était un projet financé par la Banque mondiale. Il a démarré en 1998 et s'est terminé en 2005. Il n'y a actuellement pas de soutien de la Banque mondiale pour la mise en œuvre d'un projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement.²⁹ Ils ont plutôt envoyé des experts consultants travailler avec le Ministère de l'énergie et des mines sur un exercice de soutien de budget, dans un effort de mieux cibler l'allocation des budgets pour l'assainissement et l'hygiène (et éviter ce qui s'est apparemment déjà produit dans le passé : l'absorption de tous les fonds disponibles par les salaires et les frais administratifs).

Il y a des doutes concernant la durabilité des infrastructures d'assainissement une fois construites. Les personnes interrogées à Antananarivo ne savaient pas vraiment de quelle manière les programmes des bailleurs proposaient d'effectuer la surveillance de l'utilisation **durable** des latrines après leur construction.

De plus, il serait intéressant de savoir dans quelle mesure l'étude de la Banque mondiale examinera les aspects du financement de l'assainissement et de l'hygiène au niveau du gouvernement local.

²⁹ Il n'existe pas de bureau d'approvisionnement en eau et en assainissement à Madagascar. Notons que la BM et le WSP sont des entités différentes dans le sens où le WSP ne participe pas directement à la mise en œuvre des projets de la BM.

5.3 Mise en œuvre de la politique

Les obstacles à la mise en œuvre de la politique présents à Madagascar et révélés par cette étude sont exposés ci-dessous.

5.3.1 Capacités humaines et techniques insuffisantes

Madagascar manque de capacités en termes de ressources humaines. L'étendue des compétences, y compris les compétences relationnelles moins « techniques », indispensables dans le secteur de l'assainissement et de l'hygiène ne sont pas suffisamment représentées, l'ingénierie l'emportant sur les autres disciplines.

Un des acteurs a souligné le besoin d'un centre technique qui proposerait des formations et qui serait un lieu de ressources d'informations sur l'assainissement et l'hygiène. Un autre a fait remarquer que les agences décentralisées ne savent pas quoi faire pour mettre en œuvre WASH. Les rôles institutionnels doivent être traduits en directives. Le gouvernement a apparemment conçu un manuel facile d'utilisation mais ne l'a pas distribué. Les parties prenantes non-gouvernementales ont mentionné l'absence de fonctionnaires du gouvernement auxquels il serait possible de communiquer les besoins et des plaintes.

Le manque de manuels d'enseignement disponibles sur l'assainissement et l'hygiène pour les enseignants signifie que l'assainissement et l'hygiène sont encore trop peu ou mal enseignés dans les écoles (primaires).

Il persiste également d'importants doutes concernant les capacités au niveau des communes, que le processus de planification nationale et la politique d'assainissement nationale décrivent comme détenant une responsabilité clé. Plusieurs personnes interrogées ont mentionné les lacunes actuelles des capacités (techniques, administratives et financières) au niveau communal, ce qui signifie qu'elles ne sont pas équipées pour assumer leur rôle de maîtres d'ouvrage des services. Comme il a été mentionné plus haut, bon nombre de personnes interrogées ont spécifiquement indiqué ce qu'ils percevaient comme potentiel de rassemblement des différents aspects de l'assainissement sur le plan communal, qui ont actuellement tendance à être compartementalisés et fragmentés sur le plan national et régional. Le projet de Politique nationale reconnaît toutefois explicitement (page 3) « *qu'actuellement les communes ne possèdent pas, pour la plupart, les capacités techniques ou les moyens, matériels et financiers, d'assumer leur rôle prépondérant* » ; l'appropriation de cette responsabilité pour la plupart des communes demandera donc « *un renforcement de leurs capacités techniques, financières et humaines* » (page 11).

L'idée est que le processus WASH aide à renforcer les capacités sur le plan communal, par la création de comités de soutien. Une certaine expertise technique sera disponible grâce aux membres de WASH.³⁰

5.3.2 Faible capacité d'absorption des fonds

La réticence des bailleurs à financer des programmes d'assainissement et d'hygiène à Madagascar pourrait refléter les capacités insuffisantes du pays à absorber les fonds.

Le système de planification du développement est lent, car il s'effectue à partir du niveau communal, en passant par le district et la région, jusqu'au gouvernement central. La décentralisation des fonctions auprès des régions et des communes (équivalentes à des municipalités) commence

³⁰ Pendant la phase transitoire, lorsque la décentralisation est en train de s'effectuer, ce sont aux régions que reviennent les responsabilités.

tout juste, et malgré les objectifs de décentralisation et de délégation soulignés dans le DSRP, des lacunes majeures sont rapportées au niveau des capacités du gouvernement local. Toutes les communes sont censées posséder leur propre plan de développement, mais il semble que nombre d'entre elles manquent actuellement à la fois du financement et du personnel pour éditer ces plans (WaterAid 2005). D'après les personnes interrogées, dans la pratique, le système de planification du développement s'effectue lentement, avec de longues périodes d'attente avant que les propositions de développement soient traduites en programmes. Il semble également y avoir une tendance à chaque niveau de la bureaucratie de blâmer le niveau directement supérieur ou inférieur au sujet des retards.

La BAD note dans son document d'évaluation du PAEPAR (BAD 2005) que les communes sont les « *agences de supervision des ouvrages* » mais qu'elles « *manquent des capacités humaines et financières pour assumer ces responsabilités* » (page 4). Le document de synthèse du projet PAEPAR pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement rural (PAEPAR 2004, introduction) fait remarquer « *qu'en parallèle au déblocage des fonds, une amélioration des capacités de gestion du secteur public dans le domaine des infrastructures du projet est nécessaire* ».

Le rapport de progression annuel (septembre 2004) du DSRP (IDA/FMI 2004) faisait également allusion aux problèmes plus vastes de gestion budgétaire et notait certains progrès dans la mise en œuvre de la réforme de la gestion des dépenses publiques, en ajoutant « *qu'il est crucial de maintenir cet élan* ».

WaterAid a également souligné le besoin de garantir la durabilité des investissements au niveau de l'assainissement, en termes d'utilisation soutenue des nouvelles installations. Cela implique que les projets et les programmes ne peuvent pas avancer très vite.

Les facteurs ci-dessus laissent entendre que la manière dont les fonds doivent être acheminés via les agences d'État et les municipalités est très importante. Nous ne pouvons pas présumer de la capacité d'absorber les aides dans ce secteur. Les quatre ministères clé concernés par l'assainissement et l'hygiène doivent évaluer de quelle manière les fonds peuvent être gérés et distribués le plus efficacement possible, y compris via le gouvernement local.

5.3.3 Absence d'opérateurs de services

Le sentiment général est qu'à Madagascar, au cours des dernières années, les ONG internationales et nationales ont fourni une grande partie de l'innovation en rapport avec les projets d'assainissement et d'hygiène, en l'absence de toute dynamique de la part des institutions publiques. Elles ont piloté de nouvelles approches, à la fois dans le contexte urbain et rural.³¹

Les projets pilotes des ONG (comme WaterAid et les associations malgaches locales) ont indiqué de quelle manière les communautés locales peuvent s'engager avec succès dans les activités d'assainissement et d'hygiène, par ex. via le point d'entrée à l'approvisionnement en eau et au travers des programmes d'éducation des enfants.

La BAD dit que le secteur privé est présent dans les centres urbains, mais pratiquement pas dans les zones rurales (BAD 2005). Quant aux opérateurs privés, le projet de politique énonce : « *Bien qu'il soit difficile de fournir une représentation complète du secteur privé dans le domaine de l'assainissement et de l'hygiène à Madagascar, il est clair qu'il existe peu d'acteurs privés (commerciaux), (au niveau de la construction et la mise en place d'infrastructures d'assainissement et d'hygiène). Ceux que l'on trouve sont concentrés à Antananarivo et dans les environs, et leur action s'effectue presque exclusivement dans le contexte urbain. La rareté de leur présence s'explique en partie par la carence de produits financiers pour financer leurs fonds corporatifs et l'investissement pour les projets* » (PAEPAR 2004).

³¹ Entre temps elles sont actives sur le plan national au niveau de la plate-forme et des comités WASH nationaux.

Dans le district de Mandritsara, il y a peu d'ONG ou de fournisseurs privés de services d'assainissement actifs. Le FFBBM et le HVM ont aidé à installer 240 latrines dans 20 villages du district de Mandritsara. Les activités du FFBBM/HVM sont un exemple de la contribution à l'hygiène rurale qu'une organisation (privée) possédant une expertise spécifique dans le domaine de la santé et de l'hygiène peut apporter.

5.3.4 Méthodes et technologies inadaptées au contexte

Plusieurs acteurs ont approuvé les recommandations des commentateurs internationaux quant à la nécessité de comprendre la façon dont les gens se comportent dans différents contextes, par ex. dans différentes régions et dans différentes conditions socio-économiques. Dans un contexte communautaire, WaterAid a rapporté que sa politique est d'effectuer une étude des comportements, attitudes et pratiques avant tout nouveau projet, via ses partenaires locaux (qui mettent en œuvre toutes les initiatives soutenues par WaterAid). Un responsable d'ONG a souligné l'importance de former des facilitateurs communautaires, choisis au sein de la communauté dans laquelle le projet d'assainissement et d'hygiène prévoit de travailler. Un autre a proposé que les messages puissent être communiqués par le biais du théâtre, avec des animateurs formés.

5.3.5 Insuffisance d'accès aux crédits

WaterAid a annoncé qu'ils commissionnent une étude pour étudier la demande et la disponibilité des micro-crédits pour les services d'assainissement.

Les réponses de certaines personnes interrogées par le FFBBM/HVM dans les villages ruraux (voir Section 4) indiquent que pour les ménages c'est une question de moyens financiers qui les empêche d'acheter des récipients pour la conservation de l'eau munis de couvercles et du savon pour se laver les mains.

Cet obstacle du coût pourrait toutefois faire partie intégrante du problème plus vaste de l'éloignement des habitants par rapport à la ville et d'un problème d'accès à ses marchés (enclavement). D'après les réponses au questionnaire il apparaît qu'il s'agit également d'un facteur gênant l'achat de matériaux destinés aux meilleures pratiques d'hygiène, que ce soient des sacs de ciment pour construire des dalles pour latrines, des récipients pour l'eau ou du savon. La plupart des habitants les plus démunis des zones rurales d'Afrique vivent dans des régions « peu intégrées aux marchés » ce qui démontre que la localisation de la pauvreté a une importance (Farrington et Gill 2002).

Comme nous l'avons vu dans la Section 4, le groupe urbain à thème dirigé a également mentionné que le manque de ressources est un obstacle à la construction de latrines dans les ménages.

5.3.6 Absence de messages forts

Plusieurs des personnes interrogées ont fait remarquer que les latrines posent un « problème d'image ». Par conséquent, il est nécessaire d'employer un message ciblé et clair³² pour faire une promotion efficace de l'assainissement et de l'hygiène. Malgré l'importance de promouvoir un changement de comportement, les difficultés que cela présente dans la pratique sont largement reconnues. Par exemple, selon une des personnes interrogées, encourager les adultes à adopter des pratiques d'hygiène dont ils n'ont pas l'habitude est « un travail de géant ».

32 Comme exemple de communication efficace, une des personnes interviewées a mentionné que depuis plusieurs années le problème « épineux » du planning familial est en train d'être attaqué avec succès. À Madagascar, la taille des familles se réduit, mais cela ne se fait pas en disant aux gens de limiter le nombre d'enfants. Car dans la culture malgache, les enfants sont considérés comme une bénédiction. Le message clé utilisé pour encourager un changement de comportement au niveau du planning familial est le bénéfice de l'espacement des naissances.

Au fil des entretiens effectués pendant l'étude au niveau national, aucune remontée clé n'a été faite au sujet de la communication de WASH, autre que le fait que WASH soit un ensemble de services ainsi que quelques affirmations générales sur les mérites du lavage des mains, par exemple. Une personne a fait remarquer que WASH est à la fois une approche et un message. Cela semble être une observation valide et un moyen d'introduction utile, mais cela soulève également une question : quel est exactement ce message ?

Des différences ont été soulignées quant au degré de difficulté de communication des trois composants de WASH. Concernant l'approvisionnement en eau, le représentant d'un bailleur a évoqué qu'il n'était pas nécessaire de convaincre les gens de l'importance de l'eau ou du côté pratique de pouvoir la collecter à un point d'eau plus proche de la maison, sauf peut-être pour les plus démunis qui prennent l'eau de la rivière. Les changements de comportement au niveau des deux autres activités de WASH représentent de plus gros défis en matière de communication. Le lavage de mains avec du savon n'est pas compatible avec les pratiques actuelles et certaines habitudes qui entrent en contradiction avec l'usage des latrines rendent leur adoption très difficile. Il est plus pratique de pratiquer la défécation en plein air.

Cela dit, le niveau de sensibilisation peut être modifié. Par exemple, dans sept villages ruraux étudiés par le FFBBM/HVM, des taux élevés de conscience des risques de diarrhée liés à l'absence d'utilisation de latrines hygiéniques ont été constatés, suite à plusieurs années d'intervention : 73% et plus (voir Tableau 6 ci-dessus).

Plusieurs personnes interrogées ont dit qu'il était plus facile et plus productif de travailler avec les enfants. L'expérience pratique de l'UNICEF et des représentants des ONG consultées permet d'affirmer clairement qu'éduquer les enfants à l'école représente une méthode de travail efficace, et cela a été largement reconnu par les autres personnes consultées. Le FFBBM/HVM note qu'il existe par exemple 385 écoles primaires (publiques et privées) dans le district de Mandritsara, et que chacune d'entre elles est un canal potentiel de communication.

Toutefois, bien que l'hygiène fasse partie du programme scolaire à Madagascar, elle n'est pas intégrée en tant que discipline en soi. Une des personnes interrogées avait le sentiment qu'en pratique, malgré l'enthousiasme de nombreux enseignants, « les gros sujets » primaient. Plus encore, le Ministère de l'éducation a édité des matériaux pour soutenir l'apprentissage de l'hygiène, mais les ressources pour distribuer ces matériaux manquent encore à ce jour.

En plus de l'enseignement de l'hygiène, fournir des latrines aux écoles est considéré comme un élément important. Il est difficile de « prêcher » des habitudes d'hygiène améliorées aux enfants sans qu'ils puissent les mettre en pratique. Cela signifie d'intégrer automatiquement des latrines aux nouvelles salles de classes construites. Une des personnes interrogées, cependant, a précisé que ce n'était pas encore exigé par la loi. Un bailleur l'a confirmé, en disant que les écoles sont encore aujourd'hui construites sans latrines. Il semble qu'il y ait actuellement un manque de données sur le nombre d'écoles qui possèdent ou ne possèdent pas d'infrastructures d'assainissement. Une étude par sondage doit être commissionnée par l'UNICEF. La maintenance (y compris le nettoyage) des latrines des écoles est un problème annexe qui doit être traité, par ex. par les comités d'enseignants WASH, les parents et les élèves (voir ci-dessous).

Plusieurs personnes interrogées ont mentionné l'approvisionnement en eau comme étant le moyen d'aborder les questions d'assainissement auprès des communautés. Pour promouvoir les services WASH, l'approche WaterAid permet par exemple, de lancer les discussions et l'action afin d'aider une communauté à améliorer ses sources d'eau, suivi par la sensibilisation à la manière d'améliorer les pratiques d'hygiène pour pouvoir maintenir l'eau potable dans les nouvelles sources (améliorées). Entre autres, on leur apprend que l'eau doit être correctement conservée et manipulée dans la maison et que par exemple, le fait de ne pas laver les seaux réduit la qualité de l'eau. Ce moyen d'introduire

l'hygiène dans les ménages peut ensuite conduire à la question du lavage des mains avec du savon, et de là à l'élément le plus délicat (selon l'avis de plusieurs personnes consultées au cours de cette étude) : les latrines.

5.3.7 Insuffisance des dispositions prises pour le nettoyage et la maintenance

Comme cela a été mentionné dans la Section 4, les réponses au questionnaire dans les villages ruraux sont intéressantes concernant la question de la maintenance des latrines. Il apparaît qu'une investigation plus poussée sera nécessaire au sujet du nettoyage des latrines, au vu des réponses très peu convaincantes données au cours de l'étude. Qui est responsable du nettoyage des latrines et comment les tâches sont-elles réparties ? Ceux à qui des responsabilités ont été confiées sont-ils au clair avec leurs attributions et les acceptent-ils ? Quel est précisément le problème concernant le nettoyage des latrines, qui semble les rendre évasifs dans leurs réponses ? Plusieurs personnes interrogées à l'échelle nationale, par exemple, ont mentionné que traditionnellement, il était dans les usages de la culture malgache de faire nettoyer les toilettes de l'école aux élèves qui se comportaient mal. Il est possible que cela ait contribué au moins à certains endroits, à créer une culture où la propreté des latrines n'est pas une priorité.

Comme nous l'avons vu plus haut, le groupe **urbain** à thème dirigé a suggéré que la plupart des habitants des quartiers préfèrent déféquer dans les buissons à côté de leur maison plutôt que d'avoir à endurer l'odeur et les mouches bleues à l'intérieur et autour des latrines sales. Le nombre de latrines, ont-ils dit, est actuellement inadéquat, de plus elles sont trop utilisées et mal entretenues ; ils utiliseraient des latrines si elles étaient construites (et vraisemblablement nettoyées).

5.3.8 Complexité des changements comportementaux

Comme cela a été mentionné dans la Section 4, dans les sept cas le niveau d'adoption des pratiques d'hygiène dans les villages ruraux est à la traîne derrière le niveau de connaissances à ce sujet, particulièrement en ce qui concerne l'usage des latrines et du savon pour le lavage des mains ; dans seulement deux villages, l'utilisation déclarée de récipients munis de couvercles pour la conservation de l'eau est aussi importante ou plus importante que la conscience des bénéfices d'une telle pratique. Cela souligne le fait que la conscience des choses ne se traduit pas immédiatement en action.

Comme une des personnes interrogées l'a mentionné, dans des circonstances d'extrême pauvreté, la survie prime parfois naturellement sur la prévention : les étapes préventives ne suffiront pas à retenir l'attention pour ce qui dépasse les besoins pressants, par ex. l'alimentation et les moyens de la produire. Il est nécessaire de mener une investigation complémentaire pour trouver ce qui va permettre aux plus démunis de sortir de ce cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise hygiène.

Sinon, parmi les réponses des personnes questionnées dans les villages ruraux, il a été mentionné que comme les paysans travaillent dans les champs de nombreuses heures par jour, il était nécessaire et naturel pour ces travailleurs sur le terrain de pratiquer la défécation à l'air libre, de se soulager près de leur lieu de travail, plutôt que de rentrer au village (ce qui implique parfois de parcourir plusieurs kilomètres).³³

33 Il s'agit alors de savoir si les excréments sont recouverts ou laissés à l'air libre, par ex. aux mouches.

5.3.9 Facteurs « culturels »

Sanitation: The Challenge (République de Madagascar, non daté) fait allusion à « un problème culturel, d'éducation et de relations sociales. Les gens ont besoin d'être persuadés que l'hygiène est nécessaire à la santé, et non d'être forcés par des paroles cruelles ou des menaces... pour construire des latrines. Une méthode d'éducation bien pensée et informative a beaucoup plus de chances de remporter une véritable adhésion » (page 14).

D'après les personnes interrogées, les facteurs culturels qui freinent les changements de comportement sont plus prononcés chez les adultes et dans les communautés rurales. Une personne a évoqué que les populations urbaines avaient tendance à être plus ouvertes aux changements d'habitudes d'hygiène que les populations rurales, où les pratiques traditionnelles sont parfois retranchées. Dans une des communautés rurales, Antsomika, la réticence à adopter de nouvelles pratiques semble être associée à une résistance au fait que le FFBBM/HVM veuille promouvoir ses croyances religieuses.

Les personnes interrogées dans la capitale se sont risquées à avancer d'autres explications culturelles au manque d'intérêt et d'attention accordés aux questions d'assainissement et d'hygiène :

- Le représentant d'un bailleur a fait allusion au tabou qui consiste à ce que les hommes et les femmes utilisent les mêmes infrastructures d'assainissement, ainsi que la simple résistance au changement chez les responsables de communauté.
- Les latrines sont perçues comme des éléments de luxe (dans les logements plus rustiques).
- Le savon est souvent considéré comme inutile, du moins pour le lavage des mains. Le fait d'avoir les mains propres peut être perçu comme honteux, signe de paresse dans les communautés rurales habituées à travailler la terre.

Un autre exemple de coutume locale est celle qui interdit la consommation de porc, de crevettes, de crabe et d'anguilles. Cette coutume aggrave les problèmes nutritionnels de la population, et, associée à un mauvais accès à WASH et à de mauvaises pratiques, elle exacerbe les problèmes de santé.³⁴

³⁴ Une considération plus globale de la pauvreté (y compris les aspects nutritionnels et la sécurité alimentaire, ainsi que WASH) est abordée dans le document d'instructions joint à ce rapport.

6 Conclusions et réponses

6.1 Conclusions

À Madagascar, les aspects positifs soulignés par cette étude sont :

- la politique d'assainissement et d'hygiène qui a été élaborée et qui devrait vraisemblablement être bientôt adoptée
- le dialogue des parties prenantes à Madagascar, conduit par la plate-forme nationale de WASH
- le leadership manifesté par certains individus et organisations.

Voici quelques-uns des obstacles à la progression du développement et de la mise en œuvre des politiques d'assainissement et d'hygiène :

- une faible priorité budgétaire accordée à l'assainissement et à l'hygiène par rapport à d'autres secteurs de développement, y compris l'approvisionnement en eau.
- le ministère de l'éducation est un acteur secondaire de l'élaboration de la politique d'assainissement et d'hygiène, et par conséquent, l'assainissement et l'hygiène ont mal été pris en compte au niveau des politiques et des programmes d'éducation (par ex. dans les curriculum). Il apparaît que les écoles sont aujourd'hui encore construites sans infrastructures d'assainissement et d'hygiène.
- il existe des carences majeures sur le plan local au niveau des capacités : la campagne nationale de Diorano-WASH détient le **potentiel** de contribuer à créer des actions décentralisées plus coordonnées et plus efficaces d'assainissement et d'hygiène ; le manque de capacités au niveau communal reste un défi important.
- la lente intégration des pratiques d'assainissement et d'hygiène améliorées semble être associée à l'enclavement des communautés et à leur éloignement des villes et des marchés. Cela soulève la question du **choix** et de la mise en **séquence** des différents types d'intervention en matière de développement. Les trois éléments de WASH, les services de base, ne sont pas toujours des priorités ; par exemple, le fait d'améliorer les conditions d'hygiène, conjointement à l'amélioration de la nutrition, peut dans certains cas être considéré prioritaire aux latrines.

Parmi les obstacles mentionnés par les commentateurs internationaux (dans la Section 2), ceux que l'on trouve à Madagascar sont présentés dans le Tableau 9.

Tableau 9
Obstacles au développement et à la mise en œuvre de la politique d'assainissement et d'hygiène (A & H)

Étape du processus	Obstacle	Présent ?	Notes
1 Définition du problème			La Politique et la stratégie nationale d'assainissement, une fois approuvée, fournira des définitions générales
2 Définition de l'agenda et formulation de la politique	Données insuffisantes	X	La Politique et la stratégie nationale d'assainissement souligne les rôles clé et les responsabilités ; entre temps, la plate-forme nationale WASH promeut le dialogue entre les parties prenantes. L'A & H doivent être mieux intégrés à la politique d'éducation : écoles sans infrastructures d'assainissement. Signes politiques positifs : à traduire en allocations budgétaires (à l'automne 2006). Certains financements disponibles pour soutenir A & H ; pas de comité de coordination des bailleurs.
	Tensions entre les conceptions	X	
	Manque de coordination	X	
	Absence de priorités politiques et budgétaires, demande insuffisante	X	
	Agendas des bailleurs	–	
3 Mise en œuvre de la politique	Capacités techniques et humaines insuffisantes	X	Limitée
	Faible capacité d'absorption des fonds	X	
	Manque d'opérateurs de services	X	
	Méthodes et technologies inadaptées au contexte	–	Varie selon les endroits
	Insuffisance d'accès aux crédits	–	
	Absence de messages forts	X	
	Insuffisance des dispositions prise pour le nettoyage et la maintenance	X	
	Complexité des changements comportementaux	X	
	Facteurs « culturels »	X	

6.2 Réponses

En matière de réponses, la liste suivante d'étapes à entreprendre a été discutée et redéfinie lors du séminaire pour le projet à Antananarivo :

Étapes à entreprendre (A & H : assainissement et hygiène)

- Approbation finale de la Politique et la stratégie nationale d'assainissement.
- Mettre à exécution les fiches d'action rattachées à la Politique nationale, et les développer si nécessaire en plan d'action pour la mise en œuvre de la Politique nationale.
- Utiliser les réglementations existantes du Code de l'eau récemment adopté, comme moyen de renforcement de la Politique nationale, en tant que mesure provisoire (pour ne pas retarder les actions en attendant que les réglementations soient ébauchées et adoptées).
- Promouvoir la coordination entre les trois principaux ministères responsables, via un comité inter-ministériel.
- Promouvoir la coordination entre les bailleurs, par ex. via un comité de bailleurs sur l'A & H (ou un organisme de révision sectoriel qui inclurait des agences nationales et des bailleurs).
- Créer des lignes de budget au sein des trois principaux ministères responsables afin d'améliorer la coordination des fonds publics rentrant pour le secteur A & H.
- Etendre progressivement les comités WASH à toutes les régions (et en finalité aux communes).
- Formuler des message(s) forts pour communiquer WASH, y compris un moyen de promouvoir les latrines.
- Attirer d'autres financements (de quelle manière l'A & H peuvent-ils être mieux présentés ?)
- Progressivement renforcer les capacités (humaines et techniques) au niveau communautaire, mais également soutenir les opérateurs non-gouvernementaux travaillant dans les communes où il n'y a pas de provision publique.
- Traduire les requêtes formulées « sur papier » dans les plans de développement (PCD et PRD) en véritables programmes qui combleront progressivement les lacunes au niveau de l'A & H.
- Renforcer les programmes d'éducation et de sensibilisation.
- Les acteurs du secteur contribuent au renforcement et au maintien des informations de la base de données dans le bureau du coordinateur national de WASH, par ex. sur la progression de la latrinisation.
- Travailler avec les enseignants pour promouvoir un enseignement meilleur et plus fréquent de l'A & H à l'école.
- D'autres programmes de développement sont actuellement entrepris pour relier les zones rurales enclavées par des routes, le téléphone et l'électricité, afin de réduire leur isolement.

Questions pour investigation complémentaire

- Les comportements dans les communautés rurales : un domaine très complexe et encore peu compris.
- Le nettoyage des latrines : les réponses au questionnaire utilisé par le FFBBM soulignent la nécessité d'une investigation future dans ce domaine ; la façon dont les latrines une fois installées, sont nettoyées ou entretenues pour éliminer les odeurs et les mouches n'est pas claire.
- Une suggestion lors du séminaire à Antananarivo était que les messages de promotion ne seront efficaces que s'ils font suite à une discussion avec les communautés auxquelles ils sont destinés.
- Le questionnaire du FFBBM indique le faible pouvoir d'achat comme étant un des facteurs importants par ex. de l'adoption ou non des latrines, et de l'achat régulier de savon.
- Quelles sont exactement les capacités, humaines et techniques, des opérateurs non-gouvernementaux, y compris les ONG ?
- Jusqu'où est-ce que WASH peut conduire la coordination entre les agences publiques, par ex. les ministères ? Quel genre de processus de Révision de secteur pourrait être conçu, afin de rassembler les ministères, les bailleurs et autres membres de WASH ? Des exemples d'autres pays sont-ils instructifs ?

Annexe 1

Liste des personnes consultées sur le plan national

Peter Newborne de l'ODI a mené des entretiens dans la capitale, Antananarivo, avec le soutien du Dr Alfred Ranaivoarisoa, maître de conférences, chef du laboratoire d'hydrogéologie, dépt. des Sciences de la Terre, Université d'Antananarivo, et les personnes listées ci-dessous.

- **Mme. Rakotomaharo Razanamihaja**
Directeur de l'eau et de l'assainissement, Ministère de l'énergie et des mines
- **M. Luc Belleville**
Conseiller à la santé et à l'environnement
- **M. Victor Mafilaza**
Assistant à l'éducation supérieure et à la recherche, Service d'assainissement et de génie sanitaire, Ministère de la santé
- **Mme. Christiane Randrianarisoa**
Responsable de programme senior
- **Mme. Léa Razafinolrazeka**
Spécialiste en assainissement, WaterAid
- **M. Jean Herivelo Rakotondrainibe**
Coordinateur (anciennement Directeur de l'eau et de l'assainissement, Ministère de l'énergie et des mines), Plate-forme WASH
- **Mme. Yveline Randriamiarina**
Responsable de WASH dans les écoles, Direction de l'éducation secondaire, Ministère de l'éducation et de la recherche scientifique
- **Mme. Dina Rakotoharifetra**
Administratrice, Projet d'eau et d'assainissement, UNICEF
- **Mme. Louise Razazatiana**
Chef de service de liaison avec les ONG et de la protection sociale, Direction inter-régionale, Ministère de la population et de la protection sociale
- **M. Ramanarivo Solofomampionona**
Conférencier et chef de département, Département hydraulique, Ecole supérieure polytechnique, Université d'Antananarivo
- **M. Patrice Joachim Nirina Rakotoniana**
Ingénieur municipal, Banque mondiale
- **M. Simon Randriatsiferana**
Expert en infrastructures, Banque africaine de développement
- **Mme. Gabriella Rakotomanga**
Chef de programmation, Catholic Relief Service
- **Mme. Haingo Lalaina Ralaison**
Conseillère à la santé et à l'eau potable, Programme de développement rural, Inter-coopération suisse

- **M. Gerald Razafinjato**
Directeur de société (et ingénieur hydraulique),
Sandandrano (entreprise privée qui travaille à fournir des services d'eau dans les communautés)
- **Mme. Bernadette Andriansanaka et M. William Randriamiarina**
Directeurs de projet (et co-fondateurs), Association Miarintsoa (ONG locale travaillant avec WASH dans les écoles et les communautés)
- **M. Ratefy Tovoherisoa Adriantahiana**
Directeur de programme
Association Famojena (ONG locale travaillant à reloger les habitants de bidonvilles)

Annexe 2

Informations complémentaires sur l'étude locale

Les sept villages ruraux où le questionnaire a été utilisé se trouvent parmi un ensemble de 20 villages dans lesquels le FFBBM a travaillé dans ce district. Ces villages ont été choisis pour le questionnaire, afin d'évaluer la situation au niveau de l'assainissement et de l'hygiène dans les différents emplacements géographiques des environs de la ville de Mandritsara.

Le FFBBM soutient des activités d'installation de points d'eau améliorés dans quatre de ces villages et fournit des soins médicaux dans les sept villages (par ex. clinique médicale). Ces activités ont soit été précédées, au cours des cinq dernières années, soit suivies par une éducation à l'hygiène et/ou des activités de sensibilisation, par le FFBBM/HVM. Le rôle de ce questionnaire était donc de découvrir quelles sont les pratiques d'hygiène qui subsistent suite à une telle sensibilisation.

Le Tableau 10 indique les communes du district de Mandritsara. Les cinq communes en **gras** dans le Tableau sont celles dans lesquelles cette étude a été menée, sur les sept villages déjà listés dans la Section 4.

Tableau 10
Les communes du
district de Mandritsara

Source : République
de Madagascar (2005)

Commune urbaine	La ville de Mandritsara
Communes rurales	Kalandy , Ankiabe-Salohy, Ankiakabe-Fonoko, Ambondiamotana-Kianga, Ambalakirajy , Anjiabe, Ambohisoa , Andohajango, Amboaboia, Ambilombe
Total	28 communes – 1 urbaine et 27 rurales

Le nombre de ménages par village qui ont été interrogés et le nombre total de ménages de chaque village sont indiqués dans le Tableau 11.

Comme nous le montre le Tableau 11, le pourcentage des ménages interrogés dans chaque village se situe entre 8,9 pour cent et 15 pour cent, avec une moyenne de 11,69 pour cent (par ex. environ un sur huit).

Tous les villages ont été avertis une semaine à l'avance de la visite des chercheurs. Les ménages interrogés étaient sélectionnés si une femme du ménage (entre 17 et 60 ans) était présente et se déclarait disponible pour répondre aux questions. (Certaines femmes ont refusé en avançant qu'elles étaient trop occupées ou d'autres raisons, dont probablement la timidité, dans certains cas). Les femmes étaient prioritairement choisies, en raison de leur rôle principal au sein du ménage concernant la collecte de l'eau et sa conservation, ainsi que les soins des enfants, comprenant la santé et l'hygiène. Dans la plupart des cas, les hommes ou les maris étaient absents, par ex. en train de travailler dans les champs, mais lorsque l'homme ou un homme de la maison était présent, il exprimait son opinion. Lorsque aucun adulte, femme ou homme, n'était présent, ce sont les jeunes entre 14 et 21 ans, garçon ou fille, qui étaient interrogés.

Tableau 11
Portée du questionnaire et type de village

Source : FFBBM/HVM
Département de santé communautaire
(Base de données HVM/FFBBM)

Commune rurale	Villages	MI	TM	HPV	MB	PB
Ambalakirajy	Andilana	26	290	1780	25	91%
Ambohisoa	Maetsamena	24	200	1200	20	90%
Ambaripaika	Ankisaka	26	180	1100	20	89%
Antsoha	Antsarika	16	150	951	10	93%
Ambalakirajy	Ambodilengo	20	150	850	15	90%
Kalandy	Ambaky	14	130	800	5	96%
Antsoha	Antsomika	12	80	450	15	81%
Moyenne		138	1180	7131	110	91%

LÉGENDE
MI – nombre de ménages interrogés par village
TM – nombre total de ménages par village
HPV – nombre d’habitants par village
MB – nombre de ménages élevant du bétail
PB – pourcentage des ménages qui n’élèvent pas de bétail

Selon le FFBBM, plus de 90 pour cent de la population de ces sept villages vit dans des conditions d’extrême pauvreté. Un des indicateurs utilisé est le pourcentage de ménages qui ne possèdent pas de bœuf ou de bétail, avec des taux situés entre 89 pour cent et 96 pour cent, c’est à dire que seulement un ménage sur 10 possède des bœufs ou du bétail (voir les colonnes 4 et 5 du Tableau 11).

Les six personnes des quatre agences interviewées au niveau **régional** et du **district**, étaient :

- le Secrétaire général et le Directeur général du développement pour la région de Sofia
- l’Adjoint du chef de district de Mandritsara
- le Premier adjoint du maire de la commune urbaine de Mandritsara
- le Chef de division de support et le Chef du personnel du secteur de l’éducation de Mandritsara.

Lors du séminaire à Antananarivo, le **président du FFBBM**, le **Pasteur David Ratovo**, a cité un passage de la Bible (Deutéronome 23 : 10-14) qui donne des directives quant à l’assainissement pour aider un large groupe de personnes (comme un camp d’armée) à maintenir une meilleure hygiène.

Questionnaire pour les ménages ruraux

La liste ci-dessous comprend 31 questions, pour exemple de celles du questionnaire. En tout, il y en avait 83 : 32 sur l'eau, 29 sur les latrines et 22 sur le lavage des mains avec du savon.

Ia L'EAU Connaissances sur les maladies transmises par l'eau, dont la diarrhée

- 1.1 L'eau de votre village est-elle suffisamment propre à la consommation ?
- 1.2 Pensez-vous que votre enfant pourrait avoir attrapé la diarrhée ou une autre maladie en buvant de l'eau sale ou polluée ?
- 2.1 Les maladies causées par de l'eau sale sont-elles graves ?
- 4.1 Les habitants de votre village purifient-ils l'eau par ébullition ou un autre moyen ?
- 7.1 Est-ce souvent la volonté divine qui fait que quelqu'un ait la diarrhée ?

Ib L'EAU Conservation et utilisation de l'eau

- 1.3 Pensez-vous que votre enfant peut contracter la diarrhée ou une autre maladie si vous touchez l'eau avec vos mains ou vos doigts ?
- 1.4 Pensez-vous que votre enfant peut contracter la diarrhée ou une autre maladie si vous utilisez des ustensiles qui ne sont pas propres, en contact avec le seau d'eau potable ?
- 1.5a Quel type de récipient utilisez-vous pour conserver l'eau dans la maison ?
- 1.5b Pensez-vous que votre enfant peut contracter la diarrhée ou une autre maladie si vous ne lavez pas régulièrement le seau ou un autre récipient de conservation de l'eau ?
- 3.3 Pensez-vous que les maladies liées à la diarrhée pourraient être évitées en lavant régulièrement le seau ou autre récipient de conservation de l'eau ?
- 5.6 Certaines choses rendent-elles difficile de protéger l'eau conservée dans un seau ?
- 6.4 Lorsque vous utilisez un seau d'eau, vous est-il facile de vous souvenir ce que vous devez faire pour veiller à ce que l'eau soit potable et le reste ?

2 LATRINES Connaissances des maladies, dont la diarrhée, en rapport avec la gestion des excréments humains ; utilisation et maintenance des latrines

- 1.2 Pensez-vous que vous pourriez avoir contracté la diarrhée ou une autre maladie parce que les excréments ne se trouvent pas dans des latrines ou des fosses ?
- 1.3 Pensez-vous que votre enfant pourrait avoir contracté la diarrhée ou une autre maladie parce que les latrines ou les fosses ne sont pas entretenues et nettoyées ?
- 2.1 Peut-on contracter des maladies graves parce que les excréments sont dispersés dans le jardin ?
- 2.2 Pensez-vous que les enfants peuvent mourir de la diarrhée ou d'une autre maladie causée par le fait que les excréments ne se trouvent pas dans des latrines ou des fosses ?
- 3.2 Lorsque les latrines ou les fosses sont régulièrement entretenues, une famille est-elle moins vulnérable à la diarrhée et à d'autres maladies ?
- 5.2 Pensez-vous être capable d'entretenir vos latrines/fosses de manière à ce qu'elles restent propres ?

- 5.6 Y a-t-il quelque chose qui empêche d'entretenir les latrines/fosses et de les garder propres ?
- 6.2 Vous souvenez-vous facilement de la nécessité de garder les latrines/fosses propres afin qu'elles restent hygiéniques ?
- 7.1 Existe-t-il des tabous ou des croyances qui empêchent l'utilisation des latrines/fosses ?
- 8.1 Constatez-vous des avantage(s) à entretenir les latrines/fosses de manière à ce qu'elles restent propres ?
- 8.2 Constatez-vous un/des inconvénient(s) à entretenir les latrines/fosses de manière à ce qu'elles restent propres ?

3 SAVON Connaissances sur les maladies, dont la diarrhée, qui pourraient être réduites par le lavage des mains ; utilisation du savon pour le lavage des mains

- 3.4a A quelles occasions utilisez-vous du savon ?
- 3.4b Lorsque vous utilisez du savon, cela contribue-t-il à la prévention de la diarrhée ?
- 1.2 Pensez-vous que quelque chose vous arrivera si vous ne vous lavez pas les mains avant de manger, de préparer le repas ou après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes ?
- 5.2 Où achetez-vous du savon ?
- 5.4 Est-ce que vous et votre famille achetez régulièrement du savon ?
- 7.1 Y a-t-il quelque chose dans vos coutumes, vos usages et vos croyances qui vous empêche de vous laver les mains avec du savon ?
- 8.3 Constatez-vous un/des avantage(s) à ne pas laver vos mains avec du savon ?
- 8.4 Constatez-vous un/des inconvénient(s) à ne pas laver vos mains avec du savon ?

Liste des références

- Association internationale de développement (IDA)/Fonds monétaire international (2004) Annual Progress Report, évaluation commune du personnel, DSRP à Madagascar, 15 septembre 2004.
- Banque africaine de développement (2005) *Madagascar – rural drinking water supply and sanitation programme*, Appraisal Report, Département des infrastructures, Département de développement social, Régions du nord, de l'est et du sud, Fonds africain de développement, BAD, novembre 2005.
- Cairncross S et Curtis V (non daté) *Hygiene and sanitation promotion*, disponible sur www.worldbank.org/html/fpd/water/forum2000/hygiene/pdf
- Cairncross S (2003) 'Handwashing with Soap – a new way to prevent ARIs?' *Tropical Medicine and International Health* 8 (8) 677–679 Aug.
- Collingnon B et Vézina M (non daté) *Les opérateurs indépendants de l'eau potable et de l'assainissement dans les villes africaines – Synthèse d'une étude menée dans 10 pays d'Afrique sous la conduite du Programme eau et assainissement*, (groupe Banque mondiale – PNUD).
- Université de Cornell (2001) Commune Census, Programme ILO de Cornell avec la coopération de l'INSTAT.
- Curtis V (non daté) 'Soap: the missing ingredient in the water and sanitation mix', *id21 Insights*, Issue 45: www.id21.org/insights/insights45
- DEA (non daté) *Eau et assainissement pour tous en milieu rural*, Document de synthèse, Ministère de l'énergie et des mines, Direction de l'eau et de l'assainissement, Bureau du projet PAEPAR, non daté (mais mentionné dans le document sur le Défi de l'assainissement ci-dessous de 2000).
- Department for International Development (1998) *Guidance Manual on Water Supply and Sanitation Programs*, édité par WELL, RU.
- Environmental Health Project (2002) *Guidelines for the Assessment of National Sanitation Policies*. Edité pour le Bureau de santé, la Nutrition et les maladies infectieuses et le Bureau de santé globale, l'Agence américaine pour le développement international, rédigé par Myles F Elledge, Fred Rosensweig et Dennis B Warner, avec la collaboration de John H Austin et d'Eduardo A Perez, USIAD, Washington DC.
- Esrey SA et al (1996) '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) pages 609–621.
- Evans B (2005) *Securing Sanitation: The compelling case to address the crisis*. Rapport produit par le Stockholm International Water Institute (SIWI), en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et commissionné par le gouvernement de Norvège pour contribution à la Commission pour un développement durable.
- Farrington J et Gill G dans 'Combining Growth and Social Protection in Weakly Integrated Areas (WIAs)', *ODI Natural Resource Perspectives* (79) mai 2002.
- Fewtrell, Kaufmann, Kay, Enanoria, Haller et Colford (2005) 'Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis', *Lancet Infectious Diseases* 5 (1) 42–52.
- Hygiene Improvement Project (2006) *Guide de discussion pour l'entretien ménage concernant : l'eau, l'assainissement, l'hygiène*. Questionnaire, Projet d'amélioration de l'hygiène, USAID.

- Hôpital Vaovao Mahafaly/FFBBM, extraits de la base de données.
- INSTAT (2004) *Rapport de l'analyse : connaissances, attitudes et pratiques en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les provinces d'Antananarivo et de Toliary*, novembre 2004.
- Jenkins M et Sugden S (2006) *Rethinking Sanitation – Lessons and Innovation for Sustainability and Success in the New Millennium*, document thématique du PNUD sur l'assainissement, London School of Hygiene and Tropical Medicine, janvier 2006.
- JMP (2005) Programme de surveillance commun OMS/UNICEF.
www.wssinfo.org/en/welcome.html
- MEM et Coll (2003) *Assainissement et Défi*.
- Newborne P et Caplan K (2006) *Creating Space for Innovation: Understanding Enablers for Multi-Sectoral Partnerships in the Water and Sanitation Sector*, Building Partnerships for Development, juin 2006.
- Organisation des nations unies (2005) *UN Millennium Project 2005. Health, Dignity, and Development: what will it take?* Rapport de la Task force sur l'eau et l'assainissement, ONU, janvier 2005.
- Organisation mondiale de la santé/UNICEF (2004) *Meeting the MDG Drinking Water and Sanitation Target – a mid-term assessment of progress*. D'autres données pour les références de ce rapport OMS/UNICEF (2000), Global Water and Sanitation Assessment 2000 Report. Les dernières estimations sont disponibles sur le site Internet du Programme de Surveillance Commun de l'UNICEF/OMS (JMP) : www.wssinfo.org/en/welcome.html
- Overseas Development Institute (2002) *WatSan and Poverty Reduction Strategies*, Water Policy Briefing Paper, ODI, juillet 2002.
- Overseas Development Institute (2004a) *Implementation of Water Supply and Sanitation Programs under PRSPs: synthesis of research findings from sub-Saharan Africa*. Rapport de projet de recherche en concertation avec WaterAid, rapport de politique de l'eau no. 2, ODI, août 2004.
- Overseas Development Institute (2004b) *From Plan to Action: Water Supply and Sanitation for the Poor in Africa*, ODI, document d'instructions, avril 2004.
- Overseas Development Institute (2005) *Scaling up versus Absorptive Capacity: Challenges and Opportunities for Reaching the MDGs in Africa*, ODI, document d'instructions, mai 2005.
- PAEPAR (2004) *Document de synthèse, eau et assainissement pour tous en milieu rural*, Bureau de projet PAEPAR (*Projet d'alimentation, eau et assainissement en milieu rural*), Direction de l'eau et de l'assainissement, Ministère de l'énergie et des mines, novembre 2004.
- Programme de développement des nations unies (2006) 'Beyond Scarcity: power, poverty and the global water crisis' *Rapport sur le développement humain 2006*, PNUD.
- pS-Eau (non daté) *Vers une meilleure intégration des équipements d'assainissement individuel et collectif*. Cadrage thématique et méthodologique du programme : *Gestion durable des déchets et de l'assainissement urbain*, Thème spécifique : eaux usées et excréta, Programme solidarité eau.
- Ranson, Hanson, Oliveira-Cruz et Mills (2003) 'Constraints to Expanding Access to Health Interventions: an empirical analysis and country typology' *Journal of International Development*, (15) 2003, pages 15–39.
- Projet réhydratation (1994) *Dialogue on Diarrhoea Online*, no. 57, juin–août 1994.
- République de Madagascar (1993) Recensement général de la population et de l'habitation.
- République de Madagascar (2003) Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP), juillet 2003.
- République de Madagascar (2003) La stratégie nationale Diorano-WASH, juillet 2003.

- République de Madagascar (2003) Monographie de la région de Sofia, juin 2003.
- République de Madagascar (2005) Monographie du district de Mandritsara, novembre 2005.
- République de Madagascar (2006) Extraits du plan régional de développement.
- République de Madagascar, *Politique et Stratégie Nationale de l'Assainissement*, datant de juin 2006, fournie par le Département de l'eau et de l'assainissement du Ministère de l'énergie. Ce projet de politique n'a pas encore été publié, en attente de finalisation et d'approbation officielle du gouvernement.
- République de Madagascar (non daté) *Sanitation: The Challenge. The impact of inadequate sanitation in Madagascar*, publication soutenue par le programme national AEPSPE et l'UNICEF, le Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement, l'OMS et WaterAid.
- Réseau eau (2002) *Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté à Madagascar – approvisionnement en eau et assainissement*. Ebauche de rapport pour le Projet d'eau et le PRSP, financé par le DFID, rédigé en partenariat avec WaterAid et le Ministère de l'énergie et des mines, avril 2002.
- Schaub-Jones, Eales et Tyers (2006) *Sanitation Partnerships: harnessing their potential for urban on-site sanitation*, Building Partnerships for Development, www.bpdws.org
- Tearfund (2005) *Making Every Drop Count – financing water, sanitation and hygiene in Sierra Leone*. Rapport d'un projet en collaboration avec le Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement (WSSCC).
- WaterAid (2005) *Madagascar – where local Commune administrations urgently need more staff and resources to deliver increases in sustainable access to water and sanitation*, WaterAid, mai 2005.
- WaterAid (2006) *Madagascar – country information*, bulletin d'information national, WaterAid, janvier 2006.
- Water, Engineering and Development Centre (non daté) *Social Marketing for Urban Sanitation: review of evidence and inception report*, WEDC, Université de Loughborough, RU. Recherche effectuée par WEDC, RU, conjointement avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine, TREND Group, Kumasi et WaterAid Tanzanie : www.lboro.ac.uk/wedc/projects/sm
- Winpenny J (2003) *Financing For All: report on the world panel on financing water infrastructure*, World Water Council, Forum sur l'eau pour le tiers-monde et Partenariat mondial pour l'eau, Marseille.
- Water and Sanitation Programme et WaterAid (2000) *Marketing Sanitation in Rural India, Programme d'Eau et d'Assainissement*, Note de terrain WSP, mars 2000.
- Water and Sanitation Programme (2002) *Hygiene Promotion in Burkina Faso and Zimbabwe: new approaches to behaviour change*, Note de terrain 7 WSP, août 2002, rédigé par Myriam Sidibe et Val Curtis.
- Water and Sanitation Programme (2003) *Financing Small Water Supply and Sanitation Service Providers: exploring the microfinance option in Sub-Saharan Africa*, de Meera Mehta et Kameel Virjee, WSP, décembre 2003.
- Water and Sanitation Programme (2004) *The Challenge of Financing Sanitation for Meeting the Millennium Development Goals*, de Meera Mehta et Andreas Knapp, WSP, avril 2004.
- Water and Sanitation Programme (2005) *Understanding Small-Scale Providers of Sanitation Services: a case study of Kibera*. Rapport des recherches de concertation du WSP et de l'ONG kenyane Maji Na Ufanisi, note de terrain WSP, juin 2005, rédigé par Sabine Bongsi et Alain Morel.

- Water Supply and Sanitation Collaborative Council (2005) *Community-driven Development for Water and Sanitation in Urban Areas; its contribution to meeting the Millennium Development Goal targets*, David Satterthwaite, Gordon McGranahan et Diana Mitlin, rapport d'étude commissionné par le Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement pour contribution à la 13^{ième} session de la Commission pour un développement durable, avril 2005.
- Water Supply and Sanitation Collaborative Council (non daté) *Listening – to those working with countries in Africa, Asia and Latin America to achieve the UN goals for water and sanitation*. Publication WASH, WSSCC.



www.tearfund.org

100 Church Road, Teddington, Middlesex, TW11 8QE, Royaume-Uni

Tel: +44 (0)20 8977 9144

Œuvre 265464

18028-(0307)