

**L'INITIATIVE 'PHAST'**  
**Participation à la  
transformation  
de l'hygiène et de  
l'assainissement**

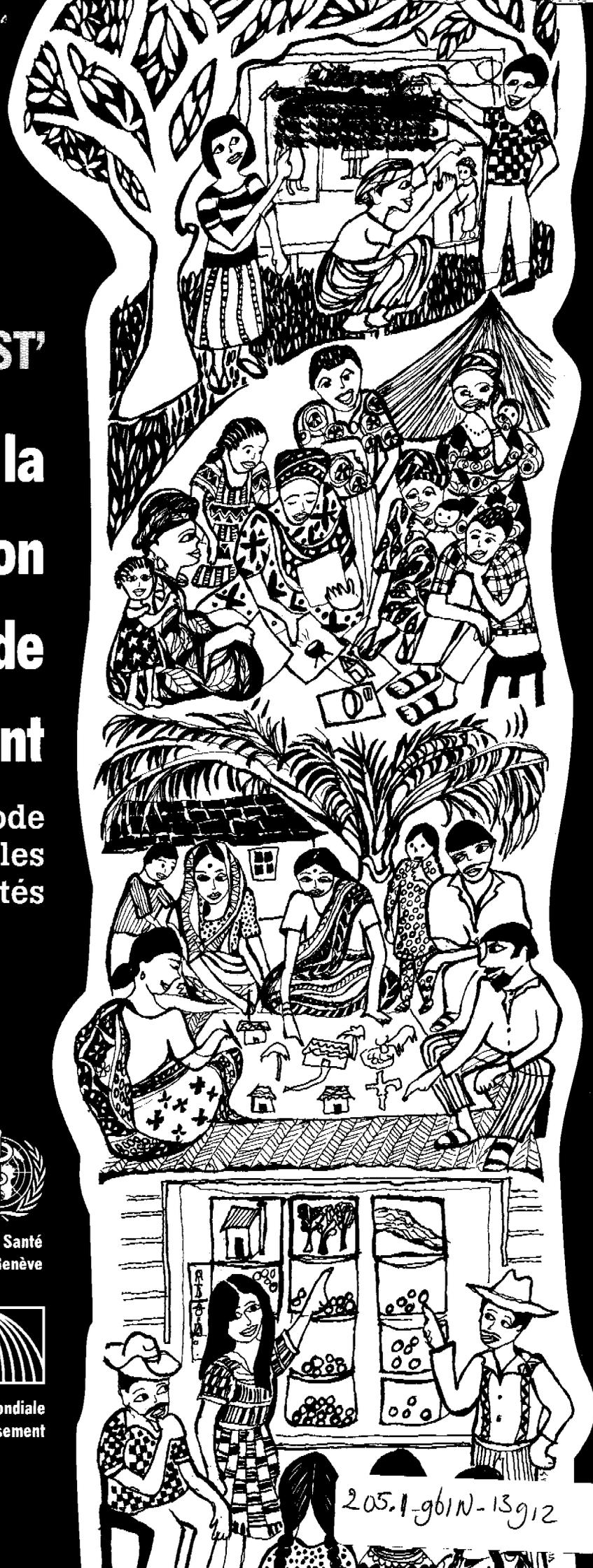
**Une nouvelle méthode  
de travail avec les  
communautés**



**Organisation mondiale de la Santé  
Genève**



**PNUD - Banque Mondiale  
Programme de l'Eau et de l'Assainissement**



205.1-g61N-13912

*Library*  
IRC International Water  
and Sanitation Centre  
Tel.: +31 70 30 689 80  
Fax: +31 70 35 899 64

# L'INITIATIVE 'PHAST'

## Participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement

Une nouvelle méthode  
de travail avec les  
communautés



Organisation mondiale de la Santé  
LIBRARY IRC Genève  
Box 93190, 2509 AD THE HAGUE  
Tel.: +31 70 30 689 80  
Fax: +31 70 35 899 64

RCODE: 13912  
205.1961N

Préparé par Mayling Simpson-Hebert, Ron Sawyer et Lucy Clarke  
en tant que document d'information sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

Illustration de la couverture par Victoria Francis

Photographies par Mayling Simpson-Hebert

L'initiative PHAST est un projet conjoint de l'OMS et  
du Programme Eau et Assainissement PNUD/Banque mondiale.



© Organisation mondiale de la Santé, 1996

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit – électronique, mécanique, ou autre – sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Conception OMS, présentation graphique

# Table des matières

<b>Liste des acronymes</b>	<b>iv</b>
<b>Introduction</b>	<b>v</b>
<b>Remerciements</b>	<b>vi</b>
<b>1. PHAST : Explication</b>	<b>1</b>
Conscience et compréhension de la santé – une condition fondamentale	2
Principes de PHAST sur le développement sanitaire des communautés	3
Nouveaux principes de développement de l'hygiène et de l'assainissement	4
SARAR – méthodologie sous-jacente	4
Facteurs clés nécessaires à une participation effective	6
<b>2. Les débuts de PHAST</b>	<b>7</b>
Principes de fonctionnement du partenariat	7
Choix des pays	8
Deux ateliers de création	9
Essais sur le terrain	13
Surveillance et évaluation	14
<b>3. L'impact sur les communautés</b>	<b>16</b>
Exemples	16
Réalizations communes dans la phase expérimentale	17
L'impact sur les agents de vulgarisation	18
<b>4. Les enseignements de l'expérience</b>	<b>19</b>
Sur le changement des comportements	19
Sur les conditions du succès	19
Sur la façon de commencer	20
Sur la façon de continuer	21
Sur la façon de se développer	21
<b>5. L'avenir et le potentiel de PHAST</b>	<b>22</b>
<b>Annexes</b>	
A. Synopsis des expériences dans les pays pilotes	24
B. Liste des institutions ayant collaboré	32
C. Liste des personnes impliquées dans PHAST	33
D. Apporter des changements dans le domaine de l'eau et de l'assainissement: rôle des méthodes participatives PROWWESS et SARAR	38

## Liste des acronymes

Agritex	Services agricoles et techniques (Agricultural Technical and Extension Services) – Zimbabwe
CARE	Co-operative for American Relief Everywhere Inc.
DANIDA	Agence danoise de développement international
ITN	Centre internationaux de formation pour la gestion de l'eau et des déchets (International Training Network for Water and Waste Management)
IWSD	Institut pour le Développement dans le domaine de l'eau et de l'assainissement (Institute of Water and Sanitation Development) – Zimbabwe
KUPP	Projet pilote en zone urbaine de Katwe (Katwe Urban Pilot Project)
KWAHO	Organisation kenyane de l'eau et de la santé (Kenya Water and Health Organization)
MNAECC	Ministère des Affaires nationales, de la Création d'Emploi et des Coopératives
NETWAS	Réseau pour l'eau et l'assainissement (Network for Water and Sanitation)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
PALNET	Réseau d'apprentissage participatif (Participatory Learning Network)
PHAST	Participation à la Transformation de l'Hygiène et de l'Assainissement (Participatory Hygiene and Sanitation Transformation)
PROWWESS	Promotion du rôle des femmes dans les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement (Promotion of the Role of Women in Water and Environmental Sanitation Services)
RDC	Conseil du district rural (Rural District Council)
REH	Hygiène du Milieu rural
RWSG-EA	Programme des Nations Unies pour le développement/Banque mondiale Groupe régional sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement – Afrique de l'Est (United Nations Development Programme/World Bank Regional Water and Sanitation Group – East Africa)
RUWASA	Projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement rural de l'Ouganda (Rural Water and Sanitation Project of the Government of Uganda)
SARAR	Estime de soi, force d'association, esprit d'initiative, planification de l'action et responsabilité (Self-esteem, Associative strengths, Resourcefulness, Action-planning and Responsibility)
ASDI	Agence suédoise de développement international
PNUD/DGIP	Programme des Nations Unies pour le Développement, Division du programme mondial et du programme interrégional
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

---

# Introduction

Le sigle PHAST signifie en anglais Participatory Hygiene and Sanitation Transformation, soit Participation à l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement. Il s'agit d'une nouvelle méthode qui vise à promouvoir les comportements en matière d'hygiène, des améliorations en matière d'assainissement et la gestion communautaire des réseaux d'adduction d'eau et d'assainissement au moyen de techniques particulières, fondées sur la participation.

Le présent document décrit les principes de base sur lesquels repose cette méthode, comment ont été mis au point certains instruments de participation et les résultats d'essais menés sur le terrain dans quatre pays d'Afrique.

L'initiative PHAST est originale en ce sens qu'elle part du principe qu'aucun changement durable de comportement ne peut être obtenu si les gens ne comprennent pas ce qu'ils font et n'y croient pas. Pour résumer cette méthode, des activités précises fondées sur la participation ont été mises au point pour permettre aux groupes communautaires de comprendre eux-mêmes les modes de contamination féco-orale. Ils peuvent alors analyser leur propre comportement en matière d'hygiène à la lumière de cette information et trouver les moyens d'éviter ces modes de contamination.

La méthode a été expérimentée sur le terrain dans quatre pays d'Afrique: le Botswana, le Kenya, l'Ouganda et le Zimbabwe, en milieu urbain comme en milieu rural. Les résultats ont été très encourageants. La méthode a fait participer des groupes communautaires d'une façon qui n'avait jamais été possible auparavant. Les groupes ont imaginé des moyens d'améliorer les comportements en matière d'hygiène dans la communauté, de construire ou d'améliorer les installations existantes et ont établi des plans d'exploitation et d'entretien des installations. L'initiative PHAST a jeté les bases nécessaires pour que les collectivités puissent ensuite poursuivre leur propre développement. Malgré la diversité des communautés et des pays dans lesquels cette méthode a été testée, les résultats ont été partout encourageants. La méthode peut être reproduite avec succès à condition qu'un certain nombre de facteurs soient présents.

Le présent rapport:

- énonce les principes sur lesquels repose cette méthode;
- explique comment la méthode a été mise au point dans le cadre d'ateliers dans la région africaine;
- décrit l'impact de l'initiative sur les communautés et les agents de vulgarisation qui ont pris part à l'essai sur le terrain;
- décrit les enseignements tirés de l'essai sur le terrain;
- explique comment la méthode peut être adoptée plus largement et quels sont les facteurs qui en favoriseraient l'adoption.

L'initiative PHAST a suscité un énorme enthousiasme que nous aimerions faire partager. Ce document est un pas dans cette direction. Il sera suivi d'un guide destiné aux agents de vulgarisation expliquant comment appliquer l'approche au niveau communautaire, d'un ensemble de matériels graphiques destinés à accompagner la méthode et d'un guide du gestionnaire.

# Remerciements

L'initiative PHAST doit son succès à toutes les personnes qui croient à la créativité des êtres humains et à leur capacité de promouvoir le changement s'il leur est présenté correctement. Parmi elles figurent non seulement les formateurs principaux et les agents de vulgarisation qui ont contribué à promouvoir la méthodologie mais aussi les institutions qui ont soutenu cet effort sans nécessairement connaître très précisément la méthodologie.

C'est pourquoi nous remercions le Programme Eau et Assainissement PNUD/Banque mondiale qui a collaboré avec l'OMS dans le cadre de cette initiative.

L'initiative PHAST n'aurait cependant pas été possible sans le soutien et la participation des Ministères de la Santé des quatre pays pilotes: Botswana, Kenya, Ouganda et Zimbabwe, envers lesquels nous sommes reconnaissants. Afin de ne négliger aucune contribution importante, mention doit être faite du Département de Salubrité de l'Environnement du Ministère éthiopien de la Santé, représenté lors de tous les ateliers régionaux.

Nos remerciements s'adressent aussi au Groupe régional Eau et Assainissement – Afrique orientale (RWSG-EA) faisant partie du Programme Eau et Assainissement PNUD/Banque mondiale pour avoir facilité l'adaptation de la méthodologie PROWWESS/SARAR afin de tester PHAST.

C'est pourquoi nous remercions particulièrement le Projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement rural de l'Ouganda (RUWASA), UNICEF au Kenya, au Botswana et au Zimbabwe, le Groupe régional Eau et Assainissement – Afrique orientale, l'Institute of Water and Sanitation Development (IWSD) du Zimbabwe, le Network for Water and Sanitation (NETWAS) du Kenya, CARE International au Kenya, la Kenya Water and Health Organization (KWAHO), le Katwe Urban Pilot Project (KUPP) et WaterAid/Ouganda.

Nous voudrions remercier tout particulièrement Gunnar Schultzberg qui a encouragé la collaboration entre l'Organisation mondiale de la Santé/Hygiène du Milieu rural et le groupe du Programme Eau et Assainissement du PNUD/Banque mondiale à Nairobi (Groupe régional Eau et Assainissement – Afrique orientale). Nos remerciements vont également à Rose Lidonde, Noma Musabayane, T. Motsemme et Therese Dooley qui ont réuni des informations très spécifiques, ce qui n'a pas toujours été facile, pour établir les résumés concernant les pays; à Eric Dudley, José Martinès et Heather MacDonald pour leurs commentaires sur le premier projet. Nos remerciements vont aussi à Anna Girling pour son excellent travail de mise au point rédactionnelle.

De nombreux donateurs ont contribué à l'initiative PHAST, notamment l'Agence suédoise pour le Développement international (ASDI), l'Agence danoise pour le Développement international (DANIDA), l'UNICEF, l'OMS, CARE International au Kenya ainsi que le gouvernement de la Norvège. Leur générosité et leur foi dans le projet ont été essentielles à sa réussite.

**Mayling Simpson-Hebert**

OMS, Genève

# 1. PHAST : Explication

**P** articipatory

**H** ygiene

**A** nd

**S** anitation

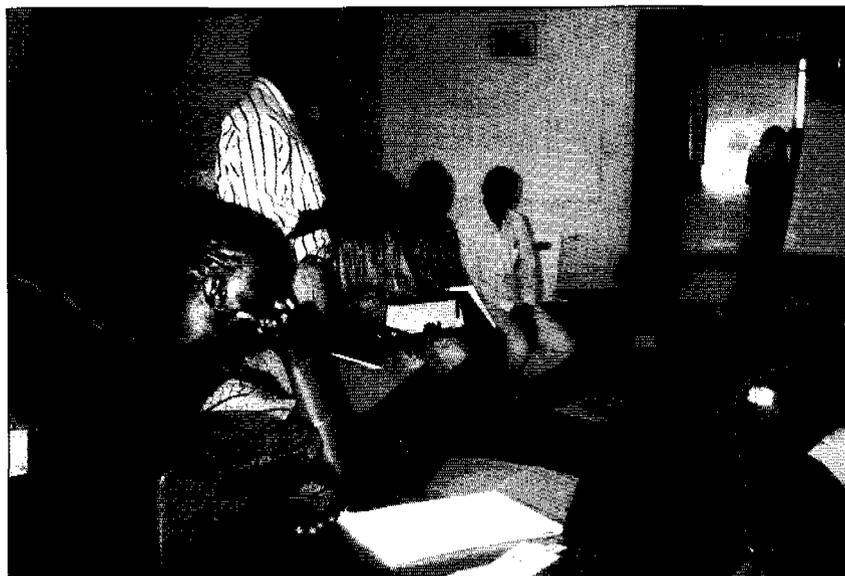
**T** ransformation

**en français : Participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement**

**Il s'agit d'une méthode novatrice visant à promouvoir l'hygiène, l'assainissement et la prise en charge par les communautés des installations d'assainissement et de l'eau. Elle est une adaptation de la méthode SARAR<sup>1</sup> d'apprentissage participatif, fondée sur la capacité innée des êtres humains à s'occuper de leurs problèmes et à les résoudre. Elle a pour but de donner aux communautés la capacité de prendre en charge leur approvisionnement en eau et de maîtriser les maladies liées à l'assainissement, en favorisant *la prise de conscience et la compréhension de la santé* qui, à son tour, entraîne des améliorations dans le comportement et l'environnement.**

PHAST fait appel à des méthodes et du matériel qui stimule la participation des femmes, des hommes et des enfants au processus de développement. Elle repose beaucoup sur la formation d'agents de vulgarisation et

**Instructeurs participant à un atelier de développement PHAST.**



<sup>1</sup> Les lettres SARAR sont les initiales de 'Self-esteem, Associate strenghts, Resourcefulness, Action-planning et Responsibility' (soit: 'estime de soi, force d'association, esprit d'initiative, planification de l'action et responsabilité'). Cette méthode a été mise au point au cours des années 1970 et 1980 par le Dr Lyra Srinivasan et ses collègues pour servir à une variété d'objectifs de développement (voir Annexe D). Son ouvrage principal, où elle décrit sa méthodologie dans le secteur de l'eau et de l'assainissement, s'intitule *Tools for Community Participation, A Manual for Training Trainers in Participatory Techniques*. PROWWESS/PNUD, Séries techniques impliquant les femmes dans les problèmes d'eau et d'assainissement, New York, 1990.

sur l'élaboration de matériel graphique (formant des 'modules') qui sont modifiés et adaptés afin de bien refléter les caractéristiques physiques et culturelles des communautés dans la zone en question. La production du matériel PHAST nécessite par conséquent l'intervention d'artistes et d'agents de vulgarisation formés.

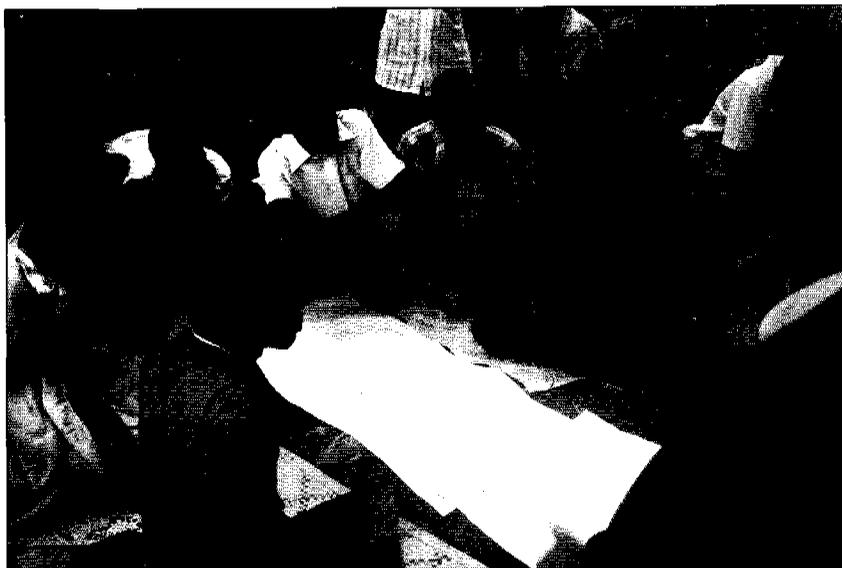
### **Conscience et compréhension de la santé – une condition fondamentale**

L'un des principes sous-jacents de l'initiative PHAST est de considérer qu'il ne peut se produire de modification durable des comportements sans prise de conscience et compréhension de la santé. Les populations doivent croire que l'amélioration de la vie et de la santé passe par celle de l'hygiène et de l'assainissement.

On prétend souvent que la prise de conscience de la santé ne modifiera pas les habitudes des populations en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement. Certains affirment que ceux qui n'ont jamais entendu dire que les germes provoquaient les maladies ne pouvaient pas comprendre le lien existant entre leur comportement et les affections qui en découlent. Et, toujours selon cet argument, même si on le leur enseigne, ils ne s'en soucieront pas. On déclare que ces personnes ont des croyances traditionnelles sur la cause des maladies et que celles-ci prévaudront en dépit de tout ce que l'on pourra enseigner. Pour d'autres, il est possible que les gens comprennent les messages concernant la santé mais, selon eux, seul le désir de statut social, de prestige, de confort ou d'intimité les amène à modifier leur comportement; c'est donc la seule base sur laquelle on puisse promouvoir l'hygiène et l'assainissement.

L'initiative PHAST conteste ces opinions. Premièrement, elle ne nie pas les croyances traditionnelles populaires sur les causes de la maladie. Certaines d'entre elles s'intègrent d'ailleurs dans les théories scientifiques, d'autres pas. D'autres encore pourraient être validées par des essais scientifiques. Partout les populations se fient aux croyances traditionnelles pour expliquer l'origine des maladies et les guérir. Deuxièmement, il arrive que l'on puisse persuader quelqu'un de modifier ses habitudes ou de construire une installation pour des motifs autres que ceux en relation avec la santé (comme le statut social ou l'intimité), mais l'idée d'améliorer les conditions de santé doit également être une motivation. L'initiative PHAST reconnaît que le grand changement des comportements liés à la santé au cours du siècle dernier a été provoqué par l'éducation et la reconnaissance des relations entre les installations d'assainissement publiques et privées, les comportements et les voies de transmission de la maladie. Il n'y a aucune raison de croire que les êtres humains ne puissent pas acquérir partout cette connaissance et agir en fonction de celle-ci. PHAST part donc du principe que toute population peut comprendre les concepts sanitaires et que son comportement ne changera et ne s'installera dans cette modification que lorsqu'elle les aura assimilés et *croira* en eux. La croyance sous-tend en effet toute modification durable du comportement et, sans son apport, les changements disparaissent rapidement au profit des vieilles habitudes. Si c'est le cas, pourquoi les messages d'éducation sanitaire ont-ils souvent échoué dans leurs tentatives de modifier les comportements? Les praticiens de PHAST ont observé que les messages con-

**Membres de la communauté travaillant ensemble et faisant appel à une activité PHAST pour stimuler la discussion et l'échange d'idées.**



ventionnels d'éducation sanitaire sont très largement connus et compris, mais ils ne permettent pas à ceux à qui ils s'adressent d'instaurer les changements. En fait bien peu de ces messages expliquent comment créer un plan de crédit, comment convaincre un mari d'aider à rapporter plus d'eau à la maison, ou comment persuader une belle-mère que sa bru doit assister à une réunion de planification. L'objectif de PHAST n'est pas seulement d'enseigner les concepts de l'hygiène et de l'assainissement (si nécessaire) mais, et c'est encore plus important, de permettre également aux populations de surmonter leur résistance aux changements. Elle tend vers ce but en impliquant tous les membres de la société – jeunes et vieux, hommes et femmes, quel que soit le rang social – dans un processus participatif comprenant: l'évaluation de leur base de connaissances, l'examen de la situation dans leur environnement, la visualisation du futur, l'analyse des résistances au changement, la planification de ce changement et, enfin, sa mise en œuvre.

### **Principes de PHAST sur le développement sanitaire des communautés**

Les principes les plus importants de développement sanitaire des communautés, sous-tendant PHAST sont:

- Les communautés peuvent et doivent déterminer leurs priorités en matière de prévention des maladies.
- Les habitants d'une communauté possèdent en commun une expérience et des connaissances très profondes et étendues dans le domaine de la santé. Dans la plupart des communautés en Afrique (et dans les pays en développement en général), il existe une vaste connaissance, reposant à la fois sur des bases traditionnelles et modernes.
- Les communautés sont capables d'arriver à un consensus sur les comportements dans le domaine de l'hygiène et des techniques d'assainissement les plus adaptées à leur milieu écologique et culturel spécifique.

- Les populations agissent lorsqu'elles comprennent les avantages qu'elles retirent d'un meilleur assainissement.
- Toute personne, quel que soit son niveau d'éducation, est capable de comprendre que les fèces peuvent être nocifs et transmettre des maladies, et peut apprendre à suivre et à décrire la voie féco-orale de propagation des maladies dans son environnement.
- Il existe un ensemble de mesures de barrage que l'on peut prendre pour bloquer cette transmission. Les communautés peuvent identifier les mesures les plus adaptées en fonction de leur perception de l'efficacité et des ressources locales (coût).

Ils dérivent de l'expérience collective des auteurs et de proches collègues ayant travaillé avec des communautés dans le monde entier, certains en faisant appel aux méthodes participatives, d'autres menant des études anthropologiques.

### **Nouveaux principes de développement de l'hygiène et de l'assainissement**

PHAST se fonde sur quelques autres principes pour favoriser l'assainissement. Ceux-ci sont apparus plus récemment, et certains d'entre eux ont été exprimés lors de consultations informelles de l'OMS en 1992 et 1993,<sup>2</sup> puis ont été repris et affirmés ailleurs.<sup>3</sup> Les principes promotionnels mis en place dans la méthodologie PHAST sont les suivants:

- Toute amélioration durable de l'hygiène et de l'assainissement doit se fonder sur une nouvelle conscience de l'interaction complexe entre les éléments liés aux comportements et à la technologie.
- La méthode progressive est le meilleur moyen d'obtenir des améliorations durables : on part de la situation existante dans la communauté et l'on met en place une série de modifications.
- Il a été démontré que l'amélioration des seules pratiques d'hygiène a un impact positif sur la santé, alors que l'amélioration des seules installations n'en a pas. Par conséquent, l'accent doit être mis sur l'amélioration des pratiques d'hygiène, mais la situation idéale serait celle où l'amélioration des pratiques et des installations est menée simultanément.

### **SARAR — méthodologie sous-jacente**

SARAR est la méthodologie participative sous-jacente à l'initiative PHAST. La reconnaissance et l'affirmation des aptitudes innées des êtres humains constitue l'un des principes de base de SARAR. Le système vise à aider les gens à reconnaître en eux ces talents et à les exploiter. Voici deux autres principes importants:

---

<sup>2</sup> Consultation informelle OMS/CDD/CWS sur l'amélioration des pratiques d'hygiène concernant l'approvisionnement en eau et l'assainissement, mai 1992; Consultation informelle OMS/CWS sur les nouvelles orientations pour la promotion de l'hygiène et l'assainissement, mai 1993.

<sup>3</sup> Voir par exemple le Rapport de l'UNICEF *Report from the Eastern and Southern African Region Workshop on Sanitation*, du 25 au 30 octobre 1994 à Harare, et le *Report of the Water and Sanitation Collaborative Council Working Group on Sanitation*, d'octobre 1995.

- La meilleure façon pour les individus de résoudre leurs problèmes est de participer à un processus de groupe.
- Collectivement le groupe a assez d'informations et d'expérience pour commencer à s'attaquer à ses propres problèmes.

Les autres principes importants de SARAR sont:

#### **Principes sur l'apprentissage**

- Le groupe est le meilleur moyen d'obtenir un apprentissage durable, car il aide à produire un changement normatif et, finalement, une modification durable des comportements parce qu'elle est socialement acceptée et approuvée.
- Le milieu d'apprentissage est adéquat lorsqu'il donne au groupe la possibilité d'examiner collectivement l'expérience et les informations existantes, d'arriver ainsi à un niveau plus profond de compréhension et d'avoir une idée claire de l'action à mener.
- Les changements durables surviennent plus facilement lorsque l'apprentissage est basé sur le concept plutôt que sur le message.
- En comparaison des démarches fondées sur les messages, les nouveaux concepts permettent d'assimiler et de traiter un plus grand nombre d'informations nouvelles.
- Le rassemblement des concepts établit la base d'un changement normatif, qui devient le modèle des comportements futurs.
- L'alphabétisation, l'éducation formelle et les messages d'hygiène et d'assainissement ne constituent pas des conditions préalables pour prendre des décisions efficaces.

#### **Principes sur la prise de décision**

- Les personnes les plus concernées par un problème sont les plus à même d'en trouver la solution (principe qui s'applique également dans le cadre des programmes ou de la communauté).
- Ceux qui prennent les décisions s'engagent à les suivre – amenant ainsi la durabilité.
- C'est la communauté qui comprend le mieux sa propre situation. Son engagement aura pour résultat un niveau plus élevé d'efficacité et de durabilité que celui obtenu pour des solutions imposées de l'extérieur.
- Les communautés sont capables de décrire exactement leur situation actuelle et leurs problèmes, et de visualiser les améliorations possibles dans le futur.
- Plus les gens investissent de ressources personnelles dans le changement, sous forme de matériel ou d'argent, plus ils s'engagent à le réaliser.
- L'estime de soi est une condition préalable à la prise des décisions et au suivi de celles-ci.

### **Principes sur les mécanismes d'échanges et de découverte de l'information**

- Les échanges et la découverte de l'information améliorent la confiance en soi du groupe et des individus.
- Lorsque des personnes savent qu'elles ont la responsabilité de trouver une solution, elles commencent par vouloir s'informer. Cette demande ouvre la voie au dialogue et à l'échange d'informations.
- En favorisant l'apprentissage mutuel de leurs membres, les communautés en viennent à reconnaître leurs ressources en matière de connaissances.
- Par une méthode créative de l'apprentissage, fondée sur la découverte active, les individus peuvent évaluer leur comportement et le modifier, et les communautés sont à même de choisir et de mettre en route leur développement.
- Le meilleur moyen de donner l'information technique, c'est de répondre aux besoins identifiés par la communauté, à la suite du processus d'identification et d'analyse des problèmes qu'elle a suivi. Les interventions externes, s'accompagnant d'informations et d'aides techniques à un stade trop précoce, interrompent le processus et ont un impact négatif.
- L'application de SARAR, tant au niveau communautaire qu'institutionnel, libère l'énergie créatrice permettant d'alimenter la dynamique du développement et de stimuler la réflexion sur de nouveaux objectifs et aspirations.

### **Facteurs clés nécessaires à une participation effective**

Le processus participatif ne fonctionne que s'il existe un respect de la connaissance et des idées des personnes, s'accompagnant de la reconnaissance claire des apports personnels et collectifs, de la foi dans le potentiel créatif de l'être humain et dans la synergie du processus participatif, d'un minimum de structure avec un maximum de participation, et de l'engagement à créer la possibilité d'expression pour les participants.

En résumé, l'approche de SARAR est persuasive, centrée sur le message et orientée sur la croissance (plutôt que descendante, allant du sommet vers la base). C'est une méthode d'apprentissage axée sur l'individu et qui cherche systématiquement à faire appel aux capacités humaines profondes de changement créatif motivé par l'individu lui-même et à canaliser ces forces de transformation dans un processus de groupe.

Afin d'obtenir le maximum de réussite, il faut appliquer de façon consistante, juste et à *tous les niveaux* ces principes de prise en charge personnelle. Là où ce n'est pas le cas, il y a un risque élevé que les objectifs fixés au départ ne soit pas atteints ou que le processus dégénère en cours de route. Il est donc important d'identifier les facteurs renforçant la participation effective, et de reconnaître et éviter ceux qui l'inhibe.

L'initiative PHAST a pu mettre en œuvre ces principes aux niveaux international, multinational, national, et communautaire.

## 2. Les débuts de PHAST

Partageant leur foi dans les principes énoncés au chapitre précédent, le Groupe pour l'Afrique orientale du Programme commun du PNUD et de la Banque mondiale sur l'eau et l'assainissement (RWSG-EA), sous l'égide du projet PROWWESS,<sup>4</sup> et l'unité d'Hygiène du Milieu rural (REH) de l'OMS à Genève se sont joints pour élaborer et tester une nouvelle démarche.

### Principes de fonctionnement du partenariat

Dès le départ, il a été décidé que l'OMS, PROWWESS et tous leurs partenaires sur le terrain suivraient eux-même un processus d'apprentissage participatif lors de l'essai de l'Initiative PHAST en Afrique. La mise au point des méthodes et du matériel et la formation des instructeurs se fondaient sur les mêmes principes d'apprentissage que ceux appliqués au niveau des communautés. Par exemple:

- Encouragement de l'adaptation locale maximale et de l'innovation.
- Application par l'Initiative d'une méthode d'apprentissage adaptable, plutôt que l'établissement d'un ensemble de modules à suivre. C'était reconnaître que les responsables de l'initiative n'avaient pas toutes les réponses et que le projet devait être expérimental et créatif.

**Artiste local travaillant dur à la création, pour l'initiative PHAST, d'un ensemble d'outils graphiques adaptés aux conditions locales.**



<sup>4</sup> Le sigle PROWWESS est l'acronyme de 'Promotion of the Role of Women in Water and Environmental Sanitation Services' (soit: 'Promotion du rôle des femmes dans les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement'). Lors de la décennie internationale de l'eau potable, PROWWESS, projet sous l'égide du PNUD, a fait de la méthodologie SARAR sa stratégie primaire de promotion de la participation et de l'engagement des femmes dans les projets concernant l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Au cours de la dernière décennie, PROWWESS a fourni la formation et l'appui à des programmes dans près de 20 pays africains. Le travail en Afrique anglophone en particulier s'est intensifié en 1990, lorsque PROWWESS a commencé à se joindre au Programme commun du PNUD et de la Banque mondiale de l'eau et d'assainissement, et qu'on a affecté un spécialiste de SARAR pour travailler avec le groupe régional d'Afrique orientale et australe basé à Nairobi. En partenariat avec les centres du Réseau international de formation (RIF) de la Banque mondiale, le NETWAS à Nairobi et l'IWSD à Harare, PROWWESS a concentré ses efforts sur le développement d'équipes nationales de spécialistes de la formation et du développement participatif.

- Propriété commune des méthodes et des matériels produits, avec la reconnaissance nécessaire des contributions des différents partenaires dans les phases ultérieures d'application.
- Partage avec les partenaires des enseignements tirés du processus.
- Equipe de base dans chaque pays pour coordonner les activités, rechercher les aides financières et diffuser les enseignements acquis.

### Choix des pays

Ayant réussi à unifier les esprits et à prendre la décision de travailler ensemble, l'OMS et PROWWESS ont sélectionné cinq pays pilotes selon les critères suivants:

- Existence d'un encadrement constitué par des personnes formées par PROWWESS.
- Au moins deux ou trois projets en cours avec l'aide importante du gouvernement, et de préférence, de donateurs externes.
- Grande possibilité d'implication pour les organisations non gouvernementales (ONG).
- Engagement à s'impliquer dans un projet d'apprentissage coopératif, soigneusement documenté, pendant au moins un an et sans doute plus longtemps.

Le Kenya, l'Ouganda et le Zimbabwe remplissaient tous ces critères. (PROWWESS est actif au Kenya depuis 1985, au Zimbabwe depuis 1986, et en Ouganda depuis une date plus récente, 1992). Malgré l'absence de formation antérieure PROWWESS au Botswana, et en réponse à la demande pressante du Ministère de la Santé de ce pays, du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et de l'Agence suédoise de coopération pour le développement international (ASDI), cet Etat a également été invité à participer à la phase expérimentale. A l'origine l'Ethiopie avait l'intention de participer, mais elle s'est trouvée dans l'impossibilité d'organiser une activité pilote à cause de la décentralisation des services gouvernementaux. Les activités expérimentales se sont donc déroulées dans quatre pays seulement: au Botswana, au Kenya, en Ouganda et au Zimbabwe.

Le programme régional expérimental de 18 mois a été mis en place en collaboration avec les pouvoirs publics de ces pays et en partenariat étroit avec l'UNICEF (notamment au Kenya, au Zimbabwe et au Botswana) et diverses ONG régionales et nationales (par exemple CARE, KWAHO, WaterAid). Les centres du Réseau international de formation (RIF)<sup>5</sup> de la Banque mondiale ont joué un rôle important en préparant, coordonnant et surveillant les activités participatives pour la promotion de l'hygiène.

L'essentiel du financement a été apporté par l'ASDI, par l'intermédiaire de l'OMS, et par la Norvège, par l'intermédiaire d'une allocation

<sup>5</sup> Le Réseau international de formation à la gestion de l'eau et à l'assainissement (RIF) est l'un des éléments du Programme commun du PNUD et de la Banque mondiale sur l'eau et l'assainissement. Les centres RIF assurent la formation, diffusent l'information et favorisent localement la recherche sectorielle appliquée sur les options peu coûteuses d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

participative au fonds de développement destinée au Programme commun du PNUD et de la Banque mondiale sur l'eau et l'assainissement. En outre, l'UNICEF a aidé à parrainer un certain nombre de participants aux ateliers régionaux et continue de jouer un rôle très important dans le projet. Divers donateurs, comme l'Agence danoise de développement international (DANIDA) et l'ASDI ont contribué au financement des activités au niveau national.

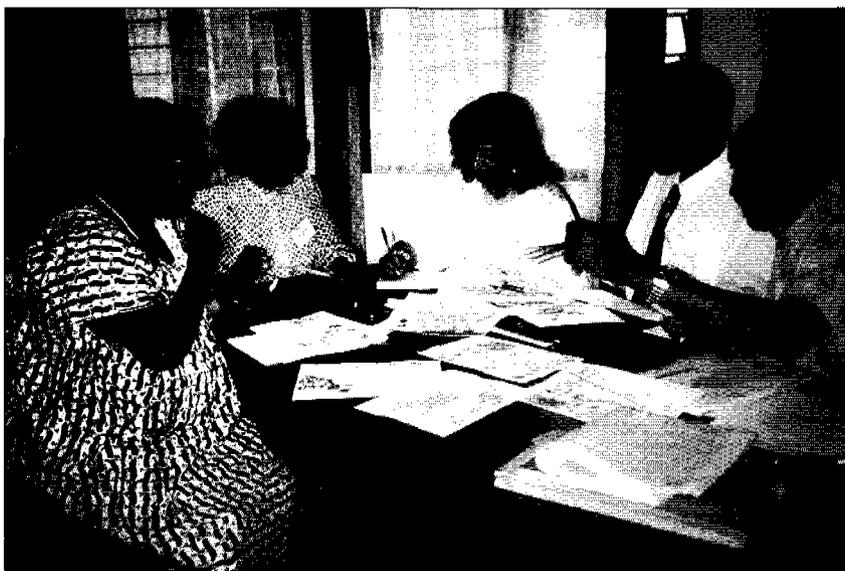
Afin de favoriser au maximum l'appartenance du processus au projet et au pays, les bailleurs de fonds ont convenu de ne financer que les activités régionales et multinationales. On attendait des participants qu'ils génèrent eux-même le financement des activités au sein de leur pays. Même si l'OMS et PROWWESS/RWSG-EA ont apporté un soutien suivi au processus, ils ont essayé de maintenir une distance suffisante afin d'inciter à un degré maximal l'initiative et la direction des opérations par leurs contreparties nationales et régionales. En conséquence, de fortes 'équipes de base' sont apparues, rassemblant des personnes issues d'institutions et de secteurs divers et collaborant pour coordonner les ateliers de formation et la mise en œuvre sur le terrain.

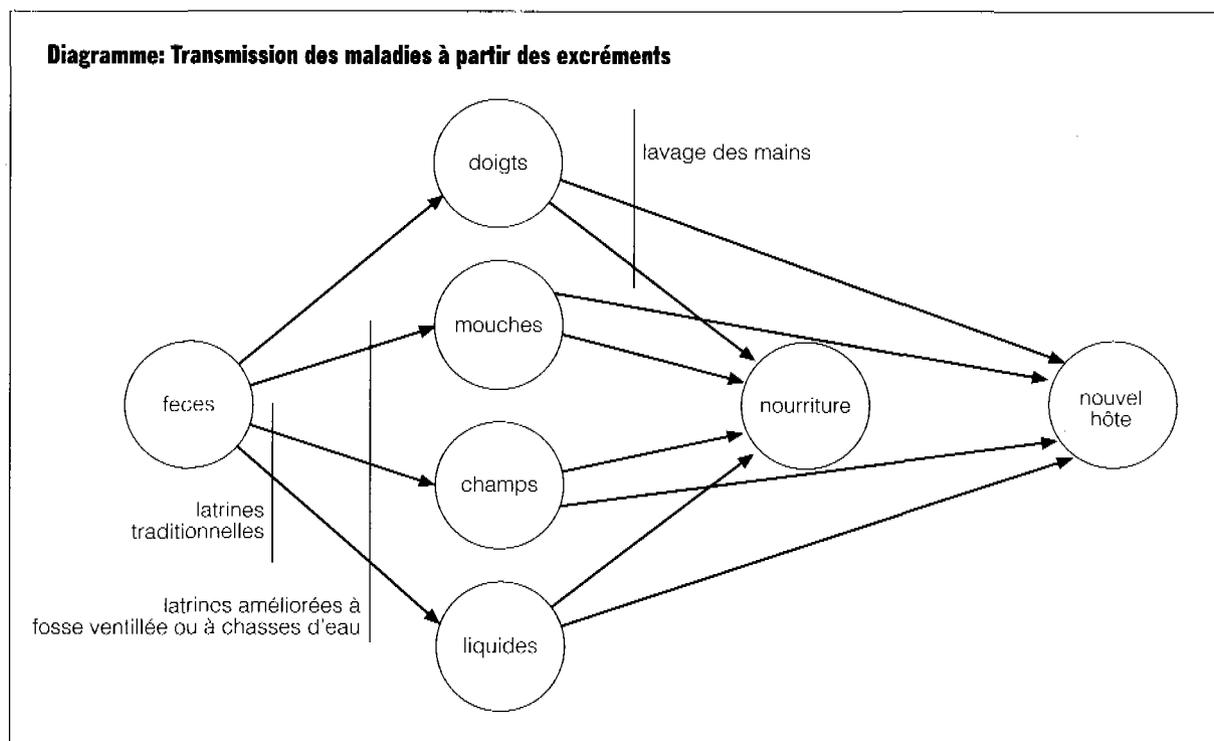
### Deux ateliers de création

Le programme PHAST a démarré officiellement en septembre 1993 avec une semaine d'atelier de planification préalable à Nyeri (Kenya). Les 12 participants de cet atelier comprenaient des spécialistes internationaux et régionaux ayant une excellente compréhension des outils épidémiologiques et méthodologiques, des représentants nationaux et des artistes.

Cet atelier de création a été conçu pour élaborer un ensemble de méthodes, de matériel et de modules basés sur le concept et intégrant les notions fondamentales de l'épidémiologie à la méthodologie SARAR. Nous allons décrire à ce stade sept des instruments clefs utilisés au cours de cet atelier.

**Formateurs travaillant ensemble pour se familiariser avec la méthodologie PHAST.**



**Diagramme: Transmission des maladies à partir des excréments**

Source: Wagner & Lanoix 1958, modifiée par Winblad 1993 (non publié)

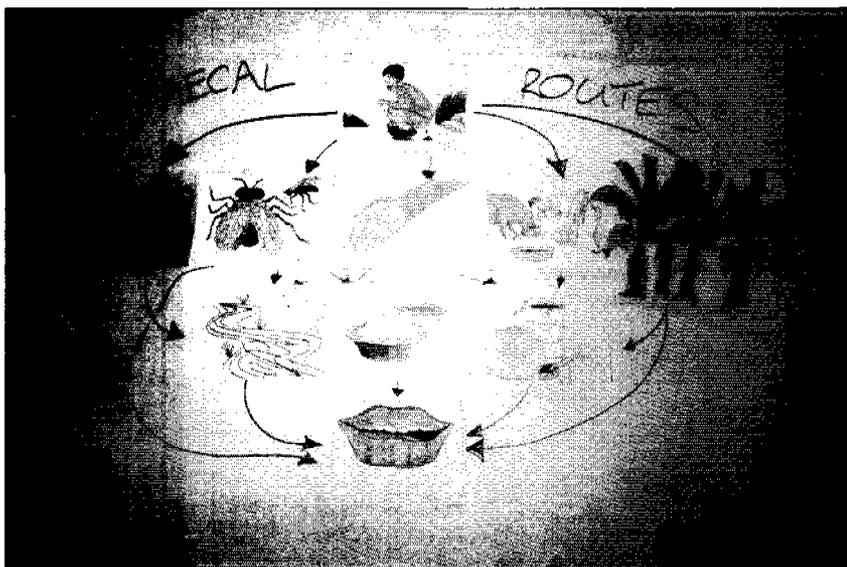
**Voies de contamination:** Fondée sur le diagramme ci-dessus, cette activité fait appel à un ensemble de posters dépeignant les différentes étapes et vecteurs de la contamination par les fèces, afin d'aider les communautés à analyser et à organiser leur connaissance de la transmission des affections diarrhéiques. Cette activité donne également un cadre à l'assimilation de nouvelles idées et concepts sur ce mode de contamination.<sup>6</sup>

**Matrice de barrage:** A la suite des exercices sur les voies de transmission décrits ci-dessus, cette activité fait appel à un ensemble d'images des barrages courants (à la fois technologiques et comportementaux) pouvant être utilisés pour 'bloquer' les principales voies de transmission féco-orale des maladies. La matrice inclue deux variables pour classifier les barrages selon leur 'efficacité' et leur 'valeur pratique' (c'est-à-dire leur facilité d'application). Au niveau de la communauté, la matrice peut être remplacée par un processus progressif d'élimination, en identifiant tout d'abord les barrages les plus efficaces et en leur donnant des priorités en fonction de leur valeur pratique relative.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> C'est PROWWESS (Ron Sawyer et William Samson) qui, à l'origine, a mis au point cet instrument pour le programme d'assainissement rural du Lesotho. Avant l'initiative PHAST, le Ministère de la Santé du Zimbabwe et l'UNICEF ('blocage des voies de contamination'), le Projet Yacupaj en Bolivie et le Programme d'éducation sanitaire Kumasi au Ghana, ont utilisé des adaptations de cet instrument.

<sup>7</sup> L'utilisation de cette matrice a été introduite spécialement pour l'atelier de planification préalable de PHAST. Chaque programme a ensuite modifié cet instrument selon ses objectifs spécifiques. Au cours de l'atelier de suivi de PHAST, en décembre 1994, WaterAid/Ouganda a fait une démonstration particulièrement utile de l'emploi de cet instrument dans l'identification des besoins. L'activité a été ensuite modifiée davantage, devenant une 'matrice d'instruments' utilisable dans les ateliers de formation afin d'analyser la pertinence des diverses techniques participatives et matériels SARAR-PHAST.

Exemple d'activité créée par un groupe sur les voies de contamination.



Groupe dans une communauté observant attentivement les images faisant partie d'une activité de 'classement en trois piles'.



**Les échelons de l'assainissement:** Cet ensemble de posters a été conçu pour aider les membres de la communauté à définir leur propre situation sur l'échelle de différentes options d'assainissement et à déterminer les avantages relatifs et la faisabilité des divers niveaux d'amélioration.<sup>8</sup> L'activité franchit une étape supplémentaire en identifiant les obstacles possibles à la mise en place des améliorations proposées pour l'assainissement, à cause des attitudes ou des comportements.

**Le classement en trois piles:** Ce puissant outil SARAR a été facilement adapté à l'Initiative PHAST. Il s'agit d'un ensemble d'images montrant des situations liées à l'hygiène et à l'assainissement qu'il s'agit d'évaluer comme

<sup>8</sup> Josiah Omotto a conçu cette activité pendant l'atelier de planification préalable afin de prendre en compte le concept d'améliorations graduelles, spécifiques à la situation – les échelons de l'assainissement – dont l'architecte Suédois Uno Winblad s'est fait le promoteur.

'bonnes', 'mauvaises' ou 'entre les deux'. Hormis la stimulation d'un degré élevé d'engagement dans la communauté, cette activité s'est révélée particulièrement utile pour mettre à jour la profondeur et l'étendue des connaissances locales en matière de santé, en fournissant le cadre d'un consensus autour des comportements et des techniques d'assainissement appropriés.

**Tableau de poche:** C'est un outil d'enquête. Il a été utilisé pour recenser où les gens défèquent et où ils recueillent l'eau. On peut également l'employer comme un outil d'évaluation. On peut comparer les tableaux recueillis à des moments différents: par exemple à propos des lieux de défécation avant le début du projet d'hygiène et d'assainissement et un an plus tard.

**Dr Akili Sana:** Cette activité aide les communautés à percevoir la différence entre les maladies demandant *des soins curatifs* de la part d'agents de santé (traditionnels ou modernes) et les problèmes sanitaires que l'on peut traiter au moyen d'une *stratégie préventive*, à l'initiative des membres de la communauté eux-mêmes. Les problèmes liés à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement relèvent en général de cette deuxième catégorie.<sup>9</sup>

**Carte de la communauté:** Les habitants sont encouragés à dessiner une image de leur communauté montrant son approvisionnement en eau et ses équipements d'assainissement. Souvent, ils incluent divers problèmes d'environnement, comme le drainage insuffisant où les décharges à ciel ouvert. Cette activité s'emploie parfois pour aider les communautés à visualiser la situation générale dans laquelle elles se trouvent et celle à laquelle elles aspirent.

Deux formatrices se familiarisant avec la géographie de la communauté en réalisant elles-mêmes une carte.



<sup>9</sup> Au cours de l'atelier de planification préalable, Keith Wright, spécialiste de la participation, a introduit cette activité qui a été ensuite adaptée avec succès à différents contextes culturels en changeant le nom du médecin.

Un atelier de formation des instructeurs à Mukono (Ouganda), en octobre 1993, a suivi celui de planification préalable au Kenya. Parmi les participants se trouvaient des formateurs expérimentés d'agents de vulgarisation, en provenance des quatre pays impliqués. A la fin de l'atelier, les participants avaient élaboré leurs propres plans d'application sur le terrain, d'adaptation et d'évaluation des méthodes de promotion de l'hygiène. Ils avaient également reconnu le potentiel d'aide disponible dans chaque pays, sous forme de financement et de soutien de la part des institutions.

### Essais sur le terrain

Les participants de l'atelier en Ouganda sont retournés dans leurs pays respectifs, ont organisé des ateliers de formation au niveau national et à celui des districts, ont continué d'adapter les méthodes et les outils aux situations locales et les ont essayé sur le terrain sur au moins trois sites dans chaque pays.

- Au Botswana: la méthode a été conduite dans sept districts et 72 agents de vulgarisation ont été formés.
- Au Kenya: six districts ont participé et 4 071 habitants de communautés et agents de vulgarisation ont été exposés à la méthode PHAST.
- En Ouganda: six districts, 14 400 habitants de communautés et agents de vulgarisation ont été impliqués avec succès.
- Au Zimbabwe: le projet expérimental a été étendu à sept districts, et près de 1 000 agents de vulgarisation et 3 285 habitants de communautés ont été formés.

Cette méthode d'apprentissage adaptatif (par opposition à normatif) a généré, comme on s'y attendait plus ou moins, des programmes de promotion de l'hygiène distincts pour chaque pays participant, ainsi qu'un élan et un engagement énormes. Le synopsis des expériences dans les pays pilotes est fournis dans l'Annexe A.

**Ecoliers complètement absorbés  
par une activité PHAST.**



### **Surveillance et évaluation**

L'une des caractéristiques essentielles de l'Initiative PHAST, c'est le mécanisme mis en place pour contrôler les progrès et les enseignements tirés de l'expérience. Le système a évolué graduellement et a compris aussi bien le recours à des spécialistes externes de la documentation que des consultations entre plusieurs pays pour partager les progrès. Au moment de l'atelier final pour discuter des résultats, un an plus tard seulement, tous les pays ont produit des preuves bien documentées de l'impact du projet au niveau des communautés et des enseignements pour de futurs projets et programmes (voir diagramme page 15).

## Résumé de l'initiative PHAST

### Février 1993

#### Naissance de l'initiative PHAST

##### *Partenaires*

Programme commun du PNUD et de la Banque mondiale sur l'eau et l'assainissement  
OMS  
PROWWESS

### Février-Août 1993

#### Choix des pays:

Botswana  
Kenya  
Ouganda  
Zimbabwe

### Septembre 1993

#### 1er atelier de planification préalable de PHAST d'une semaine, Nyeri (Kenya)

##### *Participants*

- Spécialistes régionaux et internationaux
- Représentants nationaux
- Artistes

### Octobre 1993

#### Atelier PHAST pour la formation des instructeurs à Mukono (Ouganda)

##### *Résultats*

- Plans d'application sur le terrain
- Identification des sources de financement et de soutien

### Décembre 1993 – Novembre 1994

#### Début des projets nationaux sur le terrain

##### *Activités*

- Ateliers de formation aux niveaux national et du district
- Elaboration des méthodes et de modules spécifiques au pays
- Essais dans au moins 6 sites de chaque pays

### Décembre 1994

#### Atelier de suivi à Harare (Zimbabwe)

- Présentation de rapports écrits sur des études de cas
- Evaluation du progrès
- Modifications si nécessaire et poursuite de l'initiative sur le terrain

### Novembre 1996

Publication du Rapport sur l'initiative PHAST, résumant les résultats et les leçons à tirer des 4 projets sur le terrain

### Activités Futures

- Proposition d'un examen externe des 4 projets expérimentaux de l'initiative PHAST
- Publication d'un guide PHAST, d'un matériel de promotion pour le travail avec les communautés, et d'un guide du gestionnaire
- Production d'une vidéo PHAST

### 3. L'impact sur les communautés

Les quatre pays participant aux essais sur le terrain se sont réunis en décembre 1994 lors d'un atelier de suivi à Harare (Zimbabwe) afin de rapporter et de mettre en commun leurs résultats. Comme les essais ont eu lieu sur de nombreux sites, nous avons sélectionné quelques exemples seulement pour le présent document. Les réponses des communautés pilotes ont été cependant très positives. Voici le commentaire d'une kenyane âgée de 84 ans qui résume bien les sentiments ressentis: "Toute ma vie des gens sont venus ici pour nous dire ce que nous devons faire. C'est la première fois que quelqu'un écoute ce que nous avons à dire".

#### Exemples

En huit mois dans une communauté rurale du Zimbabwe, 24 latrines restées inachevées ont été terminées et les puits de 18 familles ont été modernisés. En outre, le technicien local d'hygiène de l'environnement a noté que deux fois plus de personnes assistaient aux réunions qu'il organisait pour discuter de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans le village et qu'elles restaient plus longtemps que dans le passé. Il lui arrivait même d'être en retard à son rendez-vous suivant parce que les discussions étaient fort animées et les habitants de la communauté désiraient aborder de nouvelles questions, comme l'hygiène de la viande ou la construction des maisons.

Dans une école au Botswana, les pouvoirs publics avaient fait construire un ensemble de latrines. Il y avait des installations pour se laver les mains, mais pas de savon. Les enseignants et les parents ne pouvaient accepter cette situation et décidèrent de créer un fonds destiné à acheter des distributeurs de savon et à les alimenter. En se cotisant, la majorité des parents réunirent la faible somme nécessaire pour réaliser cette amélioration. Les enseignants parlèrent du lavage des mains dans leurs cours, en particulier pour les plus jeunes enfants, et aidèrent les élèves à organiser le nettoyage des latrines à tour de rôle.

En Ouganda, dans une communauté périurbaine d'artisans à faibles revenus, les habitants construisirent des latrines, organisèrent le fonctionnement et l'entretien des conduites communales, négligées jusque là, collectèrent une taxe pour payer les ouvriers entretenant les conduites et les points d'eau, et organisèrent leur propre système de contrôle de l'assainissement dans la communauté, le tout dans les six mois qui suivirent la visite initiale d'une assistante de terrain. La communauté adopta le matériel graphique et les techniques de discussion proposés par l'assistante, afin de poursuivre les efforts de développement en son absence.

Dans un village d'Ouganda, la communauté décida de faire une carte afin d'y recenser le nombre croissant de latrines familiales et les sources d'eau améliorées. Ils demandèrent à un artiste local de dessiner leur village, de marquer chaque foyer ayant construit ou fait construire des latrines, et de montrer également les zones où l'eau et l'assainissement posaient problème. Cette carte est accrochée désormais dans le bureau du responsa-

ble local et on la sort lors des réunions du comité du village ou de visites d'officiels ou d'invités de marque.

Une communauté du Zimbabwe soumit spontanément au département concerné des pouvoirs publics un rapport sur leur situation dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. Sachant que de nombreux foyers manquaient de latrines et que la plupart des sources du village n'étaient pas protégées, ils décidèrent qu'ils avaient besoin d'aide pour apporter les modifications nécessaires. Dans le passé, ils avaient attendu que l'agent des pouvoirs publics vienne, leur dise ce qu'il fallait faire, et leur donne des aides, en général sous forme de sacs de ciment. Cette fois-ci, les habitants de la communauté savaient ce qu'ils désiraient et ne voulaient plus attendre.

Au Kenya, une communauté tint une réunion sur l'eau et l'assainissement en l'absence de l'agent de vulgarisation qui ne vint pas à son rendez-vous. Lors de ses deux visites précédentes, elle avait fait appel à une nouvelle méthodologie pour aider les habitants de la communauté à identifier leurs problèmes. Ils désiraient désormais poursuivre cette action, avec ou sans elle, et décidèrent d'essayer certaines des techniques auxquelles elle avait eu recours lors de ses visites.

### **Réalisations communes dans la phase expérimentale**

Les participants au programme venant des quatre pays impliqués identifièrent un ensemble de résultats semblant s'être répartis assez uniformément dans toutes les communautés exposées à PHAST:

- L'estime de soi est générale: les habitants de toutes les communautés croient en leur aptitude à résoudre leurs problèmes. Ils n'attendent pas que des personnes extérieures leur amènent des solutions. Ils savent que ce qu'ils peuvent faire eux-mêmes, avec les ressources existantes, suffit à améliorer significativement leur santé et leur environnement.
- Ils ont tous une compréhension de base des implications sur la santé qu'ont un approvisionnement en eau et un assainissement de mauvaise qualité. Ils savent comment certaines des maladies qu'ils connaissent sont le plus fréquemment liées aux excréments. Ils comprennent *pourquoi* on ne peut venir à bout de ces maladies qu'en retirant de l'environnement les excréments (et même ceux des enfants), en évitant la contamination de l'eau et en se lavant les mains.
- Tous ont le sens du but commun et une manière de planifier le changement dans leurs communautés.
- Tous ont un agent de vulgarisation positif et engagé, essayant de leur permettre de planifier leur propre avenir. Cet agent n'a pas toutes les réponses aux problèmes d'une communauté donnée, mais il comprend désormais comment aider les habitants à trouver ces réponses. Il trouve son travail plus enrichissant et peut en voir l'impact, ce qui lui donne une plus grande satisfaction et le rend plus heureux que jamais dans son travail.

Il ne faut cependant pas oublier que ces communautés sont situées dans quatre pays différents, parlent des langues différentes, se trouvent dans

des zones urbaines ou rurales, présentent une variété d'idées reçues sur la santé, l'eau et l'assainissement et, alors que la plupart ont de faibles revenus, ceux-ci varient d'une communauté à l'autre. Pourtant, malgré leurs différences, elles font face chaque jour aux mêmes problèmes.

Il y a seulement un an, elles avaient en commun:

- Un approvisionnement proche en eau saine insuffisant.
- De mauvaises conditions d'assainissement.
- Des pratiques en matière d'hygiène faisant encourir des risques pour la santé.
- La croyance commune que leur pauvreté et leur ignorance les empêchaient d'apporter des modifications à leur situation concernant l'approvisionnement en eau et l'assainissement, et que quelqu'un d'autre devait en prendre la responsabilité pour eux.

### **L'impact sur les agents de vulgarisation**

L'impact de PHAST sur les agents de vulgarisation a constitué l'un des aspects les plus gratifiants du projet. Les participants de la phase expérimentale ont rapporté que:

- Les agents de vulgarisation respectent la communauté et croient en eux-mêmes.
- Ils ont du matériel graphique qui les aide à entrer en relation avec la communauté d'une manière non directive; la communauté peut ainsi raconter son histoire et commencer à planifier les améliorations.
- L'un des ateliers de base auxquels ils ont participé leur a donné confiance pour commencer à utiliser et adapter ces outils.
- Ils ont la possibilité d'interagir avec d'autres agents de vulgarisation et le personnel du projet qui partagent une vision commune et ont la volonté de tirer les leçons de leurs expériences et de prendre ainsi encore plus confiance.
- Ils ont la sensation du soutien de leur encadrement, qui leur permet d'explorer leurs propres aptitudes, de concevoir leur interaction avec la communauté et de s'impliquer dans le contrôle de cette interaction.

Tous ces éléments positifs les motivent pour adopter cette nouvelle démarche, bien qu'ils ne reçoivent pas de rémunération supplémentaire ou d'autre incitation qu'une plus grande satisfaction dans leur travail. Les animateurs ayant participé à l'Initiative ne désirent pas revenir à leurs anciennes méthodes de travail.

---

## 4. Les enseignements de l'expérience

### Sur le changement des comportements

La méthodologie SARAR vise à la croissance personnelle et au développement participatif. Lorsqu'on l'applique à l'assainissement et à l'hygiène personnelle, elle fonctionne bien en favorisant *des modifications durables du comportement et la prise en charge par la communauté*.

Alors que ce projet a eu recours à la méthode SARAR pour mettre l'accent sur les modifications des pratiques d'hygiène, elle a également amené la construction de latrines et d'autres améliorations physiques du milieu dans les communautés. Elle les a encouragés à mettre en place leur propre système de fonctionnement et d'entretien, le paiement des services et la surveillance du comportement dans la communauté et les foyers en utilisant des indicateurs qu'elles ont elles-mêmes définis. L'enseignement que nous en avons donc tiré est que, lorsque les gens comprennent la relation entre leur environnement, leur santé et leur bien-être, ils définissent et accomplissent les étapes nécessaires à l'amélioration de la situation. Ils ne désirent pas forcément se limiter aux modifications de comportement suggérées par le programme. En fait, ce programme leur permet d'agir au-delà des pratiques d'hygiène en leur donnant les techniques pour améliorer la participation, la visualisation et la communication. Ainsi que l'a déclaré un chef de village, 'avant que vous veniez, notre *panga* (machette) était émoussée. Vous nous avez aidé à l'aiguiser de nouveau'. Le programme a eu pour résultat de faire acquérir aux populations les aptitudes nécessaires pour faire progresser leur développement. Les pratiques d'hygiène et l'assainissement semblent donc être un bon point de départ pour stimuler l'intérêt des communautés sur les améliorations générales à apporter à l'environnement et sur les facteurs nécessaires pour les faire durer, comme le fonctionnement, l'entretien, le recouvrement des frais, l'autocontrôle et l'évaluation.

La méthodologie SARAR encourage la libre expression, sans inhibition, et permet aux personnes externes de mieux écouter ce que les communautés ont à dire. Les intervenants extérieurs sous-estiment en général les connaissances qu'elles possèdent. La démarche SARAR les aide à respecter l'intuition et les ressources qui y sont présentes.

SARAR fonctionne particulièrement bien lorsqu'il y a peu de ressources. Elle permet aux communautés de décider du rapport coûts/bénéfices et les aide à déterminer leurs besoins réels, les efforts qu'elles sont prêtes à fournir sous forme d'argent, de ressources et de temps. Nous avons appris que les subventions tendent à démotiver les contributions et les initiatives locales.

### Sur les conditions du succès

Un programme participatif, destiné à renforcer l'autonomie des communautés, nécessite certains facteurs qu'on ne trouve pas couramment dans les programmes typiques s'occupant de l'approvisionnement en eau et de

l'assainissement. Ces facteurs sont essentiels pour initier, faire durer et diffuser la méthode participative, et peuvent être regroupés dans trois domaines.

**L'environnement institutionnel:** Il faut établir une structure institutionnelle appropriée favorisant la démarche participative. Les incitations et les récompenses pour ceux qui travaillent sur le terrain doivent refléter les objectifs du programme. Au lieu de prendre par exemple comme critère de réussite le nombre de pompes manuelles ou de latrines installées, le succès devrait se mesurer par le nombre de communautés organisées et actives dans l'élaboration et l'accomplissement de leurs propres buts. Cette institution aura besoin de personnel formé à la méthodologie PHAST (SARAR) et à qui l'on devra donner beaucoup de temps pour travailler avec les communautés. Il faut également reconnaître que certaines d'entre elles ont besoin de plus de temps que d'autres pour décrire leurs problèmes, visualiser leurs besoins et mettre en route les changements.

**Ressources:** Un programme participatif n'a pas seulement besoin d'un personnel en nombre suffisant. Voici d'autres éléments essentiels: l'assurance d'un moyen de transport ou l'argent nécessaire au déplacement par les transports publics, l'indemnité journalière pour les agents de vulgarisation passant de nombreuses nuits dans les communautés et le matériel pédagogique complet. Sur le terrain, les employés auront besoin de fonds pour payer les artistes et les fournitures comme du papier ou des photocopieuses pour dupliquer le matériel. Le budget d'un programme doit comprendre l'allocation pour les ateliers de formation à la méthodologie, les déplacements sur le terrain, les artistes et le matériel.

**Engagement politique:** Élément le plus important, les méthodologies participatives nécessitent l'engagement politique au plus haut niveau. Sans cet engagement, il est improbable que réussisse une démarche aussi inhabituelle avec toutes ses caractéristiques particulières.

### Sur la façon de commencer

L'expérience a montré qu'il vaut mieux débiter un programme PHAST par un petit projet expérimental. La méthode PHAST demande une période d'apprentissage tant pour le personnel du programme que pour les institutions impliquées, plus ou moins prêtes à ce genre de démarche. Certaines, par exemple, disposent déjà d'une structure et d'un style d'administration permettant et encourageant les initiatives et les expérimentations de l'employé sur le terrain. D'autres fonctionnent sur un mode hiérarchique plus autoritaire.

En ce qui concerne le matériel et le personnel, il est possible d'avoir recours aux ressources existantes lors de la mise en place d'un programme PHAST. On peut, dans la mesure où il est culturellement conforme, modifier ou adapter le matériel existant sur l'éducation en matière d'hygiène afin de créer des outils graphiques pour les discussions au sein de la communauté. Il vaut mieux planifier, à un stade ou à un autre, un petit atelier pour former un encadrement d'artistes devant travailler avec le programme. Alors qu'il n'est pas nécessaire d'embaucher davantage, le personnel existant devra être formé à la méthodologie. Il faut également

déterminer si les effectifs sont suffisants pour couvrir les communautés au cours d'un laps de temps raisonnable. La méthode PHAST n'implique pas forcément de nouveaux budgets ou des fonds plus importants que pour les programmes précédents, mais elle peut entraîner un déplacement des financements du 'matériel lourd' aux 'fournitures légères'. Une fois mis en place, les communautés assument une bien plus grande part des coûts du projet qu'auparavant.

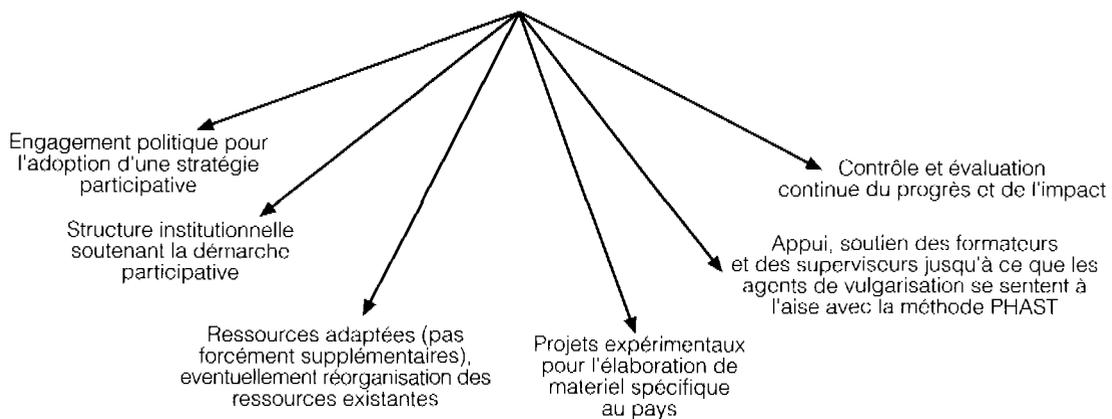
### Sur la façon de continuer

L'appui est le plus important. Le personnel travaillant sur le terrain soutient la méthode participative une fois qu'il se sent à l'aise dans son utilisation. Avant d'en être arrivé là, il doit recevoir la visite périodique de superviseurs qui écoutent ses problèmes et s'efforcent de répondre à ses besoins. Cet appui est essentiel durant une période allant de 3 mois à un an après la mise en route du projet. Le contrôle continu et l'évaluation périodique des activités des communautés et des améliorations donneront de précieuses leçons sur la durabilité de la démarche.

### Sur la façon de se développer

Toute extension d'un programme participatif doit se dérouler lentement, peut-être dans un district à la fois, en s'assurant que chaque district peut maintenir ce qu'il a accompli avant de s'occuper du prochain. L'extension demande un engagement politique et un bon moyen pour l'obtenir est d'inviter les leaders politiques des districts à visiter les sites ayant réussi.

#### Exigences pour la réussite de la gestion par les communautés de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement selon la méthode PHAST



Il arrive que PHAST nécessite un changement de politique de la part des décideurs. L'expérience montre que le manque de soutien de la part des superviseurs et des responsables politiques qui n'ont pas été exposés à cette méthodologie, constitue l'obstacle le plus difficile à surmonter pour la mise en route, la maintenance et l'extension de PHAST. Un excellent moyen de stimuler les changements politiques consiste à emmener les décideurs sur les sites pilotes.

---

## 5. L'avenir et le potentiel de PHAST

Les organisations engagées dans le développement de l'initiative PHAST ont le sentiment que la phase expérimentale a été très réussie et désirent voir un essor de la démarche. Un guide étape-par-étape de travail avec les communautés et un prototype de modules utilisant la méthodologie PHAST sont en préparation. On envisage de produire dans un proche avenir un guide du responsable et un ensemble d'études détaillées de cas pris dans les quatre pays engagés dans la phase expérimentale. Fin 1996 ou début 1997 un examen externe des quatre pays pilotes est prévu pour évaluer l'impact et la durabilité de la méthode. Nous espérons que ces documents complémentaires permettront aux pays qui n'ont pas encore abordé cette démarche de l'essayer plus facilement.

Les quatre pays impliqués dans la phase expérimentale ont élaboré des outils pouvant servir de modèles pour d'autres pays désirant essayer cette démarche. Les instructeurs issus de ces quatre Etats se mettent à la disposition de futurs ateliers de formation. Les deux centres RIF impliqués, l'Institut pour le développement dans le domaine de l'eau et de l'assainissement (Institute for Water and Sanitation Development – IWSD) à Harare et NETWAS à Nairobi, sont en mesure de proposer des cours de formation à PHAST.

La méthode PHAST s'adapte à n'importe quelle culture et peut s'employer aussi bien avec des élèves dans une classe que lors de sessions éducatives informelles ou au cours des réunions de la communauté. Les problèmes survenant avec cette méthodologie surgissent le plus souvent à cause de l'insuffisance de la formation, de la supervision ou du soutien des institutions. Parfois, la production d'œuvres artistiques constitue également un obstacle. Il faut identifier les artistes, les former et les payer pendant la phase intensive d'élaboration du matériel.

En résumé, l'avenir de PHAST dépend de l'inspiration donnée aux pays pour s'engager, des institutions donatrices et des organisations internationales. Une fois mise en route, cette initiative suscite un grand enthousiasme chez le personnel formé qui, habituellement, ne souhaite pas revenir à ses anciennes méthodes de travail. Quelque soit son niveau, il observe avec une grande satisfaction les modifications qui sont instaurées et résultent de ses efforts. Ainsi, alors que PHAST demande des efforts particuliers pour accomplir les changements politiques ou budgétaires, instaurer des méthodes de formation et du matériel pédagogique nouveaux, elle semble amener les résultats recherchés et doit être envisagée lors d'investissements futurs.

Pour plus d'informations sur PHAST, veuillez prendre contact avec:

OMS  
1211 Genève 27  
Suisse  
Tél. : (41-22) 7912111  
Télécopie : (41-22) 7910746

PNUD/Banque mondiale RWSG-EA :  
UNDP/World Bank RWSG-EA  
PO Box 30577  
Nairobi  
Kenya  
Tél. : (254-2) 338868  
Télécopie : (254-2) 338464

Programme commun du PNUD et de la Banque mondiale sur l'eau et l'assainissement :  
UNDP/World Bank Water and Sanitation Program  
1818 H Street, N.W., Room S4-055  
Washington D.C. 20433  
Etats-Unis d'Amérique  
Tel. (1-202) 473-6917  
Télécopie : (1-202) 4770164, 5223228

NETWAS  
PO Box 15575  
Nairobi  
Kenya  
Tél. : (254-2) 890555/58  
Télécopie : (254-2) 890554

IWSD  
University of Zimbabwe  
Box MP167  
Mount Pleasant  
Harare  
Zimbabwe  
Tél. : (263-4) 303288  
Télécopie : (263-4) 303280

SARAR Transformación SC  
A.P. 8, Tepoztlán  
Morelos 62520  
Mexico  
Tél./Télécopie : (52-739) 50364

# Annexe A

## Synopsis des expériences dans les pays pilotes

### **BOTSWANA**

#### **Collaboration**

Le Ministère de la Santé du pays, le Ministère des Administrations locales, de l'Agriculture et du Logement, l'UNICEF et l'OMS ont collaboré au programme pilote PHAST au Botswana. Celui-ci a été financé par le gouvernement du pays, l'UNICEF, l'OMS et l'Agence suédoise d'aide au développement international (ASDI).

#### **Déroulement de l'action**

Au départ, en octobre 1993, six personnes furent formées à la méthodologie PHAST lors de l'atelier de Mukono, en Ouganda. L'équipe nationale du Botswana était la seule parmi les 4 pays pilotes à n'avoir jamais été en contact avec SARAR. Comme cela prend du temps d'instaurer la confiance dans la méthodologie, l'équipe du Botswana dut lutter plus que les autres pour surmonter son manque de confiance, tandis qu'elle essayait d'exécuter l'étape ultérieure consistant à former les agents de vulgarisation au niveau des communautés.

En mars 1994, et avec l'aide de formateurs SARAR expérimentés du Kenya, de l'Ouganda et du Zimbabwe, 72 nouveaux instructeurs en provenance de six régions du pays furent formés lors de deux grands ateliers de formation à Kasane (dans le nord) et à Lobatse (dans le sud). Ensuite, le personnel des districts de Bobirwa et Gaborone fut formé en juillet et août 1994. La méthode PHAST fut organisée sur 7 sites, trois en milieu urbain, quatre en milieu rural.

#### **Modifications observées dans les communautés**

Les principales réalisations observées dans les communautés furent les suivantes:

- a) Engagement total de la communauté, chacun participant et apportant sa contribution d'une manière ou d'une autre.
- b) Les communautés prirent confiance en elles-mêmes, diagnostiquèrent leurs problèmes et se sentirent responsables de leur participation au changement.
- c) Les communautés présentèrent des donations prises sur les ressources locales en vue des activités, planifiées par elles, visant à l'éducation sanitaire et aux modifications des comportements.
- d) Les volontaires de la communauté formèrent des groupes, rassemblèrent des comités de village pour la santé, qui organisaient les activités

d'éducation sanitaire, en collaboration avec les comités de santé à l'école, les associations parents-enseignants, les groupes d'alphabétisation et les groupes de prévention de la criminalité.

e) Il y a eu un véritable changement d'attitude de la part des groupes dans les communautés, comme les comités de développement des villages, les associations parents-enseignants, les groupes d'alphabétisation et les groupes de prévention de la criminalité.

### **L'avenir de PHAST au Botswana**

L'équipe du Botswana aimerait étendre la méthode PHAST à plus de districts. Elle désire créer un ensemble d'instruments plastifiés résistants pour un usage très général et avoir plus de formation sur les méthodes participatives. Elle s'inquiète de voir l'initiative PHAST mourir au Botswana sans la désignation dans un avenir proche d'un coordinateur puissant et bien placé et sans l'institutionnalisation de la méthode. Pour l'équipe, l'idéal serait d'avoir un volontaire des Nations Unies, formé spécifiquement à PHAST, pour la guider, la coordonner et l'aider dans ses efforts au cours des trois prochaines années de développement du programme.

## **KENYA**

### **Collaboration**

Le Ministère de la Santé du Kenya, CARE-Kenya, le Réseau pour l'eau et l'assainissement (Network for Water and Sanitation – NETWAS), l'Organisation kenyane de l'eau et de la santé (Kenya Water and Health Organization – KWAHO) et l'UNICEF ont collaboré et continuent de le faire au programme PHAST.<sup>1</sup> Le gouvernement du Kenya, CARE-Kenya, l'UNICEF, l'OMS et l'ASDI ont financé la phase expérimentale.

### **Déroulement de l'action**

Au départ, 12 personnes du Kenya ont assisté à l'atelier régional d'éducation participative pour l'hygiène de Mukono, en Ouganda en 1993 et ont ensuite participé au développement et aux essais des prototypes du matériel. La plupart avaient déjà eu contact avec la méthodologie SARAR de base.

A la suite de l'atelier de Mukono a été formé le personnel de vulgarisation, responsable de la direction et des essais des outils PHAST sur le terrain dans les sites où étaient en cours des projets concernant l'eau et l'assainissement.

Les premiers essais ont eu lieu dans six districts: Nandi, Baringo, Kisumu, Homa Bay, Siaya et Uasin Gishu.

Afin de soutenir l'élan de l'initiative et d'élaborer des instruments et des indicateurs pour surveiller l'expérience, plusieurs consultations ont été

<sup>1</sup> La plupart de ces organisations sont membres de PALNET (Participatory Learning Network: réseau d'apprentissage participatif), dont l'objectif est de partager les expériences et les idées glanées de diverses méthodologies participatives.

organisées entre les programmes PHAST expérimentaux au Kenya et en Ouganda, notamment la consultation d'avril 1994, l'atelier de contrôle et d'évaluation d'août 1994 et un atelier de suivi du projet PHAST Kenya/Ouganda en novembre 1994.

Tant au Kenya qu'en Ouganda, le personnel a ressenti le besoin d'un fonds commun d'artistes formés à SARAR et auxquels faire appel pour élaborer des outils culturellement adéquats dans les différents environnements sur le terrain. En conséquence PALNET (le Réseau d'apprentissage participatif) a organisé à Maseno (Kenya) en avril 1994 un atelier de 5 jours qui a réuni 12 artistes et sept membres du personnel d'organisations d'origine kenyane ou ougandaise.

### **Modifications observées dans les communautés**

Modifications observées dans les communautés kenyanes à la suite de l'application des techniques et outils PHAST:

- a) Les communautés ont décidé de former des comités de santé.
- b) Les comités de santé ont décidé d'entreprendre par le porte à porte une éducation sur l'hygiène.
- c) Les responsables des communautés ont demandé des instruments PHAST (en couleur) à utiliser dans les écoles locales et par les agents de santé – signe que les membres de la communauté ont apprécié d'être formés à des méthodes participatives et ont développé la compétence pour les utiliser.
- d) Les dirigeants des communautés ont demandé aux responsables de la santé publique des renseignements sur les aspects techniques de la construction des latrines, sur la protection des sources d'approvisionnement en eau et sur la salubrité des logements.
- e) Les comités de santé ont établi des plans pour construire des latrines. Les membres de la communauté ont convenu de dresser une liste des personnes n'ayant pas construit ou n'utilisant pas des latrines avec fosse et de poursuivre les contrevenants. En conséquence, le nombre de latrines dans chaque zone a augmenté.
- f) Les comités de santé ont décidé de prendre en charge le fonctionnement et l'entretien des points d'eau.
- g) Les comités de santé ont créé un système de contrôle par la communauté des approvisionnements en eau et de l'assainissement.

*Plusieurs des résultats évoqués, en particulier les points d à g, démontrent comment les activités PHAST encouragent directement la prise en charge par la communauté des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement.*

La méthode et les outils PHAST ont suscité un grand intérêt dans d'autres secteurs. CARE-Kenya, notamment, y a eu recours pour élaborer du matériel et des méthodes pour la prévention du SIDA, pour la création d'emplois pour les jeunes et dans le domaine agricole et forestier.

Avant même la fin de la phase expérimentale, la méthodologie s'était diffusée à quatre nouveaux sites et faisait l'objet d'essais par un autre programme important financé par des donations, le Lake Basin Development Authority.

### **L'avenir de PHAST au Kenya**

Pour son extension future, l'équipe du Kenya a les objectifs suivants:

- a) Se faire l'avocat de PHAST auprès des institutions chargées de l'implantation des programmes sur l'eau et l'assainissement et encourager l'adaptation des outils à de nouveaux sites, notamment ceux couverts par le programme d'hygiène de l'environnement dépendant du Ministère de la Santé et financé par l'ASDI.
- b) Développer la compétence dans la méthodologie tant au niveau local qu'institutionnel, en incorporant les méthodes PHAST dans la formation standard du personnel de vulgarisation.
- c) Elaborer des outils et des indicateurs de surveillance pour déterminer les progrès de l'application et de l'utilisation de PHAST.
- d) Documenter et évaluer l'application de PHAST sur l'ensemble du pays.
- e) Organiser un atelier PHAST en Ethiopie, au Kenya et en Ouganda pour partager les expériences sur les progrès après la phase expérimentale.

## **OUGANDA**

### **Collaboration**

Le Projet du gouvernement ougandais sur l'eau et l'assainissement en milieu rural (Rural Water and Sanitation Project – RUWASA), le projet en zone urbaine de Katwe (Katwe Urban Pilot Project – KUPP), WaterAid et le Réseau pour l'eau et l'assainissement (Network for Water and Sanitation – NETWAS) sont les principaux partenaires du programme expérimental PHAST en Ouganda.

### **Déroulement de l'action**

Le projet RUWASA a accueilli en octobre 1993 l'atelier régional d'éducation participative pour l'hygiène à Mukono (Ouganda). Six formateurs ougandais et deux artistes y ayant assisté ont constitué ensuite l'équipe de base de l'initiative PHAST nationale.

En février 1994, le projet RUWASA, en collaboration avec les experts en formation sur SARAR/PROWESS venant du Groupe régional à Nairobi du Programme commun du PNUD et de la Banque mondiale sur l'eau et l'assainissement, a formé à PHAST son personnel central et une équipe de base d'animateurs sociaux. Le KUPP et WaterAid ont participé aux cours de formation.

La méthode PHAST a été expérimentée dans le district de Mukono et, sur la base du succès qu'elle y a rencontré, elle s'est étendue ensuite aux autres districts où RUWASA est actif (Jinja, Iganga, Tororo, Pallisa et Kamili). La formation ne se limitait pas à l'éducation en hygiène et à l'assainisse-

ment mais couvrait également d'autres domaines du développement rural dont s'occupent les animateurs sociaux. Les participants ont apprécié la valeur de la méthodologie et ont décidé de former à ces méthodes tous les administrateurs de districts et les animateurs sociaux des communautés dans la zone couverte par leur projet.

L'utilisation de cette méthodologie a eu pour résultat important de permettre aux comités des usagers de l'eau et aux autres membres des communautés de participer activement aux discussions touchant à l'assainissement, aux pratiques d'hygiène, à l'entretien des sources, à la question des femmes et à la planification. L'utilisation d'illustrations a favorisé et provoqué les discussions.

A la suite de l'atelier de formation en février 1994, WaterAid a organisé deux ateliers PHAST pour des équipes travaillant sur des projets à Mbvera et à Mbale. Ces équipes continuent d'utiliser les méthodes PHAST pour promouvoir l'hygiène et l'assainissement.

PHAST n'a été expérimenté que sur un seul site urbain, le Projet pilote de Katwe (KUPP) dans la ville de Kampala, où 5 agents de vulgarisation et 20 membres de la communauté ont été formés aux méthodes. Que ce soit dans le cadre de WaterAid ou de KUPP, les membres de la communauté sont entraînés à former d'autres membres.

### **Modifications observées dans les communautés**

Dans les zones rurales de l'Ouganda, le personnel sur le terrain a toujours éprouvé des difficultés pour aider les communautés à donner une priorité à leurs problèmes. Avec l'utilisation des instruments PHAST, il leur devint plus facile cependant de voir les maladies liées à l'eau et à l'assainissement comme leur priorité principale. Tant le personnel sur le terrain que les membres des communautés ont trouvé que ces méthodes participatives étaient supérieures à celles employées dans le passé.

Principales réalisations de l'initiative PHAST dans les zones rurales:

- a) Les communautés ont accepté de donner de l'argent pour le fonctionnement et l'entretien de leurs points d'eau.
- b) Le concept de gestion par la communauté les engage beaucoup plus.
- c) Les communautés ont demandé des visites plus fréquentes de la part des agents de vulgarisation, et lors de ces visites, la fréquentation des réunions s'est accrue.
- d) L'appréciation et la compréhension des communautés pour la valeur de l'approvisionnement en eau et des installations d'assainissement ont augmenté, avec pour résultat un nombre croissant de latrines et d'installations pour se laver les mains.
- e) Les communautés ont désiré contrôler et évaluer leurs progrès et elles ont conçu des panneaux d'affichage pour surveiller l'état des pratiques hygiéniques et de l'assainissement en leur sein.
- f) Les communautés ont demandé à recevoir les copies des instruments qu'elles utiliseront pour mobiliser les autres membres.

Le Projet pilote en zone urbaine de Katwe a également connu une grande réussite. Il cherche à améliorer le milieu dans une communauté périurbaine composée en grande partie d'artisans. Le personnel sur le terrain a fait appel aux méthodes PHAST afin de stimuler l'engagement de la communauté, d'augmenter la prise de conscience des risques pour la santé et de mettre en route une certaine planification et des actions. Au début, les membres de la communauté, la plupart des hommes, étaient réticents même pour participer aux réunions avec le personnel sur le terrain. Néanmoins, ils commencèrent à venir petit à petit aux réunions et à utiliser le matériel graphique pour discuter de leurs problèmes.

Le résultat fut la formation de quatre groupes organisés par la communauté, formés aux méthodes participatives et ayant pour tâche de mobiliser la communauté et de faire mieux prendre conscience de l'hygiène, de l'assainissement, du problème des déchets et du drainage. En quelques mois des latrines furent construites, le drainage amélioré et la collecte des déchets instaurée. Ces groupes entreprirent également des activités lucratives.

### **L'avenir de PHAST en Ouganda**

Après l'atelier de suivi en décembre 1994 à Harare, pendant lequel les quatre pays impliqués dans l'expérimentation ont partagé leurs résultats, RUWASA a étendu l'utilisation des instruments participatifs à la formation d'autres personnes engagées dans ses projets, notamment les agents de santé communautaires, les instituteurs des écoles primaires, les comités de gestion des écoles et les associations parents-professeurs, les équipes des campagnes de communication et les moniteurs de l'École d'hygiène de MBale et de l'École de développement social de Nsamizi.

Les divers partenaires du projet expérimental PHAST en Ouganda se sont mis d'accord pour en dégager trois enseignements. Premièrement, la méthode PHAST est coûteuse sur le plan financier mais en vaut la peine lorsqu'on considère les changements provoqués dans les communautés. Deuxièmement, le soutien des institutions, à chaque niveau, est essentiel à la réussite sur le terrain. Troisièmement, les communautés peuvent surveiller et évaluer elles-mêmes l'état de l'hygiène chez elles et créer les mécanismes de contrôle qui leur sont le mieux adaptés.

## **ZIMBABWE**

### **Collaboration**

Le programme expérimental PHAST au Zimbabwe a démarré sur la demande du Département Hygiène de l'Environnement du Ministère de la Santé du Zimbabwe. Il était et continue d'être le résultat d'un effort de coopération entre le Ministère de la Santé, l'UNICEF et l'Institut pour le développement dans le domaine de l'eau et de l'assainissement (Institute of Water and Sanitation Development - IWSD). Bien que le financement provienne dans sa majeure partie du gouvernement du Zimbabwe, de l'UNICEF et de l'ASDI, l'aide pour cette initiative est également venue d'un certain nombre d'autres institutions, notamment le Conseil des districts ruraux (Rural District Council - RDC), les Services de vulgarisation

et de techniques agricoles (Agritex), le Ministère des Affaires nationales, de la Création d'emploi et des Coopératives (MNAECC), Africare, PLAN International, Mvuramanzi Trust et la Fédération luthérienne mondiale.

### **Déroulement de l'action**

Après un atelier de planification préalable conduit avec l'aide d'un spécialiste PROWWESS du Groupe régional à Nairobi du Programme conjoint du PNUD et de la Banque mondiale sur l'eau et l'assainissement, un atelier national de formation à PHAST s'est déroulé à Meteoric (Masvingo) en mars 1994.

Au départ, pour tester la méthode, trois districts expérimentaux ont été sélectionnés pour leur diversité ethnique et géographique. Il s'agissait de Goromonzi et Mutasa, deux districts faisant partie du programme du Ministère de la Santé et recevant l'aide de l'ASDI, et de la région de Baitbridge couverte par le projet de l'UNICEF. Baitbridge se trouve dans une région semi-aride du Zimbabwe, près de la frontière sud-africaine, tandis que le district de Goromonzi, à la sortie de Harare, bénéficie de précipitations supérieures à la moyenne, d'eaux de surface et de nappes phréatiques pérennes, contribuant à une forte incidence des maladies liées à l'eau.

Le programme de Goromonzi a mis spécialement l'accent sur l'utilisation de la formation PHAST en association avec le programme du Mvuramanzi Trust d'amélioration des puits familiaux. Le projet sur l'éducation en hygiène dans les écoles a également fait appel à nombre d'instruments PHAST.

En juin 1994 un atelier de suivi a eu lieu pour définir les indicateurs et élaborer un plan de contrôle. Un second s'est déroulé en novembre 1994, avant l'atelier de suivi régional PHAST de Harare.

En très peu de temps la demande pour la méthodologie s'est accrue en dehors des districts expérimentaux et dès la première année ces méthodes se sont étendues à quatre nouveaux districts. L'atelier régional de l'UNICEF sur l'assainissement en octobre 1994 a également souligné PHAST.

### **Modifications observées dans les communautés**

Les réalisations les plus importantes, au cours des huit mois écoulés entre l'atelier de formation à PHAST en mars 1994 et celui où les résultats ont été examinés, en novembre, touchèrent la gestion et la mise en place du programme lui-même. Il fut convenu que les changements au niveau des communautés devaient être examinés plus tard. Il y a eu néanmoins une réalisation importante: les communautés sont désormais capables d'élaborer leur propre système de contrôle et d'évaluation des changements dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement.

### **L'avenir de PHAST au Zimbabwe**

A partir de la mi-1995, la méthode PHAST a été institutionnalisée au Zimbabwe et elle est désormais l'un des programmes du Ministère de la Santé. L'UNICEF a soutenu activement ce Ministère pour l'utilisation de

PHAST et a recueilli des aides externes supplémentaires. A l'intérieur du pays, tous les sous-comités provinciaux pour l'eau et l'assainissement ont reçu la formation à la méthodologie PHAST et environ un millier d'agents de vulgarisation sont désormais formés. Le Ministère de la Santé est en train de produire un guide PHAST à utiliser sur le terrain et à usage national.

# Annexe B

## Liste des institutions ayant collaboré

**Botswana:** Ministère de la Santé, Ministère de l'administration locale, de l'agriculture et du logement

**Kenya:** Ministère de la Santé, CARE-Kenya, Organisation kenyane de l'eau et de la santé (Kenya Water and Health Organisation – KWAHO)

**Ouganda:** Ministère de la Santé, Ministère des ressources naturelles, de l'énergie et des minerais, Projet ougandais sur l'eau et l'assainissement en milieu rural (Rural Water and Sanitation Programme – RUWASA), Projet pilote en zone urbaine de Katwe (Katwe Urban Pilot Project – KUPP), WaterAid

**Zimbabwe:** Ministère de la Santé, Département de l'hygiène de l'environnement, RDC (Conseil du district rural), Agritex (Services agricoles et techniques), MNAECC (Ministère des Affaires nationales, de la Création d'emploi et des Coopératives), Africare, PLAN International, Mvuramanzi Trust Zimbabwe, Fédération luthérienne mondiale

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

UNICEF Botswana, Kenya et Zimbabwe

Programme commun du PNUD et de la Banque mondiale sur l'eau et l'assainissement, Nairobi (PROWWESS)

Réseau pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement (Network in Water Supply and Sanitation – NETWAS)

Institut pour le développement dans le domaine de l'eau et de l'assainissement (Institute of Water and Sanitation Development – IWSD)

Agence suédoise d'aide au développement international (ASDI)

Agence danoise de développement international (DANIDA)

# Annexe C

## Liste des personnes impliquées dans PHAST

### Angleterre

Ms Astier ALMEDON  
Medical Anthropologist  
London School of Hygiene and  
Tropical Medicine (LSHTM)  
Dept of Epidemiology and Pop'n  
Sciences  
Keppel Street  
Londres WC1E 7HT

Ms Lucy J. CLARKE  
52 Buttermere Court  
1 Boundary Road  
St John's Wood  
Londres NW8 6NS

Mr Keith WRIGHT  
Intermediate Technology Develop-  
ment Group (ITDG)  
Myson House  
Railway Terrace  
Rugby CV21 3HT

### Botswana

Ms Maria BARWABATSILE  
District Adult Education Officer  
Non-Formal Education  
PO Box 100  
Tsabong

Mr Howard M. CHILUME  
Social Worker  
CDC  
PO Box 334  
Bobonong

Dr W.M. CHIOMBA  
SDMO/DHT  
Private Bag 0015  
Ghanzi

Dr V.G. CHIPFAKACHA  
SDMO/DHT  
Private Bag 0012  
Bobonong

Ms Tuduesto CHRISTOS  
Environmental Health Officer  
Community Health Services  
Private Bag 00269  
Gaborone

Ms Reginah M. GABORONE DHENO  
Gaborone City Council  
Private Bag 0089  
Gaborone

Dr V.D. GEORGE  
SDMO/DHT  
PO Box 20  
Kasane

Mr Peter GUMBEL  
Sida  
Private Bag 0017  
Gaborone

Mr T. GWABA  
Non-Formal Education  
CDC  
PO Box 483  
Bobonong

Mr Gerhardus HATTIE JANSEN  
Deputy Headmaster  
Mphuthe CJSS  
Kweneng West Sub-district  
Private Bag 002  
Lethakeng

T. HETLAND  
Ministry of Local Government  
Lands and Housing  
Private Bag 0052  
Gaborone

Mrs Doreen IPOTSENG  
Education Secretary  
Kgalagadi District Council  
Private Bag 005  
Tsabong

Mrs Rejoice KAKETSO  
SEN/Registered Midwife  
Department of Health  
Southern District Council  
Molapowabojang Clinic  
Private Bag 2  
Kanye

Mr C. KEBALEFETSE  
CHN/DHT  
Private Bag 0015  
Ghanzi

Ms Tlamele KEDIKILWE  
NRSP Coordinator  
Ministry of Local Government  
Lands and Housing  
Private Bag 006  
Gaborone

Ms Kentse KEGAKILWE  
Senior Health Assistant  
Family Health Division  
PO Box 992  
Gaborone

Mr Oukame KELAENG  
Environmental Health Officer  
Institute of Health Services  
PO Box 985  
Gaborone

Ms Betty KGOMOCHABA  
Senior Enrolled Nurse  
Ngwaketse East  
Private Bag 2  
Kanye

Ms Thutego KNUDSEN  
MCH/FP Officer  
Family Health Division  
PO Box 992  
Gaborone

Mr Gregar M. LEPANG  
Environmental Health Officer  
DHT  
PO Box 20  
Kasane

Mr Uyapo MAFUNYE  
Youth Officer  
Kweneng District Council  
Private Bag 003  
Lethakeng

Mr N. MAKHONDO  
CHN/DHT  
PO Box 20  
Kasane

Mr M. MAKOLO  
Artist  
Information & Broadcast  
Department of Information  
Private Bag 0060  
Gaborone

Dr Deowatus K.B. MALANGUKA  
SDMO/DHT  
Lethakeng

Mr Victor MANGALISO MAMBA  
Public Health Officer  
Gaborone City Council  
Private Bag 0089  
Gaborone

Ms Ntesang MANTU  
Secretary  
UNICEF  
PO Box 20678  
Gaborone

Mr Kwezi MBONINI  
DHENO/DHT  
PO Box 512  
Bobonong

Mr Lewis MBWILO SIMBEYA  
Senior Health Inspector  
Kweneng District Council  
Lethakeng Sub-district  
Private Bag 003  
Lethakeng

Dr Gideon MDUMA  
Senior District Officer  
Private Bag 005  
Tsabong

Mrs Khutsafalo MODISI  
National ARI Programme  
Coordinator  
Family Health Division  
PO Box 992  
Gaborone

Mr Ringo MOGOTSI IPOTSENG  
Chief Community Development  
Officer  
Kgalagadi District Council  
Private Bag 005  
Tsabong

Mr Christopher MOHWASA  
WHEP Coordinator  
Family Health Division  
PO Box 992  
Gaborone

Mr Ookame S. MOLAPISI  
DAEO/GDC  
PO Box 148  
Ghanzi

B.B. MOTLADIILE  
MOH/FHD  
PO Box 992  
Gaborone

Mr Tshgabaco MOTSEMME  
Head, Environmental Health  
IHS  
PO Box 985  
Gaborone

Mrs Tshgabaco MOTSEMME  
Control of Diarrhoeal Diseases  
Officer  
Family Health Division  
PO Box 992  
Gaborone

Mrs Grace MPOLOKANG  
MOHURUTHSE  
Headteacher  
Dept of Teaching/Management  
PO Box 16  
Lethakeng

Mr Blessing MUTANGABENDE  
Health Inspector  
Kgalagadi District Council  
PO Box 2  
Hunkunsti

Mrs Ndiza NLEYA  
A.D/Headteacher  
Tshwaragano Primary School  
PO Box 979  
Gaborone

Mr E. NTEMA  
Community Health  
IHS  
PO Box 684  
Molepolole

Mrs Othilia T. PHUMAPHI  
Senior Lecturer  
Institute of Health Sciences  
PO Box 684  
Molepolole

Mr Bathusi REGOENG  
Social Worker  
Gaborone City Council/S&CD  
PO Box 305  
Gaborone

Mr Phodiso SEEMA  
Assistant Programme Officer  
UNICEF  
PO Box 20678  
Gaborone

Mr Morgan O. SEGOKGO  
Senior Environmental Health  
Officer  
DHT  
Private Bag 0015  
Ghanzi

Mr Moses SEGOTLONG  
Non-Formal Education Officer  
Adult Education Unit  
Ministry of Education  
PO Box 113  
Kasane

Mr Kodise SELOTLEGENG  
Ministry of Local Government  
Lands and Housing  
Private Bag 006  
Gaborone

Mrs Mpho TEBELE  
DHENO  
Kgalagadi District Council  
Private Bag 005  
Tsabong

Mr Gibson SINKAMBA  
FHD/HEU  
PO Box 992  
Gaborone

Mrs Even VUMBU  
CHN  
Lethakeng Sub-district  
Private Bag 003  
Lethakeng

#### Congo

Dr T. R. TSHABALALA  
Organisation mondiale de la Santé  
Boîte Postale Box 6  
Brazzaville

#### Etats-Unis d'Amérique

Ms Wendy WAKEMAN  
PROWWESS  
UNDP/World Bank Water and  
Sanitation Program  
1818 H. Street, N.W.  
Washington D.C. 20433

#### Ethiopia

Mr Yitegessu ALEMU  
Environmental Health Trainer &  
Advisor  
Environmental Health Unit  
Ministry of Health  
PO Box 5504  
Addis Abeba

Mr Teshome REGASSA  
Dept. of Environmental Health  
Ministry of Health  
PO Box 8494  
Addis Abeba

#### Ghana

Ms Beatrice SAKYI  
Health Education Officer  
Ghana Water and Sewerage  
Corporation  
Division of Community Water and  
Sanitation  
PO Box 767  
Kumasi

**Kenya**

Mr Khamis Chome ABDI  
Deputy Director  
Kenya Water for Health Organiza-  
tion (KWAHO)  
PO Box 61470  
Nairobi

Ms Isabella ASAMBA  
LBDA  
Kisumu

Mr William CHEBII  
Public Health Technician  
Ministry of Health  
Baringo District  
PO Box 21  
Kabarnet

Mr Budd CRANDELL  
Water Sanitation and Health  
Programme Coordinator  
CARE Kenya  
PO Box 88  
Kisumu

Mr Matthew KARIUKI  
Director  
NETWAS  
PO Box 15575  
Nairobi

Ms Celesine A. IDEWA  
Assistant Programme Officer  
Kenya Water for Health Organiza-  
tion (KWAHO)  
PO Box 6200  
Kisumu

Mr James KIBOS  
District Public Health Officer  
Ministry of Health  
PO Box 21  
Kabarnet

Mr Charles KUT  
Graphic Artist  
CARE  
PO Box 88  
Kisumu

Ms Rose LIDONDE  
Assistant Programme Officer  
World Bank Water & Sanitation  
Group  
PO Box 30577  
Nairobi

Ms Jacinta MACHARIA  
Editor  
HLMP  
Ministry of Health  
PO Box 30195  
Nairobi

Ms Mary MUNANO  
NETWAS  
PO Box 15575  
Nairobi

Mrs Margaret MWANGOLA  
Executive Director  
KWAHO/PALNET Chairperson  
PO Box 61470  
Nairobi

Ms Salome MWENDAR  
Project Officer  
Water & Environment Sanitation  
UNICEF  
PO Box 44145  
Nairobi

Dr Halima MWENESI  
Health Planning and Evaluation  
Consultant  
PO Box 61075  
Nairobi

Mr Taffy T.O. NAISHO  
Designer  
Communication Concepts  
PO Box 21156  
Nairobi

Mr Ndiba NJENGA  
Division of Environmental Health  
Ministry of Health  
PO Box 30016  
Nairobi

Mr Nicky NZIOKI  
Research Coordinator  
CREUMHS  
PO Box 48974  
Nairobi

Mr Paul OBURA  
Public Health Technician  
LBDA  
Rabour

Ms Willhelmina ODUOL  
University of Nairobi  
Nairobi

Mr Josiah OMOTTO  
Participatory Development and  
Training Officer  
SHEWAS/CRUSH  
CARE  
PO Box 88  
Kisumu

Ms Florence OSODO  
Health Promotion Officer  
NDHEWAS Project  
CARE Kenya  
PO Box 526  
Homa Bay

Mr Isaac RUTTOH KIPKEMBOI  
District Public Health Officer  
Ministry of Health (MOH/GOK)  
Nandi District  
PO Box 5  
Kapsabet

Mr Joseph TUBULA  
Division of Health Education  
Ministry of Health  
PO Box 30016  
Nairobi

Mr Joseph M. WAITHAKA  
Senior Public Health Officer  
Division of Environmental Health  
Ministry of Health (MOH/GOK)  
PO Box 30016  
Nairobi

**Mexico**

Ms Alicia SAWYER  
SARAR Transformación SC  
A.P. 8, Tepoztlán  
Morelos 62520

Mr Ron SAWYER  
SARAR Transformación SC  
A.P. 8, Tepoztlán  
Morelos 62520

**Mozambique**

Ms Julieta FELICIDAD  
Coordinatrice  
c/o UNICEF  
Case Postale 4713  
Maputo

**Uganda**

Ms Christine ACHIENG  
Graphic Artist  
RUWASA Project  
Ministry of Natural Resources  
PO Box 20026  
Kampala

Mr Zachary BIGIRIMANA  
c/o AMREF Uganda  
PO Box 10663  
Kampala

Mr Bob MUGISHA  
Graphic Artist  
Ministry of Environment (MOE)  
PO Box 75  
Mukono

Mr David MUKAMA  
Hygiene Education Supervisor  
RUWASA Project  
Ministry of Natural Resources  
PO Box 20026  
Kampala

Ms Santa OBONGONYINGE  
WES Officer  
c/o UNICEF  
PO Box 7047  
Kampala

Ms Marcella T. OCHWO  
Community Management Advisor  
Katwe Urban Pilot Project (KUPP)  
Kampala City Council  
PO Box 46  
Kampala

Mr John K.O. ODOLON  
Information, Education and  
Training Officer  
RUWASA Project  
Ministry of Natural Resources  
PO Box 20026  
Kampala

Mr John PINFOLD  
WaterAid  
PO Box 11759  
Kampala

Mr Patrick TAJJUBA  
Hygiene & Sanitation Officer  
RUWASA Project  
Ministry of Natural Resources  
PO Box 20026  
Kampala

Mr Wilson WAMIMBI  
Training Officer  
RUWASA Project  
Ministry of Natural Resources  
PO Box 20026  
Kampala

**Suisse**

Dr Mayling SIMPSON-HEBERT  
Hygiène du Milieu rural  
Organisation mondiale de la Santé  
(OMS)  
1211 Genève 27

**Tanzanie**

Mr Ken MASKALL  
Consultant  
c/o UNICEF  
Dar-es-Salaam

Ms Sue MASKALL  
Consultant  
c/o UNICEF  
Dar-es-Salaam

Mr C. ODHIAMBO OTHIENO  
Resident Advisor Mpwapwa  
WaterAid  
PO Box 2190  
Dodoma

Mr B.E.N. OKUMU  
WaterAid  
PO Box 2190  
Dodoma

**Zimbabwe**

Ms Therese DOOLEY  
UNICEF  
PO Box 1250  
Harare

Mr Jamela DUBE  
Snr Tutor  
Domboshawa Training Centre  
PO Box 7746  
Causeway  
Harare

Mrs B. DUPWA  
Africare  
PO Box 308  
Harare

Mr D. JENJE  
Environmental Health Technician  
Private Bag 7133  
Mutare

Mr S. KHUPE  
Ministry of Health and Child  
Welfare  
PO Box 441  
Bulawayo

Mr B. MAJAYA  
Monitoring Officer  
Ministry of Local Government  
Rural & Urban Development  
Private Bag 7706  
Causeway  
Harare

Mr M.L. MAPURANGA  
Principal Environmental Health  
Officer  
PO Box 323  
Mutare

Mr P. MASIMBA  
Environmental Health Technician  
Ministry of Health and Child  
Welfare  
PO Box 18  
Acturus

Mr D. MATURA  
Senior Environmental Health  
Technician  
Chikwakwa Hospital  
Private Bag 2079  
Shamva

Mr Sam MAWUNGANIDZE  
Chief Hygiene Education Project  
UNICEF  
PO Box 1250  
Harare

Mr A. MKOBO  
Senior Environmental Health  
Officer  
PO Box 660  
Causeway

Mr L. MUKODZANI  
PMD Marondera  
PO Box 10  
Marondera

Ms Noma MUSABAYANE  
Institute of Water and Sanitation  
Development (IWSD)  
University of Zimbabwe  
PO Box MP 422  
Mount Pleasant  
Harare

Mr C. MUSARA  
District Environmental Health  
Officer  
Makumbe Hospital  
PO Box 8120  
Causeway  
Goromonzi District

Mr S. MUSINGARABWI  
Director  
Environmental Department  
PO Box CY 1122  
Causeway  
Harare

Mr J. MUTAURWA  
Ministry of Health and Child  
Welfare  
PO Box CY 1122  
Causeway  
Harare

Mr T. MUDANGWE  
Senior Environmental Health  
Technician  
Private Bag J 7133  
Mutare

Mr A. MWANZA  
Senior Environmental Health  
Officer  
Private Bag J 7133  
Mutare

Mr L. NARE  
Ministry of Health and Child  
Welfare  
PO Box 441  
Bulawayo

Mr C. NCUBE  
Environment Health Technician  
Beitbridge Hospital  
PO Box 57  
Beitbridge

Mr D. NCUBE  
Environment Health Officer  
Beitbridge Hospital  
PO Box 57  
Beitbridge

Mr G. NCUBE  
Environment Health Technician  
Beitbridge Hospital  
PO Box 57  
Beitbridge

Mr W. RUKASHA  
Ministry of Health and Child  
Welfare  
PO Box CY 1122  
Causeway  
Harare

Mr Paul TAYLOR  
Director  
Institute of Water and Sanitation  
Development (IWSD)  
University of Zimbabwe  
PO Box MP 422  
Mount Pleasant  
Harare

---

# Annexe D

## Apporter des changements dans le domaine de l'eau et de l'assainissement: rôle des méthodes participatives PROWESS et SARAR

### Qu'est-ce que PROWESS ?

On a reconnu depuis longtemps le rôle principal des femmes dans le recueil, la gestion et souvent l'utilisation de l'eau au domicile. De plus elles sont souvent les gardiennes de l'hygiène du foyer et de la santé de la famille. Bien que le recueil, l'utilisation de l'eau et l'assainissement de l'environnement dominant la vie quotidienne des femmes, on leur nie souvent toute participation à la prise de décision dans ces domaines.

Le programme PROWESS a été créé en 1983 pour redresser cette situation. Ses objectifs ont été 'de démontrer *comment* impliquer les femmes, les bénéficiant qu'elles en tireront ainsi que leur communauté, et comment *reproduire* cette expérience'.<sup>2</sup> Le sigle PROWESS est l'acronyme de 'Promotion of the Role of Women in Water and Environmental Sanitation Services' (soit 'Promotion du rôle des femmes dans les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement'). Au départ, il faisait partie du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), dans la Division du Programme mondial et du Programme interrégional (DGIP). Plus tard, en 1990, PROWESS a rejoint le Programme commun du PNUD et de la Banque mondiale sur l'eau et l'assainissement.

Le programme PROWESS s'est aperçu de la nécessité de mécanismes permettant aux femmes de participer pleinement à la prise de décision dans le domaine de l'eau et de l'assainissement et de planifier et contrôler les changements. Furent alors examinés de nombreux mécanismes pour instaurer la discussion et stimuler l'engagement et l'action. Il apparut que la méthodologie SARAR, élaborée à l'origine par Lyra Srinivasan, travaillant avec Ron Sawyer, Jacob Pfohl et Chris Srinivasan serait particulièrement efficace pour atteindre ces objectifs. SARAR est devenu la pierre angulaire des efforts de PROWESS encourageant la participation de la communauté, en particulier celle des femmes, au développement de la gestion de l'eau et de l'assainissement.

### Qu'est-ce que SARAR ?

Les idées sur le développement et la santé évoluant, on a reconnu que des changements durables dans les communautés ne pouvaient être obtenus sans les engager réellement, ni sans les impliquer. On considère que le développement doit répondre aux besoins ressentis par la communauté et non seulement les utilisateurs doivent être impliqués dans le processus, mais il faut encore qu'ils choisissent, gèrent et possèdent les installations ou les services créés. C'est le développement participatif.

---

<sup>2</sup> Srinivasan L. *Tools for Community Participation*. PROWESS/UNDP, New York, 1990.

Les méthodologies participatives ont été élaborées pour faciliter ce processus. Le principe sous-jacent est que la meilleure façon d'amener le changement consiste à donner aux communautés les moyens de contrôler davantage leur développement. Par méthodologie on entend les moyens et techniques permettant à ce processus de se mettre en place. Les méthodologies participatives ne sont pas cependant la panacée universelle: on les a accusé d'être des techniques extractives cherchant à produire du travail à bon marché plutôt que de rendre les individus autonomes. Parfois leur usage est limité aux communautés, alors qu'elles peuvent être appliquées à tous les niveaux de la prise de décision. De même, des techniques conçues pour être participatives peuvent devenir didactiques dans les mains d'agents dans les communautés n'ayant pas reçu la formation adéquate.

SARAR est une méthodologie participative, mise au point depuis les années 1970, et qui a montré son efficacité pour donner aux populations la capacité d'identifier leurs problèmes, de planifier, de mettre en place et de contrôler le changement. Elle se fonde sur la philosophie du développement participatif, dont les principes essentiels sont:

- le degré élevé d'implication personnelle dans la prise de décision est à la racine d'un engagement réel et à long terme en faveur du changement;
- ceux qui sont les plus concernés par un problème sont les plus à même d'en trouver la solution;
- l'estime de soi est une condition préalable à la prise de décision et au suivi;
- en contribuant au changement normatif, le groupe est le meilleur cadre à un apprentissage durable;
- apprendre doit être amusant.

Les techniques SARAR ne sont pas des instruments pédagogiques cherchant à impartir la connaissance, mais des méthodes tâchant de susciter la discussion dans les foyers et les communautés. SARAR fait appel à du matériel visuel et aux jeux de rôle pour faciliter le processus. Les instructeurs sont formés puis forment à leur tour les personnes travaillant dans les communautés. Ils apprennent à adapter et à se servir d'une série d'instruments provoquant la discussion et ils aident à la planification. Ils commencent à percevoir la communauté comme une source de sagesse, comme un groupe qui, lorsqu'on l'aide à identifier ses problèmes et à planifier le changement, est capable d'agir de façon indépendante pour le réaliser. Au cours des programmes sur l'eau et l'assainissement, on a vu la demande et la mise en œuvre de services augmenter significativement, de même que les actions spontanées des communautés pour construire ou améliorer les latrines.

Les lettres SARAR sont les initiales de 'Self-esteem, Associative strengths, Resourcefulness, Action-planning et Responsibility' (soit: 'estime de soi, force d'association, esprit d'initiative, planification de l'action et responsabilité'): les cinq qualités humaines que la méthodologie cherche à promouvoir. Les planificateurs et le personnel dans les communautés peuvent choisir de mettre particulièrement l'accent sur les femmes, mais la méthodologie s'applique indifféremment à tous les membres de la communauté, hommes ou femmes, jeunes ou vieux. SARAR a été utilisé dans

un grand nombre de programmes traitant d'une grande variété de questions de santé ou de développement au-delà de l'eau et de l'assainissement, notamment la prévention de la contamination par le VIH, la lutte contre les affections diarrhéiques et l'alimentation.

### **Les implications du recours à SARAR**

**Les implications pour les objectifs:** Avoir recours à la méthodologie SARAR signifie que des groupes identifient parfois des problèmes autres que ceux sur lesquels l'instructeur ou le responsable avait espéré mettre l'accent. En tant que formateurs ou décideurs, nous devons nous demander si nous pouvons avoir honnêtement un esprit ouvert dans notre démarche et en même temps espérer susciter une demande accrue pour les services particuliers que notre secteur offre. Il n'est pas possible d'entreprendre cette méthodologie en ayant une idée fixe du résultat. Ce qui veut parfois dire que différents secteurs doivent coordonner leurs efforts en liaison avec la communauté et permettre les initiatives multisectorielles.

**Les implications pour les programmes:** Pour pouvoir utiliser SARAR, le personnel des communautés a besoin de formation et d'appui. Il a également besoin de temps pour interagir pleinement avec la communauté. A mesure que les communautés commencent à prendre des initiatives pour leur développement, il faut continuer de leur donner l'appui dont elles ont besoin, ce qui signifie parfois de l'argent pour acheter du matériel par exemple. Les systèmes traditionnels d'approvisionnement des équipements ne conviendront plus.

**Les implications pour le contrôle:** Permettre aux gens de définir eux-mêmes le calendrier du développement et de planifier le changement demande du temps: il arrive que les objectifs annuels d'équipement ne soient plus un moyen pertinent de contrôler l'évolution. Le programme doit nécessairement débiter lentement puis accélérer progressivement.

**Les implications politiques:** Les méthodes SARAR permettent aux communautés d'améliorer leurs aptitudes à la planification. Ce pouvoir acquis a des implications politiques considérables. Avant d'employer une démarche comme SARAR, le personnel des communautés et les décideurs doivent savoir s'ils sont prêts à remettre à la communauté une partie de leur pouvoir de décision et de contrôle des ressources.

### **Comment en savoir plus sur PROWESS et SARAR**

Pour en savoir plus sur les questions concernant la femme et le développement dans le domaine de l'eau et de l'assainissement, prendre contact avec Wendy Wakeman de PROWESS à l'adresse suivante: UNDP/World Bank Water and Sanitation Program, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington DC 20433, Etats-Unis d'Amérique.

Les livres et les modules suivants donnent des informations complémentaires sur SARAR:

Srinivasan L. *Tools for Community Participation: A Manual for Training Trainers in Participatory Techniques*. PROWESS/UNDP, New York, 1990.

Il s'agit là peut-être de la publication la plus connue traitant du travail avec SARAR. Vous pouvez l'obtenir en vous adressant à : PACT, Inc., 777 UN Plaza, New York, NY 10017, Etats-Unis d'Amérique (Tél. : (+1) 212-6976222) ; au prix de US \$ 17,95. Il existe également une vidéo (prix du manuel et de la vidéo ensemble: US \$ 45,95).

Narayan D. *Participatory Evaluation : Tools for Managing Change in Water and Sanitation*, World Bank Technical Paper 207, Washington DC, 1993. Pour l'obtenir s'adresser au service clientèle de la librairie de la Banque mondiale: World Bank Book Store, Customer Service, 1818 H Street NW, Washington DC 20433, Etats-Unis d'Amérique (Tél. : (+1) 202-4732941), au prix de US \$ 9,95.

Narayan D. and Srinivasan L. *Participatory Development Tool Kit : Training Materials for Agencies and Communities*. World Bank, Washington DC, 1994.

Un module accompagné du guide. Le guide contient une liste utile de formateurs aux méthodes participatives. Disponible à la librairie de la Banque mondiale, voir coordonnées ci-dessus.

D'autres modules ont été préparés sur le plan national, notamment grâce à l'initiative OMS/PNUD-Banque mondiale/UNICEF-PHAST. Pour savoir s'ils existent dans votre pays ou région, écrire au centre le plus proche du Réseau international de formation de la Banque mondiale ou à des ONG SARAR (voir ci-dessous).

Trois petites ONG ont été fondées pour aider les groupes qui veulent faire appel à SARAR dans leurs programmes. Elles peuvent leur donner des indications pour mettre au point un programme, obtenir une aide à la formation ou élaborer des instruments. Pour plus d'informations, veuillez vous adresser au coordonnateurs cités ci-dessous:

Coordonnateur: Lyra Srinivasan  
SARAR International  
757-A Heritage Hill  
Somers, NY 10589  
Etats-Unis d'Amérique  
Tél : (1-914) 276-2281

Coordonnateur: Jake Pfohl (principalement pour l'Asie)  
82 Charles St. 1E  
New York, NY 10014  
Etats-Unis d'Amérique  
Tél : (1-212) 727-0080  
Fax : (1-212) 727-7989  
Email : jakepf@aol.com

Coordonnateur: Ron Sawyer (principalement pour l'Amérique latine et l'Afrique)  
SARAR Transformación SC  
A.P. 8, Tepoztlán  
Morelos 62520  
Mexique  
Tél/Fax : (52-739) 50364  
Email : rsawyer@laneta.apc.org