

# Assainissement et hygiène dans les pays en voie de développement :

identifier les obstacles et y apporter des réponses

Étude de cas en  
République Démocratique du Congo



PPSSP



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

**Étude de cas en République Démocratique du Congo**

Février 2007

Cette recherche a été effectuée en février et en mars 2006, et ce rapport relate l'état de l'assainissement et de l'hygiène en RDC avant fin 2006.

Équipe de traduction : Stéphanie Regnault-Tharp, Helen Machin

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

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

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

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

# Assainissement et hygiène dans les pays en voie de développement :

## identifier les obstacles et y apporter des réponses

### Étude de cas en République Démocratique du Congo

|  |           |
|--|-----------|
| Remerciements  | 3         |
| Abréviations   | 4         |
| <b>1 Introduction</b>  | <b>5</b>  |
| 1.1 Exposé   | 5         |
| 1.2 Définition de l'assainissement et de l'hygiène                             | 5         |
| 1.3 Objectifs, méthodologie et envergure                                       | 7         |
| 1.4 Approche d'identification des obstacles et des facteurs de soutien         | 8         |
| 1.5 Structure du rapport   | 9         |
| <b>2 Obstacles identifiés</b>  | <b>10</b> |
| 2.1 Définition du problème   | 10        |
| 2.2 Définition de l'agenda et formulation de la politique                      | 10        |
| 2.3 Mise en œuvre de la politique  | 13        |
| <b>3 RDC : étude à l'échelle nationale</b>                                     | <b>17</b> |
| 3.1 République Démocratique du Congo   | 17        |
| 3.2 De la réconciliation et la reconstruction à une situation « post-conflit » | 18        |
| 3.3 La pauvreté en RDC   | 21        |
| 3.4 Acteurs clé du secteur   | 22        |

|                 |  |           |
|-----------------|--|-----------|
| <b>4</b>        | <b>RDC : étude à l'échelle locale</b>  | <b>27</b> |
| 4.1             | Contexte de l'étude locale   | 27        |
| 4.2             | La pauvreté dans le Nord Kivu et Beni  | 28        |
| 4.3             | Envergure de l'étude locale  | 29        |
| 4.4             | Résultats de l'étude locale  | 30        |
| <b>5</b>        | <b>Obstacles à l'assainissement et à l'hygiène</b>                                   | <b>33</b> |
| 5.1             | Définition du problème   | 33        |
| 5.2             | Définition de l'agenda et formulation de la politique                                | 33        |
| 5.3             | Mise en œuvre de la politique  | 39        |
| <b>6</b>        | <b>Conclusions et réponses</b>   | <b>43</b> |
| 6.1             | Conclusions  | 43        |
| 6.2             | Réponses   | 45        |
| <b>Annexe 1</b> | <b>Liste des personnes consultées à l'échelle nationale</b>                          | <b>46</b> |
| <b>Annexe 2</b> | <b>Interviews et groupes à thème dirigé conduits par le PPSSP</b>                    | <b>47</b> |
| <b>Annexe 3</b> | <b>Notes sur l'étude de l'université de Kinshasa sur le comportement des ménages</b> | <b>48</b> |
|                 | Liste des références   | 50        |

# Remerciements

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

## **Overseas Development Institute (ODI)**

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

## **Le Programme de promotion des soins de santé primaires en zones de santé rurales**

(**PPSSP**) est un des partenaires de Tearfund en République Démocratique du Congo (RDC). Sa mission est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des populations par la promotion de bonnes pratiques de santé publique et par la réduction de l'impact des traumatismes causés par la guerre, les conflits, les violences sexuelles et le VIH/sida.

L'auteur principal de ce rapport est Peter Newborne, chercheur associé de l'ODI/WPP, avec la collaboration de Deogratias Mwakamubaya Nasekwa et de François Kiza Odjuku du PPSSP, ainsi que Nelson Paluku Syayipuma.

Le PPSSP et l'ODI remercient toutes les parties prenantes du gouvernement et non-gouvernementales qui ont pris le temps de parler avec les chercheurs de l'assainissement et de l'hygiène en RDC, et qui leur ont fourni de la documentation clef sur ce secteur et son contexte. Nous adressons également nos remerciements aux représentants de la province et du territoire/commune, ainsi qu'aux membres des communautés de Mbelu et de Lubiriha, du territoire de Beni, province du Nord Kivu, qui ont participé à l'étude. Leur expérience et leur point de vue nous ont aidés à comprendre la situation au niveau des pratiques d'assainissement et d'hygiène dans la région de Beni.

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

Merci également à Tom Slaymaker de l'ODI, qui a apporté sa contribution en rapport avec l'approvisionnement de services d'assainissement dans des États qui se sont effondrés (ou qui ont « échoué ») (fruit du travail effectué pour le Département du développement international, DFID). Sa compréhension des choses a été efficace dans le contexte de l'insécurité constante en RDC.

# Abréviations

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>A &amp; H</b> | Assainissement et hygiène  |
| <b>BAD</b>       | Banque africaine de développement (dans ce contexte)   |
| <b>BPD</b>       | <i>Building Partnerships for Development</i> (« Renforcement des partenariats pour le développement »)                                     |
| <b>CLTS</b>      | <i>Community-led total sanitation</i> (« assainissement total pris en charge par la communauté »)  |
| <b>CNAEA</b>     | Comité national d'action pour l'eau et l'assainissement  |
| <b>CRAEA</b>     | Comité régional pour l'action de l'eau et de l'assainissement  |
| <b>CRONG</b>     | Conseil régional des organisations non gouvernementales  |
| <b>DFID</b>      | <i>Department For International Development</i> (« Ministère du développement international, Royaume-Uni »)                                |
| <b>DSRP</b>      | Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté   |
| <b>FEC</b>       | Fédération des entrepreneurs du Congo  |
| <b>IRA</b>       | Infection respiratoire aiguë   |
| <b>ISDR</b>      | Institut supérieur de développement rural  |
| <b>MICS</b>      | <i>Multiple index cluster survey</i> (« enquête par grappe à indicateurs multiples »)  |
| <b>ODI</b>       | <i>Overseas Development Institute</i> (« Institut de développement d'outre-mer »)  |
| <b>OMD</b>       | Objectifs du millénaire pour le développement  |
| <b>ONG</b>       | Organisation non-gouvernementale   |
| <b>OVD</b>       | Office des voiries et drainage   |
| <b>PNA</b>       | Programme national d'assainissement  |
| <b>PPSSP</b>     | Programme de promotion des soins de santé primaires en zones de santé rurales  |
| <b>RDC</b>       | République Démocratique du Congo   |
| <b>REGIDESO</b>  | Régie de distribution d'eau de la République Démocratique du Congo   |
| <b>SNHR</b>      | Service national d'hydraulique rurale  |
| <b>TNG</b>       | <i>Transitional National Government</i> (« Gouvernement transitionnel »)   |
| <b>WASH</b>      | <i>Water, sanitation and hygiene</i> (« eau, assainissement et hygiène »)  |
| <b>WSP</b>       | <i>Water and sanitation programme</i> (« programme pour l'eau et l'assainissement »)   |
| <b>WSS</b>       | <i>Water supply and sanitation</i> (« approvisionnement en eau et assainissement »)  |
| <b>WSSCC</b>     | <i>Water Supply and Sanitation Collaborative Council</i> (« Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement ») |

# 1 Introduction

## 1.1 Exposé

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

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

## 1.2 Définition de l'assainissement et de l'hygiène

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

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

Source : Evans (2005)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1.3 Objectifs, méthodologie et envergure

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

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

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

En RDC, la recherche a été conjointement menée par l'ODI, qui en a pris la direction à l'échelle nationale et le PPSSP, organisation partenaire de Tearfund sur le plan local, qui a effectué les recherches à l'échelle locale. La recherche est basée sur une étude documentaire des politiques et des matériaux nationaux adéquats, et sur des entretiens semi-structurés à l'échelle nationale avec des représentants du gouvernement, des ONG et des bailleurs, des spécialistes de l'assainissement de l'hygiène et autres praticiens du développement. Elle a été complétée à l'échelle sub-nationale, dans une « province » et un « territoire » de RDC, par des entretiens semi-structurés afin de collecter le point de vue des représentants des acteurs et des groupes à thèmes dirigés dans deux localités de ce territoire, afin d'investiguer sur la manière dont deux actions d'assainissement ont été entravées par des « obstacles » et/ou soutenues par des facteurs positifs. Les trois niveaux (province, territoire et localité) sont désignés sous le nom d'étude **locale** pour des raisons de commodité. Les résultats des trois études nationales ont été comparés lors d'un atelier qui a eu lieu à Londres en novembre 2006.

L'image qui se dégage de ce rapport est une vue du secteur tel que perçu par les décideurs et les experts au niveau national et provincial, ainsi que par les utilisateurs dans deux localités.

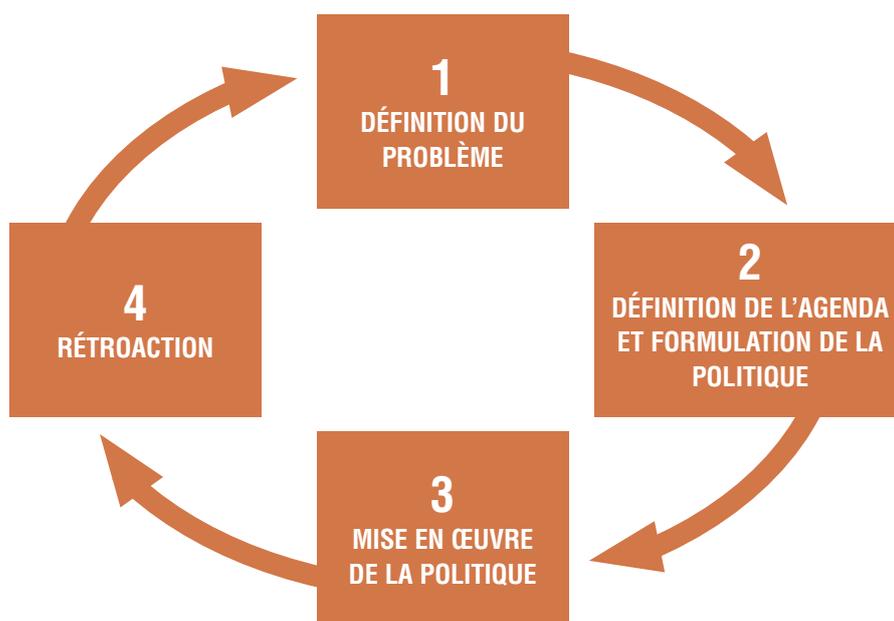
## 1.4 Approche d'identification des obstacles et des facteurs de soutien

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

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

**Schéma 1**

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



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

Les études des trois pays laissent apparaître qu'une fois les agendas définis et la politique d'assainissement et d'hygiène formulée (étape 2), le défi de la mise en œuvre de la politique (étape 3) est important.

## 1.5 Structure du rapport

Ce rapport est structuré de la manière suivante :

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

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

**LA SECTION 4** examine l'étendue et les conclusions de l'étude « locale » menée par le PPSSP dans la province et le territoire choisis en RDC et décrits ci-dessous.

**LA SECTION 5** évalue si les obstacles potentiels identifiés dans la Section 2 sont présents en RDC, et s'il existe des preuves d'autres obstacles (ou des facteurs de soutien) à l'amélioration des services d'assainissement et d'hygiène. Elle examine également de quelle manière les acteurs du secteur répondent aux défis de la promotion de l'assainissement et de l'hygiène avec le soutien des bailleurs.

**LA SECTION 6** conclut ce rapport par une synthèse des obstacles et des facteurs de soutien actuellement présents en RDC. Le séminaire prévu à Goma en avril 2007 proposera des étapes à entreprendre pour améliorer les futurs programmes d'assainissement et d'hygiène en RDC.

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

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

En RDC, comme nous le verrons plus loin, même la progression de l'étape 1 à 2 du processus de politique a été problématique.

**En RDC, le processus de transition du conflit à la réconciliation et la reconstruction, puis à l'étape post-conflit, fournit un arrière-plan particulièrement difficile pour le secteur de l'assainissement, et en réalité tous les secteurs.** Cette dimension supplémentaire d'un État « effondré » est abordée dans la Section 3. Le terme « post-conflit » n'est pas employé dans le but de suggérer que le conflit est absent de toutes les localités de la RDC : il serait peut-être plus juste de parler d'un contexte d'insécurité constante.

## 2 Obstacles identifiés

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

### 2.1 Définition du problème

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

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

Jenkins et Sugden (2006) notent que l'usage du terme « assainissement » risque d'estomper la distinction importante entre les méthodes de gestion « sur site » des déchets humains d'un côté et le raccordement à des systèmes d'égouts de l'autre.<sup>2</sup> L'expérience montre qu'une décision concernant une latrine à fosse sur site pour une habitation individuelle génère des problèmes tout à fait différents de ceux d'un réseau d'égouts et de raccordement des habitations. En français, une distinction est faite entre assainissement autonome et assainissement collectif.

### 2.2 Définition de l'agenda et formulation de la politique

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

#### 2.2.1 Données insuffisantes

Dans de nombreux pays en voie de développement, certains problèmes sont parfois dus à l'insuffisance d'informations récentes et fiables sur la condition des dispositifs d'assainissement et d'hygiène existants, y compris sur leur état de fonctionnement. Les statistiques officielles de la couverture en assainissement sont souvent inconsistantes, voire carrément gonflées. Les besoins et la

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

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

demande, particulièrement dans les régions rurales les plus reculées, sont souvent inconnus, rendant la mise en place d'un agenda cohérent et équilibré d'autant plus difficile.

## 2.2.2 Tensions entre les conceptions

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

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

Un autre exemple de tensions possibles entre les différentes conceptions est celui des personnes qui donnent la priorité aux campagnes d'éducation publique, conçues pour promouvoir des changements de comportement, et de celles qui encouragent plutôt une approche de marché (privée). Les recherches<sup>4</sup> semblent indiquer que la difficulté de compréhension du besoin de dispositifs d'assainissement dans les habitations peut s'expliquer par le fait que les programmes d'assainissement ne comprennent pas suffisamment les utilisateurs et leurs besoins, contrairement à ceux qui traitent les utilisateurs comme ayant leur mot à dire concernant le genre de produits (par ex. latrines) qu'ils achètent pour répondre à leurs besoins. La différence consiste à ne pas considérer les gens comme des bénéficiaires passifs des dons, mais comme des citoyens et des consommateurs actifs.<sup>5</sup> Il existe certaines indications selon lesquelles ce genre de « marketing social » augmente la demande et la compréhension de l'assainissement. Jenkins et Sugden (2006) vont dans ce sens (page 16ff), bien que, comme cela a

3 Cairncross et Curtis, (non daté).

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

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

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

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

### 2.2.3 Manque de coordination

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

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

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

### 2.2.4 Absence de priorités politiques et budgétaires, demande insuffisante

Un facteur limitant souvent évoqué est le manque de fonds d'investissement. L'eau et l'assainissement se sont fait distancer par d'autres intérêts sectoriels en compétition pour les rares fonds publics. Par exemple, dans une enquête de 2003–2004 des Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) et l'allocation des budgets dans trois pays d'Afrique sub-saharienne (ODI 2002 ; ODI 2004a), d'autres secteurs « sociaux », comme l'éducation et la santé, ont décroché des allocations budgétaires bien plus importantes que l'eau, et l'assainissement a été particulièrement

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

insuffisamment budgété. Cela soulève la question de savoir s'il existe une volonté politique d'augmenter la priorité budgétaire pour l'assainissement.

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

### 2.2.5 Agendas des bailleurs

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

## 2.3 Mise en œuvre de la politique

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

### 2.3.1 Capacités humaines et techniques insuffisantes

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

### 2.3.2 Faible capacité d'absorption des fonds

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

### 2.3.3 Manque d'opérateurs de services

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

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

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

### 2.3.4 Méthodes et technologies inadaptées au contexte

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

### 2.3.5 Insuffisance d'accès aux crédits

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

### 2.3.6 Absence de messages forts

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

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

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

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

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

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

### 2.3.7 Insuffisance des dispositions prises pour le nettoyage et la maintenance

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

### 2.3.8 Complexité des changements comportementaux

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

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

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

**Tableau 3**

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

Source : WSP et WaterAid (2000)

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

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

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

### 2.3.9 Facteurs « culturels »

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

## 3 RDC : étude à l'échelle nationale

Dans cette section figure une description du contexte national de la RDC, ainsi qu'une vue d'ensemble du secteur de l'assainissement et de l'hygiène. La vue d'ensemble du secteur est basée sur les entretiens menés par l'ODI dans la capitale, Kinshasa, ainsi que sur les informations fournies par les personnes interviewées.

### 3.1 République Démocratique du Congo

La première caractéristique éminente de la RDC est la taille du pays : voir Carte 1. La superficie du territoire est de 2,345 millions de km<sup>2</sup> (trois fois la superficie de la Zambie et près de dix fois celle de l'Ouganda). La population de RDC est estimée, à défaut d'un recensement récent, à 60 millions d'habitants. La densité moyenne de la population est basse, avec 22 habitants par km<sup>2</sup> ; dans de nombreuses régions rurales, elle est encore plus basse. D'après le Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP, 3<sup>ième</sup> version,<sup>11</sup> page 17), la croissance démographique se situerait entre 3 pour cent et 3,2 pour cent par an, et environ 50 pour cent de la population aurait moins de 15 ans. La RDC est l'un des pays les plus pauvres de l'Afrique sub-saharienne, avec selon les estimations, 80 pour cent de la population vivant en-dessous du seuil de pauvreté de 1 \$US par personne par jour. L'espérance de vie est estimée à 46,2 ans. Le taux de mortalité infantile est de 126 pour 1 000 et le taux de mortalité maternelle (pour 100 000) est de 1 289.<sup>12</sup>

**Carte 1**  
Localisation  
de la RDC



LÉGENDE    ● Capitale    ● Villes Principales    ■ Étendues d'eau    ▲ Montagnes

<sup>11</sup> Les informations sur la RDC citées ici figurent dans le Tableau 1 page 18 de la 3<sup>ième</sup> « ébauche » du DSRP, qui elle-même cite comme sources la « Banque Centrale du Congo, PNUD 1999, MICS2 et Christian Aid (2001) ».

<sup>12</sup> L'information est fournie par le DSRP. Cf, par exemple, Madagascar : espérance de vie à la naissance de 55,4 ans et mortalité infantile de 76 pour 1 000 naissances d'enfants vivants.

Suite à de nombreuses années de gouvernance despotique et de mauvais gouvernement sous Mobutu (à l'époque où le pays s'appelait Zaïre), le peuple congolais a enduré une période de conflit qui a touché de nombreuses régions du pays et coûté la vie à plus de 3 millions de personnes. En juin 2003, un gouvernement transitionnel (TNG) a été instauré dans le but de présider un processus de reconstruction et de réconciliation de trois ans.

Les cinq objectifs prioritaires du TNG ont été définis comme suit :

- réunification du pays et de son administration
- intégration de l'armée sous l'appellation nouvelle des Forces Armées de RDC (FARDC), y compris le désarmement, la démobilisation et la réinsertion des groupes armés et de la milice
- unification de la police et des services de sécurité
- garantie d'élections libres, transparentes, démocratiques
- restauration de l'autorité d'État sur l'ensemble du territoire national.

Le processus de désarmement et de démobilisation se poursuit. Une nouvelle constitution a été signée en décembre 2005. Par conséquent, le pays a été divisé en 25 provinces (au lieu de 11 auparavant). Kinshasa reste la capitale administrative et politique avec une population estimée entre 6 et 10 millions (la grande divergence d'estimations étant, encore une fois, due à l'absence de recensement récent).

Des élections (présidentielles et celles du parlement national) ont été tenues fin juillet et octobre 2006. Joseph Kabila a été élu Président de la RDC le 6 décembre 2006. Il est le premier dirigeant du pays à avoir été démocratiquement élu en plus de 40 ans. Le pays possède également un parlement élu et des assemblées provinciales. L'élection du sénat doit avoir lieu début 2007. Ces élections ont marqué la fin du Gouvernement Transitionnel.

Les perspectives politiques pour la RDC sont plus optimistes qu'elles ne l'ont été depuis deux générations. Les défis de développement auxquels fait face le pays sont toutefois très importants. Comme on peut le lire sur le site internet du DFID, « *Il subsiste d'énormes défis et de nombreux risques. Le défi pour le peuple et le futur gouvernement de RDC est de mettre en place une paix durable et de mettre un terme à la pauvreté qui assombrit la vie de la plupart des congolais* ».

### **3.2 De la réconciliation et la reconstruction à une situation « post-conflit »**

Le site internet du DFID mentionne également qu' « *il s'agit un environnement post-conflit complexe, avec un État effondré, une pauvreté chronique et une exclusion sociale généralisée, ainsi que certains des pires indicateurs sociaux d'Afrique.* »

Alors que les principaux conflits en RDC ont éclaté dans l'est, de forts taux de mortalité sont signalés dans d'autres provinces (par ex. Equateur et les Kasai), conséquence du sous-développement. Et dans le « secteur » de l'assainissement (voir plus loin), l'insuffisance des investissements sur une période de 30 ans, depuis le milieu des années 1970, a généré d'immenses déficiences au niveau des services publics, mis à part la destruction et des pillages causés par la guerre. Là où les capacités de l'État sont absentes ou insuffisantes, les ONG (nationales et internationales) ont, dans une certaine mesure, comblé la brèche (voir ci-dessous). La déficience chronique des capacités de l'État est rendue encore plus complexe par les variations de l'envergure et des conséquences des hostilités dans chaque région. Il serait plus juste de parler d'insécurité continue, là où les conflits sont en cours

ou éclateront vraisemblablement à nouveau. Nous verrons plus loin que la province dans laquelle le partenaire PPSSP de Tearfund travaille, Nord Kivu, est dans une certaine mesure toujours la proie de l'insécurité.

Un des problèmes clé pour le gouvernement fraîchement élu sera de guider le pays de la phase de transition à une nouvelle ère, avec le soutien des bailleurs internationaux. La préoccupation principale de la phase transitionnelle a été la réconciliation et la reconstruction (selon ce qui avait été exposé dans le Plan de reconstruction de l'ONU). Cette progression impliquera également une modification à venir de la réponse humanitaire (qui est essentiellement réactive et, de par sa nature, conçue pour traiter les urgences), à une programmation de développement à moyen terme, qui n'a rien à voir avec l'urgence.

Certaines questions clé se posent quant à l'assainissement et l'hygiène. Tout d'abord, dans quelles circonstances doit-il y avoir des interventions « d'assainissement d'urgence », en comparaison avec les urgences médicales ? Ailleurs que dans les camps de réfugiés, l'assainissement sera peut-être uniquement envisagé dans le contexte du développement. Deuxièmement, comme le présente la Section 2, quels types d'acteurs sont les plus à même d'effectuer quelles activités d'assainissement, et dans quelles circonstances ? En RDC, répondre à cette question exige une réelle compréhension du contexte particulier qu'est celui de cet État « effondré ».

En pratique, cela signifie de déterminer dans quels endroits la meilleure option sera :

- de renforcer les capacités du gouvernement via les agences d'État, y compris les tenir pour responsables de l'amélioration des normes de services ; **ou**
- de canaliser les fonds et les efforts de développement via d'autres opérateurs de service, par exemple, via les ONG et les associations communautaires (y compris les organisations religieuses).

Le Schéma 2 au verso présente une vue d'ensemble des options possibles de provision de services d'assainissement et d'hygiène, selon des objectifs à moyen terme, par ex. les OMD, sur son axe horizontal. Sur l'axe vertical, le tableau indique le contexte national, sous des titres généraux : économie politique, statut du secteur de l'assainissement et de l'hygiène (A & H), conditions de gouvernance et responsabilités (dans le secteur A & H ainsi que d'autres secteurs), et cohérence et efficacité de l'aide (puisque le financement externe est important).

Le Schéma 2 est conçu comme un cadre permettant d'étudier les stratégies de développement à moyen terme. La colonne de droite dans le Schéma 1 mentionne, toutefois, qu'un certain nombre d'ONG nationales et internationales (y compris le PPSSP) sont engagées dans des projets d'eau et d'assainissement<sup>13</sup> (particulièrement via les zones de santé, voir ci-dessous), dans le cadre d'un effort humanitaire.

Les ONG ont par exemple travaillé dans le sens d'aider les personnes déplacées internes et autres populations aux besoins urgents suscités par les perturbations liées aux violences. En termes de planification pour cette prochaine phase de gouvernance, il serait trop simpliste de penser devoir choisir soit l'aide humanitaire soit une action développementale ; dans certains cas un soutien continu des opérations d'aide d'urgence humanitaire sera nécessaire, au moins à court terme. Toutefois, à moyen terme, cela n'aurait probablement pas vraiment de sens d'envisager la présence d'ONG internationales (ONGI) ou nationales dans tous les villages.

13 Ces titres et la présentation du Schéma 2 ont été adaptés des travaux (encore non publiés) de Tom Slaymaker de l'ODI pour le DFID.

**Schéma 2**

Cadre d'étude des options stratégiques pour la provision de services d'assainissement dans une situation post-conflit – dans le sens de stratégies de développement à moyen terme

Adapté de T Slaymaker (2006), ouvrage à venir sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement (WSS) dans les États « effondrés »

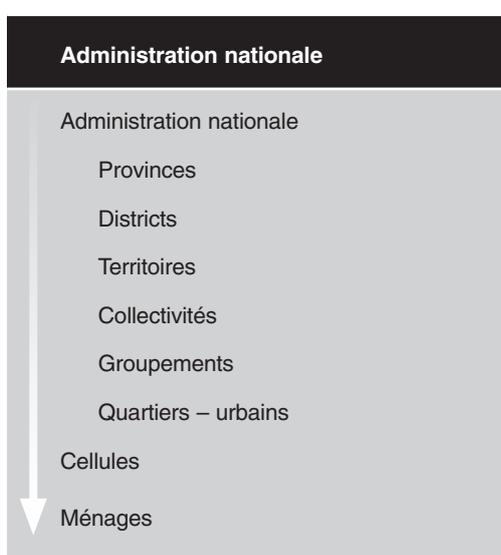
LÉGENDE A & H – assainissement et hygiène italique – Décisions stratégiques à prendre

| CONTEXTE   | AMÉLIORER LA PROVISION DE L'ÉTAT  |   | SOUTENIR DES OPTIONS DE PROVISION ALTERNATIVES   |   | OPTION HUMANAITAIRE (à court terme)  |
|--|---|---|--|---|--|
|  | Engager le gouvernement central   | Travailler avec le gouvernement local   | ONG et associations communautaires   | Petits opérateurs de service privés   | ONU et ONGI  |
| <b>Économie politique</b> du pays                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Statut des autorités politiques et légales ? Elaboration de politiques et gestion économique ?</i></li> <li>• Humeur/état de la « société » ?</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Dans quelle mesure les agences locales du gouv. sont-elles disposées et capables de fournir/améliorer les services ? Où ?</i></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Combient déjà certaines brèches au niveau des services.</i></li> <li>• <i>À partir de maintenant que sera leur rôle et où... ?</i></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Fournissent déjà certains services pour lesquels les gens sont prêts à payer.</i></li> <li>• <i>À partir de maintenant que sera leur rôle et où... ?</i></li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide d'urgence humanitaire à court terme, par ex. aide médicale d'urgence aux populations déplacées.</li> </ul>   |
| <b>Statut du secteur</b> A & H   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ré-établir des systèmes centraux pour reconstruire le secteur A &amp; H.</li> <li>• Mettre à jour la politique du secteur, avec des rôles institutionnels clairs.</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconstruire/construire les capacités décentralisées de provision de services du secteur A &amp; H.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir des services aux régions et aux groupes que le gouv. n'est pas en mesure ou ne souhaite pas atteindre, par ex. ruraux.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir des services aux régions et aux groupes pour lesquels ils sont les mieux équipés, par ex. urbains.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuer les interventions ciblées pour traiter les besoins pressants de WSS... ?</li> </ul>   |
| <b>Gouvernance/ responsabilités</b> – secteur A & H et autres secteurs | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les systèmes de gouvernance à l'échelle du gouvernement (tous secteurs)</li> <li>• Promouvoir le dialogue entre les acteurs de l'ensemble du secteur A &amp; H.</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconstruire /renforcer les capacités décentralisées afin de pourvoir des services A &amp; H.</li> <li>• Promouvoir le dialogue entre les acteurs de l'ensemble du secteur A &amp; H.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement des capacités communautaires, y compris la « voix » communautaire.</li> <li>• Piloter des normes pour les services A &amp; H, par ex. l'équité.</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir via un cadre réglementé et des services complémentaires de l'État, par ex. éducation.</li> <li>• Mettre en œuvre des normes pour les services A &amp; H.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ...mais effectuer une transmission par étapes à d'autres opérateurs, c'est-à-dire l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de sortie.</li> </ul>   |
| <b>Cohérence et efficacité</b> de l'aide des financements externes     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les bailleurs soutiennent la reconstruction du secteur A &amp; H.</li> <li>• Coordonner la contribution des fonds externes, y compris les décisions concernant qui fournit des services à quel endroit.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les bailleurs soutiennent le renforcement des capacités du gouvernement local.</li> <li>• Implique de trouver des projets pilotes pour tester des modèles de bonnes pratiques.</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les ONG/associations communautaires sont soutenues par des bailleurs en tant qu'éléments clé du secteur A &amp; H.</li> <li>• Implique de développer un cadre cohérent pour leur rôle.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les opérateurs privés sont financés par des bailleurs en tant qu'éléments clé du secteur.</li> <li>• Implique de développer un cadre cohérent pour leur rôle.</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les bailleurs financent la transition entre les interventions d'aide d'urgence à court terme et les programmes de développement à moyen terme.</li> </ul> |

Les questions figurant en italique dans le Schéma 2 indiquent les décisions stratégiques à prendre. Les réponses à ces questions dépendent, bien entendu, autant de ce qui est possible, que de ce qui est souhaitable ; dans de nombreux cas la seule option viable sera de travailler avec ce qui se fait déjà ou ceux qui sont déjà sur place. Tirer le maximum des ressources disponibles là où elles sont rares, implique dans la pratique de rassembler un ensemble de différents acteurs et d'interventions complémentaires en fonction du contexte, c'est à dire de combiner les options stratégiques du Schéma 2.

Le Tableau 4 présente la hiérarchie politique et administrative de la RDC. La taille du territoire national est telle, que l'administration coloniale a jugé bon de diviser le pays en six différents types d'unités administratives, avec les « localités » au bas de l'échelle. Ce nombre de sub-division en lui-même représente un réel défi pour la décentralisation.

**Tableau 4**  
Hiérarchie politique  
et administrative  
de la RDC



### 3.3 La pauvreté en RDC

Le Rapport sur le développement humain 2005 du PNUD classait la RDC 167<sup>ième</sup> sur 177 pays dans le monde.<sup>14</sup> Selon l'indice de développement humain, l'espérance de vie à la naissance en RDC est de seulement 43,1 ans (page 222 du RDH). L'absence de dispositifs d'assainissement et d'hygiène est citée dans le Document de Stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) comme étant un sujet de préoccupation, mais pas comme la plus urgente des priorités d'action. Pourtant, l'ébauche du DSRP (3<sup>ième</sup> version) déplore que « *les services publics responsables de l'assainissement ne disposent pas des ressources humaines, matérielles et techniques [nécessaires]* », pour gérer ces problèmes. Cela implique qu'il y a une déficience de capacités et de provision de la part de l'État.

La 3<sup>ième</sup> ébauche du DSRP, datée de décembre 2005, note qu'en RDC, le niveau d'accès des ménages aux moyens d'enlèvement des déchets solides et liquides et d'élimination des vecteurs de maladie des foyers est faible (voir Section 3.2.7, consacrée à l'approvisionnement en eau et l'assainissement, pages 61 et 62). Seulement 17 pour cent des ménages posséderaient des « *latrines hygiéniques* ».

14 <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/pdf>

Le DSRP indique également, sur la base d'un « *certain nombre d'études et de résultats d'analyses* », que « **plus de 80 pour cent des maladies sont liées au mauvais état de l'environnement** », y compris les ordures jetées et la défécation dans les rues, mais aussi aux jeunes qui ne sont pas conscients des bénéfices de l'hygiène. Pourtant, une fois encore, dans cette troisième version du DSRP, ni l'approvisionnement en eau, ni l'assainissement, ne figurent parmi les cinq piliers de la stratégie de réduction de la pauvreté cités dans cette ébauche. La seule référence apparaît dans une liste de sept objectifs sectoriels, qui comprend l'augmentation du niveau d'accès à l'eau.

Dans la version finale du DSRP, publiée en 2006 (mais indisponible pendant la visite des chercheurs pour cette étude), l'assainissement/l'hygiène et l'eau sont apparemment identifiés sur six priorités clé de réduction de la pauvreté. Au cours du processus de préparation du DSRP, des évaluations participatives de la pauvreté ont été effectuées dans différentes provinces et territoires de la RDC. Il a été demandé à chaque province et territoire, y compris le Nord Kivu et Beni, de présenter la hiérarchie de ses priorités (RDC 2005), voir Section 4.

Il existe des disparités considérables entre les différentes statistiques citées pour les niveaux de **couverture de l'assainissement** en RDC. D'après le WSP, en 2004, l'accès à l'assainissement était respectivement de 8 pour cent dans les régions urbaines et de 10 pour cent dans les régions rurales, ce qui représente une moyenne de 9 pour cent. C'est un chiffre dramatiquement bas, même en comparaison avec les taux de couverture des autres pays de l'Afrique sub-saharienne (WSP, non daté<sup>15</sup>). Cependant, l'UNICEF souligne les statistiques bien plus élevées de 2001, de 61 pour cent pour l'accès à des « latrines hygiéniques » dans les milieux urbains, et de 39 pour cent dans les milieux ruraux, c'est à dire une moyenne nationale de 46 pour cent, d'après le MISC 2.<sup>16</sup> Le terme « accès » tel qu'il est employé par le WSP n'est pas spécifiquement défini, mais il mesure une norme nettement différente que celle des « latrines hygiéniques » de l'étude commissionnée par l'UNICEF. Un point essentiel est que les niveaux de couverture ont baissé depuis 1990. La tâche de l'amélioration des dispositifs d'assainissement et d'hygiène en RDC est énorme : pour pouvoir atteindre la cible nationale d'assainissement des OMD en RDC, on estime à 30 millions le nombre de personnes qui ne sont actuellement pas desservies et à qui il faudra fournir des services d'assainissement.

### 3.4 Acteurs clé du secteur

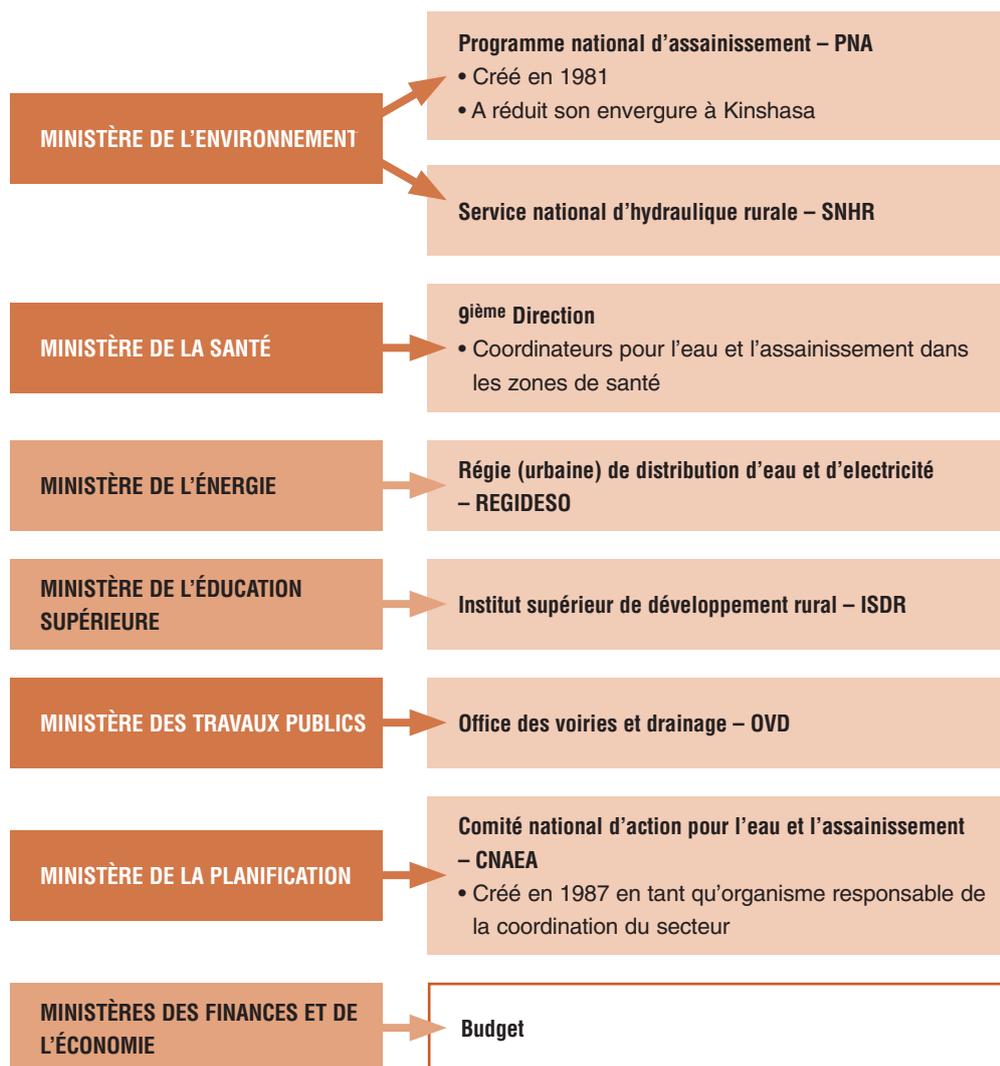
Une représentation schématique de la structure des secteurs de l'assainissement/hygiène et de l'eau en RDC (les acteurs clé du secteur) est présentée dans le Schéma 3. Il existe quatre ministères ayant des responsabilités en rapport avec l'assainissement et l'hygiène : Environnement (la désignation complète étant Environnement, Protection de la nature, Eau et Forêts), Santé, Travaux Publics et Planification, plus d'autres ministères qui semblent avoir une certaine implication, par ex. le Ministère de l'éducation supérieure, via l'Institut supérieur de développement rural (ISDR).

15 Citation d'une série de sources Congolaises : CNAEA, PNA, REGIDESO et le DSRP.

16 *Enquête nationale sur la situation des enfants et femmes*, MISC (enquête par grappe à indicateurs multiples) 2/2001.

**Schéma 3**  
Acteurs clé des secteurs de l'assainissement/hygiène et de l'eau en RDC

Adapté du Tableau Institutionnel fourni par l'UNICEF



LÉGENDE  Ministères clé  Autres ministères  Bureaux et département affiliés

Les organismes publics concernés affiliés aux ministères cités sont les suivants :

Le **Programme national d'assainissement (PNA)** dépend du Ministère de l'environnement, dont les responsabilités sont étendues (comme le suggère sa désignation complète), allant de la santé publique, via la pollution de l'eau (et de l'air), aux parcs nationaux. La mission du PNA, d'après l'ordonnance fondatrice de 1981,<sup>17</sup> est « *d'assainir l'environnement de la vie des gens* », ce qui comprend les tâches de « *supervision de la qualité de l'eau potable, de combat des vecteurs de maladie (moustiques, autres insectes), de contrôle et d'enlèvement des déchets solides, de traitement et d'évacuation des excréments, de l'hygiène des ménages, de prévention de la pollution* ». Un document officiel du gouvernement de 2003 (liste de termes de référence à l'usage des consultants financés par la Banque africaine de développement,<sup>18</sup> République Démocratique du Congo, 2003) notait les fonctions ci-dessus du PNA, ainsi que les « *tâches spécifiques* » qui lui reviennent au niveau de « *l'information, de l'éducation et de la communication dans le domaine de la santé environnementale* ».

<sup>17</sup> En 1981, le PNA se nommait originellement le Service national d'assainissement.

<sup>18</sup> Qui établit les TdR d'une mission de consultation, mais qui comprenait également une synthèse utile du PNA et de son rôle.

Le PNA a toujours été basé dans la capitale Kinshasa, mais le terme « national » dans son appellation induit en erreur. Ses activités sont, depuis plus d'une décennie, limitées à Kinshasa, en raison d'un manque de fonds et de portée opérationnelle. En réalité, le PNA est seulement un organisme administratif, et non une agence de mise en œuvre. Tout d'abord, en termes de ressources humaines, le nombre de membres du personnel employés par (ou au moins disponibles pour) le PNA était d'un total de 74 en 1985, d'après la source de la Banque africaine de développement ci-dessus. En 1998, ce nombre avait atteint celui de 900, et jusqu'à 1 041 membres du personnel en 1990. Il a ensuite chuté à 500 en 1992–1993, se réduisant à 317 en décembre 2002.

Deuxièmement, la même source BAD indique ce que le PNA possède en termes d'équipement fonctionnel, pour la désinsectisation et la gestion des déchets. Les questions lors de l'interview ont permis de répertorier l'équipement disponible pour la ville de Kinshasa et ses 6 millions d'habitants minimum : le nombre de camions pour la vidange des fosses septiques est de **deux** et le nombre de camions pour la collecte des déchets (camions poubelle, avec benne et compresseur) est d'**un** (et la personne interviewée a même exprimé un doute au sujet de ces chiffres, en mentionnant le fait qu'ils devaient réparer ces camions). Lorsque les équipements fonctionnent, il semble que le PNA les louent, contre une certaine somme par jour (le carburant est à la charge du locataire).<sup>19</sup> Un laboratoire pour le contrôle de la qualité de l'eau potable a été acquis en 1988, grâce à un financement japonais, mais il a apparemment cessé de fonctionner en 1991 lors des conflits politiques, notamment les combats à Kinshasa.

En d'autres termes, les capacités du PNA, principale agence de l'État, sont très faibles, et en termes pratiques non-existantes pour un pays aussi grand. Le siège social du PNA (qui a été visité lors de cette étude) est lui-même dans certain un état de délabrement, preuve d'une longue période de faible investissement de plus de 15 ans, depuis 1991, dont des périodes où le Ministère de l'environnement avait apparemment des retards de paiements au niveau des dépenses courantes du PNA.

Les difficultés pour le PNA à parvenir à exercer son rôle de supervision et son rôle « normatif » ont été mentionnées dans deux points complémentaires, soulevés au cours de l'interview pour cette étude. Tout d'abord, il n'existe apparemment aucun site officiel d'enlèvement des déchets ; le PNA déverse les vidanges et les déchets solides dans des « fossés », soit des trous creusés dans la terre, ou dans les lits de rivières à sec (qui redeviennent potentiellement des rivières pendant la saison des pluies). Apparemment le PNA déverse également les déchets dans les marécages juste en dehors de la ville, ce qui est apparemment considéré comme une bonne mesure anti-malaria.

Pendant ce temps, il reste une incertitude au sujet des activités d'information et d'éducation menées par le PNA (si activités il y a). Il semblerait que le PNA n'ait pas organisé de campagnes d'information sur l'hygiène et la santé publique, mais qu'il ait collaboré avec les communautés locales, via des « brigades ». (La forme de soutien que ces « brigades » fournissent n'a pas été mentionnée lors de l'interview avec le PNA.)

En l'absence de services d'État, de petits opérateurs du **secteur privé** (des hommes munis de grands chariots bas) collectent les ordures des ménages contre un peu d'argent pour ceux qui peuvent payer. L'ingénieur du PNA interviewé a dit que le PNA souhaitait développer une collaboration avec l'association de ces charretiers du Congo, connus sous le nom collectif d'ASSECECO.

---

<sup>19</sup> Vraisemblablement en ajoutant un supplément aux salaires du personnel qui se chargent de la location.

La 9<sup>ème</sup> Direction du ministère de la santé venait tout juste d'être créée (à l'époque de la visite de recherche à Kinshasa) et n'était pas encore pleinement opérationnelle.<sup>20</sup> Son directeur avait été nommé, mais en attente de locaux, et la division devait en pratique entamer son travail (et définir ses attributions précises).

L'Office des voiries et drainage (OVD) est chargé des routes et du drainage. À cette fin, il recevait habituellement une fraction d'une taxe sur le pétrole (et les routes), mais cela a été suspendu.

L'Institut supérieur de développement rural (ISDR) est mentionné ci-dessous.

Le Comité national d'action pour l'eau et l'assainissement (CNAEA) a été créé en 1981 avec l'objectif de mener une action plus efficace dans le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (WSS) (d'après le préambule de l'ordonnance fondatrice). Dans l'Article 2, les objectifs énoncés sont « *d'identifier les options et priorités stratégiques ; d'effectuer des études de secteur, de mobiliser des ressources et de renforcer les capacités du secteur* ».

Le CNAEA est placé sous la tutelle du Ministère de la planification, et les Ministères de la planification et de l'environnement sont respectivement représentés dans le conseil en tant que président et vice-président.<sup>21</sup> Le CNAEA a été créé grâce au soutien de bailleurs (par ex. USAID) dans les années 1980, qui ont financé la présence du CNAEA dans les provinces (sous le nom de CRAEA – Comité régional pour l'action de l'eau et de l'assainissement) et payé les salaires du personnel du CRAEA.

La question se pose, 25 ans plus tard, à savoir si le CNAEA a eu suffisamment d'autorité politique et d'appui pour effectuer son travail de coordination des actions des diverses autorités publiques dans ce secteur, et des actions de mobilisation de WSS.<sup>22</sup> Le sentiment général, d'après les entrevues menées pour cette étude, est que le CNAEA a dans une large mesure failli à remplir son rôle. En pratique, le CNAEA semble avoir fonctionné en grande partie comme une agence qui commissionne des études.<sup>23</sup> Le CNAEA a apparemment établi une carte des ressources en eau et mené certaines activités d'assainissement (formation de « brigades » et soutien des ménages), mais cette source de soutien a été interrompue en 1992, lorsque le programme d'USAID du pays a été stoppé en raison des conflits.

Cependant, une des personnes interrogées a dit que le CNAEA joue à présent un rôle déterminant dans la définition d'une nouvelle stratégie pour le secteur, dont l'assainissement.

Une autre personne a émis le point de vue que le CNAEA s'était focalisé sur les questions liées à l'eau, en leur donnant la priorité sur l'assainissement et l'hygiène. Les questions liées à l'eau sont supervisées à la fois par le Ministère de l'environnement et le Ministère de l'énergie. Le Service national d'hydraulique rurale (SNHR) concentre ses efforts institutionnels dans les zones rurales, mais sa capacité a également été très limitée, depuis que les programmes des bailleurs ont été suspendus pendant les années de conflit. La Régie de distribution d'eau et d'électricité (REGIDESO) travaille seulement dans les zones urbaines et principalement à Kinshasa même (tous deux présentés dans le Schéma 4).

20 Au moment où les chercheurs de cette étude ont visité Kinshasa pour mener des interviews, son directeur avait été nommé, mais attendait l'attribution de locaux.

21 Parmi les autres membres du conseil figurent 11 ministères (dont la santé, le développement rural, l'énergie, les finances, le budget), ainsi qu'un représentant de la Compagnie nationale d'électricité et de la fonction présidentielle.

22 Le CNAEA n'a pas été établi comme un comité ou un conseil « au sommet », comme dans certains pays où la présidence du Premier ministre ou du PM député vise à accorder une autorité suffisante pour enrayer la compétition et les conflits entre les ministères. En RDC, le représentant de la fonction présidentielle est seulement un conseiller technique.

23 Via ses trois « commissions », sur l'eau potable, l'assainissement et la recherche (hydrologique et hydro-géologique), chacune présidée par une agence différente (respectivement REGIDESO et ministères).

Le plan directeur pour la région de Kinshasa, par exemple, est un plan de 20 ans à la fois pour le CNAEA et la REGIDESO, de quatre phases de cinq années. Il traite, sur le papier, de l'assainissement ainsi que de l'approvisionnement en eau. Un exemple de son contenu en rapport avec l'assainissement, est la cible visant à fournir des infrastructures d'assainissement à environ 5,2 millions de nouveaux bénéficiaires dans les 24 zones de la ville et la région environnante, entre 1991 et 2010. Sous l'appellation « assainissement », le plan directeur traite des eaux usées et de l'écoulement des eaux de la ville, ainsi que des déchets solides, mais pas de la promotion de l'hygiène des ménages. On ne peut donc pas dire qu'il s'agisse d'une approche WASH complète.

Le Tableau 5 présente la structure de l'administration sanitaire d'État. Dans son étude dans le territoire Nord Kivu/Beni, le PPSSP a pu évaluer la présence des services sanitaires de l'État, comparativement aux services d'assainissement.<sup>24</sup>

**Tableau 5**  
Hiérarchie sanitaire  
de la RDC



<sup>24</sup> Aucune information n'a été collectée au cours des entretiens sur les programmes de santé scolaire et environnement.

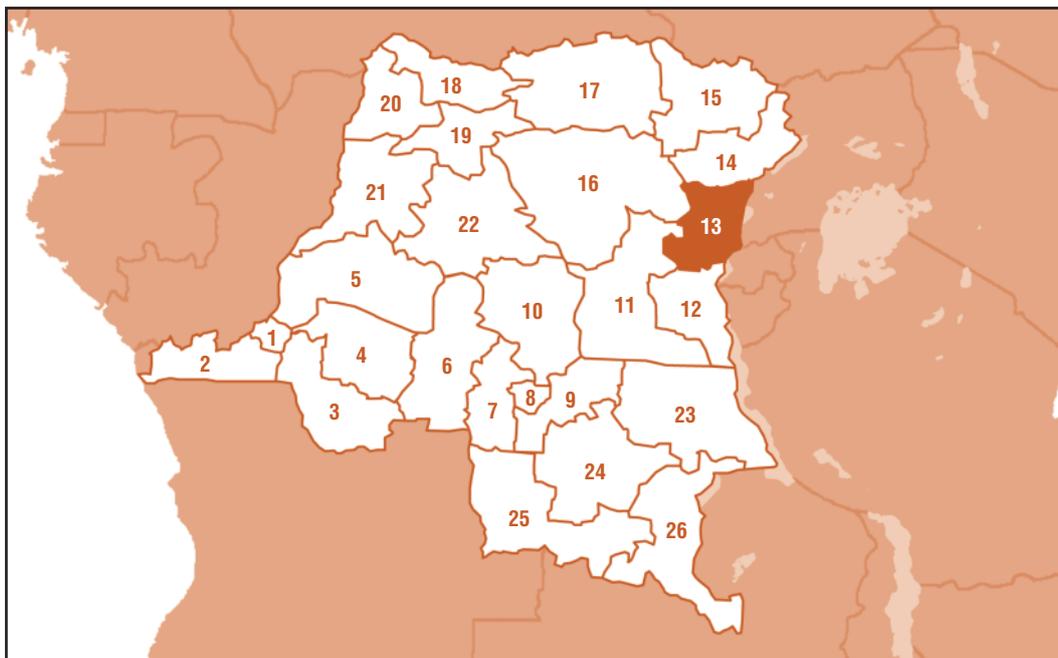
## 4 RDC : étude à l'échelle locale

En plus de la « détermination de l'envergure » de l'étude de l'ODI du « secteur » de l'assainissement et de l'hygiène à l'échelle nationale, le PPSSP, partenaire de Tearfund en RDC, a mené une étude au niveau provincial, territorial et local. Dans cette section sont décrits le contexte et l'envergure de cette étude « locale », ainsi qu'une synthèse des résultats.

### 4.1 Contexte de l'étude locale

Pour cette étude, la province choisie est celle du **Nord Kivu** et le territoire celui de **Beni**. La région de Beni a été choisie pour l'étude de cas de ce projet, car c'est l'un des deux territoires où le PPSSP exerce ses activités. La Carte 2 présente les 26 provinces de la RDC, parmi lesquelles Nord Kivu porte le numéro 13.

**Carte 2**  
Les provinces de RDC  
et localisation de la  
province du Nord Kivu



Le Nord Kivu est situé sur l'Equateur, dans le nord-est de la RDC, limitrophe avec le Rwanda et l'Ouganda. La province couvre une superficie d'environ 600 000 km<sup>2</sup> et en 2003 sa population était estimée à 4 millions d'habitants. Elle comprend cinq territoires, dont Beni<sup>25</sup> et trois villes : Goma (capitale de la province), Butembo (centre commercial) et la ville de Beni, qui était, du moins jusqu'à ces dernières années de conflit, un centre d'activité agricole. Environ 70 pour cent de la population de la province est constituée de petits paysans, éleveurs de bétail et de cultivateurs de terres arables. Les cultures sur ces terres fertiles (connues sous le nom de « grenier du Congo »), comprennent le café, le cinchona, la papaye, ainsi que les pommes de terre et les patates douces, l'huile de palmier, le riz, les haricots, le manioc, le soja et les arachides.

<sup>25</sup> Les quatre autres territoires du Nord Kivu sont Lubero, Rutshururu, Walikale et Masisi.

Le Nord Kivu est une région montagneuse, qui fait partie du massif Ruwenzori, avec deux volcans actifs : l'éruption de l'un d'eux (Nyiragongo) en 2001 a entraîné des pertes humaines et de gros dégâts à Goma. La population de la province est constituée de différents groupes ethniques : principalement les Nanda (ou Yira) qui représentent l'ethnie majoritaire, mais également les Hutu, les Hunde, les Nyanga, les Tembo, les Tutsi, les Watalinga, les Bapere et les Mbuti (pygmées).

Le PPSSP travaille dans les zones de santé de Beni et de Mutwanga (deux des quatre zones du territoire). Beni (le territoire et la ville) se situe dans le nord de la province. Les grandes variations d'altitude impliquent qu'il existe des climats différents sur le territoire de Beni : tropical, tempéré et froid, culminant avec le sommet à 5 120 mètres du Pic Marguerite, sur la frontière avec l'Ouganda.

Les activités opérationnelles du PPSSP incluent des relations de travail étroites au niveau des aires de santé et du personnel du PPSSP qui sont membres des comités de santé.<sup>26</sup> Le PPSSP a également des contacts avec les fonctionnaires du gouvernement au niveau des zones des santé, par exemple lorsque des autorisations doivent être accordées ou que des décisions doivent être prises par les autorités de la zone de santé afin de permettre aux aires de santé de remplir leur rôle. De la même façon, dans les deux districts politico-administratifs dans lesquels le PPSSP travaille (Beni et Ituri), le PPSSP maintient le contact avec les fonctionnaires des « districts » sanitaires dans le cadre de ses relations publiques. **La présence du PPSSP comble les déficiences des capacités de santé publique, et en l'absence de personnel d'État, le PPSSP agit donc en tant qu'opérateur de santé de remplacement.** Les aires de santé établies et dirigées par des groupes religieux en RDC apportent une contribution importante aux soins de santé existants.

Les principales religions présentes en RDC sont : le christianisme, qui regroupe un certain nombre de dénominations catholiques et protestantes (environ 80 pour cent de la population), l'Islam (env. 10 pour cent) et les religions traditionnelles, par ex. l'animisme (environ 10 pour cent) (source : PPSSP).

Le PPSSP rapporte que les maladies les plus importantes à Beni (en dehors de la malnutrition) sont la malaria, les vers intestinaux, les maladies sexuellement transmissibles et les maladies transmises par l'eau, dont le choléra (par ex. à Mutwanga, dans la région de l'étude).

Dans le Nord Kivu, comme dans d'autres parties du Congo, la violence inter-ethnique se perpétue dans la province depuis 1993, et d'autant plus pendant les années de conflits de 1996 et 1998. Les récentes années de conflits (1993–2003) se sont cumulées à la situation socio-économique déjà critique de nombreux habitants du Nord Kivu ; les tueries, les déplacements et l'insécurité ont aggravé la vulnérabilité des habitants, particulièrement dans les populations rurales. Entre septembre 2002 et juin 2003, selon les estimations, 120 000 personnes auraient fui les violences inter-ethniques en Ituri.

## 4.2 La pauvreté dans le Nord Kivu et Beni

Comme mentionné ci-dessus, dans le cadre du processus de préparation des évaluations participatives de la pauvreté pour le DSRP, il a été demandé au Nord Kivu et à Beni de présenter la hiérarchie de leurs priorités (RDC 2005). Dans le DSRP (3<sup>ième</sup> ébauche), les perceptions de la pauvreté résumées ci-dessous comprennent les éléments suivants :

<sup>26</sup> Cette relation est réciproque de la part des représentants du gouvernement des aires de santé qui sont membres du conseil du PPSSP.

- Est mentionné le manque d'accès à l'eau potable, ainsi que le nombre « insuffisant » d'aires de santé, y compris dans les provinces de Nord Kivu. Le manque d'assainissement et d'hygiène au niveau des ménages n'est pas mentionné.
- Dans le Nord Kivu, il a été souligné qu'une des causes parmi la longue liste des causes de la pauvreté est le manque de connaissances au sujet de l'hygiène. Pourtant, la réponse proposée minimise le fait de s'attaquer aux problèmes d'assainissement et d'hygiène comme étant une cause de mauvaise santé (prévention), préférant les traiter (cure).
- À Beni, parmi les caractéristiques de la pauvreté perçues au niveau du village, les gens ont relevé les difficultés d'évaluation de l'approvisionnement en eau potable et ont mentionné le manque de latrines comme étant lié à un manque d'hygiène.
- Également à Beni, sur les 20 problèmes les plus importants listés, les difficultés d'accès à l'eau ainsi qu'aux traitements médicaux/médicaments sont classées assez haut (3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> priorités) ; pourtant, le manque d'assainissement n'est pas listé en tant que priorité.
- De plus, à Beni, la promotion des changements comportementaux (y compris la formation) n'est pas une priorité.

### 4.3 Envergure de l'étude locale

Pour cette étude en RDC, le PPSSP a mené des interviews au niveau provincial et territorial, avec l'aide de Nelson Paluku, et collecté des informations via les groupes à thème dirigé au niveau des communes, dans deux localités : Mbelu et Lubiriha.

Au niveau provincial, les agences censées s'occuper de l'assainissement et de l'hygiène sont l'Inspection provinciale de la santé et la Division provinciale de l'environnement. Au Nord Kivu, il n'existe pas encore de Comité régional pour l'action de l'eau et de l'assainissement (CRAEA).

Au niveau territorial/des villes, il existe plusieurs agences censées s'occuper de l'assainissement et de l'hygiène : le district de santé de Beni, qui possède un département d'hygiène publique ; le service urbain de l'environnement de la ville de Beni ; les zones de santé de Beni et de Mutwanga et les services d'hygiène publique et de quarantaine de la frontière (anciennement un département de la zone de santé de Mutwanga).

Le PPSSP a effectué des entretiens à Goma, la capitale de la province du Nord Kivu, ainsi qu'à Beni en tant que centre du Territoire de Beni (dont la ville de Beni qui possède ses propres fonctionnaires du gouvernement local). Ceci afin de constater quelles politiques d'État et quels programmes existent sur place (s'il en existe) pour orienter et superviser la provision des services d'assainissement et d'hygiène de l'État.

En plus de ces entretiens (au total de sept à Goma et de 11 sur le territoire de Beni, cf. liste dans l'Annexe 2), le PPSSP a dirigé des groupes à thème dirigé pour investiguer dans chacune des deux communes (urbaines) du territoire, Mbelu et Rubiriha, au sujet d'un projet local visant à pourvoir des dispositifs d'assainissement. Ceci afin de découvrir quels facteurs étaient des obstacles ou au contraire un soutien, pour le succès de cette intervention.

## 4.4 Résultats de l'étude locale

Les résultats de la recherche du PPSSP sont résumés dans le Schéma 4 : Mbelu, et le Schéma 5 : Lubiriha.

Dans ces schémas, la catégorisation des diverses options de provision (sur l'axe horizontal, provision de l'État et autres options de provision, et options humanitaires) est la même que celle du Schéma 2. Les titres dans l'axe vertical sont les mêmes que ceux utilisés dans les Sections 2 et 4. Les symboles négatifs représentent les obstacles, et les symboles positifs représentent les facteurs positifs, à la fois rapportés au PPSSP par les groupes à thème dirigé et les personnes interrogées.

Les entrevues indiquaient que le fonctionnement du « secteur » de santé dans les provinces est entravé par le manque de ressources, cependant moins que pour l'assainissement et l'hygiène, qui, d'après le PPSSP, sont une priorité nettement moindre. Une des explications données à cela est que les interventions de santé produisent des ressources pour la survie des centres de soins (la conclusion étant que ces derniers sont une priorité par rapport aux dispositifs d'assainissement).

Dans les deux cas, Mbelu et Lubiriha, les échecs sont dus à d'autres facteurs que la violence directement causée par les conflits dans l'est du Congo, y compris dans la province de Nord Kivu. Dans les deux cas, un certain nombre d'obstacles au succès, selon ce qui a été communiqué aux chercheurs du PPSSP, étaient toutefois indirectement dus à la situation de la province suite aux années de conflits et de mauvais gouvernement du Congo, c'est à dire dus à l'absence de provision de services d'État dont l'assainissement et l'hygiène dans cet État effondré.

L'agencement anarchique des zones de bidonvilles, à la densité de population très élevée, décourage les habitudes hygiéniques : par ex. à Lubiriha, un groupe à thème dirigé a dit qu'il était fréquent que quatre ou cinq familles de cinq à dix membres chacune cohabitent sur une parcelle de 20 m<sup>2</sup>. Ils ont mentionné que dans ces conditions, à moins que la communauté ne se mobilise, il était peu probable que les individus changent leurs pratiques d'hygiène. Certains membres des groupes à thème dirigé ont déploré une culture plus individualiste que collective dans leurs communautés locales.

Les groupes à thème dirigé ont mentionné l'inaccessibilité de l'approvisionnement en eau comme un facteur dont ils devaient parler au PPSSP. À Lubiriha, en raison de la pénurie en eau, l'approvisionnement en eau provient principalement de l'autre côté de la frontière an Ouganda, par jerrycans de 20 litres de 100 Francs Congolais (0,2 \$US) l'unité.

L'image qui émerge de l'étude de ces deux initiatives à Mbelu et Lubiriha est la suivante :

- Faible présence des agences de santé de l'État, et aucune présence d'agence quelconque d'assainissement, ce qui signifie que la communauté doit largement se mobiliser
- Dans les deux endroits, ce sont les femmes qui ont manifesté le plus d'intérêt vis-à-vis de l'assainissement et de la santé, mais leur voix est relativement faible au sein de la communauté ; c'est un exemple de l'obstacle de l'inégalité des sexes auquel fait allusion le Rapport de développement humain 2006 (PNUD 2006)
- Dans les deux cas, les cas de choléra ont suscité une action dans le domaine de l'assainissement et de l'hygiène, bien qu'il s'agisse d'une action réactive plutôt que proactive, qui n'a pas été poursuivie une fois l'épidémie enrayée
- Un des obstacles majeurs au succès, observé par les deux groupes à thème dirigé, est **la mauvaise allocation des fonds**, probablement le symptôme d'un malaise plus profond en RDC. Les responsables de ces détournements sont parfois des fonctionnaires de l'État ou, peut-être encore plus choquant, des représentants élus de la communauté locale.

**Schéma 4**  
Facteurs agissant en RDC sur le plan local, émergeant de l'étude du PPSSP, ciblée sur Mbelu

LÉGENDE  
 ➔ Facteur représentant un **obstacle** à cet endroit  
 ➕ Facteur positif **soutenant** l'amélioration des services d'assainissement et d'hygiène à cet endroit  
 A & H – assainissement et hygiène

| FACTEURS   | AMÉLIORER LA PROVISION DE L'ÉTAT   |  | SOUTENIR DES OPTIONS DE PROVISION ALTERNATIVES   |  | OPTION HUMANAIRE (à court terme)  |
|--|--|--|--|--|---|
|  | Gouvernement central   | Gouvernement provincial/local  | ONG et associations communautaires   | Petits opérateurs de service privés  | ONU et ONGI   |
| <b>Gouvernance et budgétisation :</b><br>Questions financières, politiques et institutionnelles                        | ➔ Absence d'élaboration de politiques par les agences du gouv. central.<br>➕ L'ISDR a fourni de l'aide au lancement du projet...<br>➔ ...mais peu de suivi, et à part cela les agences d'État n'ont pas contribué.     | ➔ Très peu de soutien de la part du chef de quartier ou de son conseil.<br>➔ Distorsion de la part des fonctionnaires, qui ont imposé des amendes pour des infractions présumées, et appliqué.<br>➔ l'appropriation et la privatisation des biens communaux.   | ➕ Engagement initial manifesté par la communauté...<br>➔ ...mais le mauvais usage des fonds par les membres du comité communautaire a miné l'enthousiasme.<br>➔ De nombreuses organisations d'église accordant une moins grande priorité à l'A & H qu'aux postes de santé.                         | ➕ La Fédération des entrepreneurs du Congo » (FEC) a financé quelques latrines publiques près du marché local.<br>➔ L'association locale des maçons n'a pas contribué à ce projet.   | ➔ La plupart des ONGI présentes dans la province planifient des interventions A & H dans le cadre de l'aide d'urgence...<br>➔ ...ce qui signifie qu'il y a un manque de soutien de la part des ONGI pour l'A & H sur une base régulière de « développement ».<br>➔ Les ONGI tendent à rivaliser les unes avec les autres. |
| <b>Mécanismes de provision</b><br>dont la décentralisation des services :<br>capacités, public/privé, technologie etc. | ➔ Paralysie/fermeture de la plupart des infrastructures de santé de l'État pendant la période de conflits, y compris sur le territoire de Beni.<br>➔ Insuffisance de financements disponibles pour les agences d'État. | ➔ Manque de personnel, d'infrastructures et d'équipements fonctionnels des agences d'État, par ex. les fonctionnaires d'État locaux à la santé n'ont pas de ressources pour se rendre dans les divers villages locaux.<br>➔ Absence de régimes fonciers de dimension humaine (c'est à dire attentifs aux besoins des plus démunis) ; non-conformité aux normes de planification. | ➕ La communauté a apporté des contributions en nature (par ex. main d'œuvre et matériaux).<br>➕ Et les femmes de la communauté ont nourri les travailleurs...<br>➔ ...mais manque de suivi de la part des comités communautaires.<br>➔ Décompte du nombre de latrines, et non pas de leur qualité. | ➕ La « Fédération des entrepreneurs du Congo » (FEC) a financé quelques latrines publiques près du marché local.<br>➔ L'association locale des maçons n'a pas contribué à ce projet. | ➔ Peu de participation des ONGI (ou ONG) dans la commune de Mbelu.  |
| <b>Culturels :</b><br>perspectives liées au genre ; coutumes et croyances  | ➔ Généralement, les agences de santé de l'État adoptent l'approche de la cure, plutôt que la prévention (question culturelle et financière).   | ➔ Désintérêt général pour l'A & H, excepté en ce qui concerne les épidémies de choléra.  | ➕ Seules les femmes ont manifesté un réel enthousiasme pour l'hygiène...<br>➔ ...mais elles ont peu de voix dans les processus de prise de décision.   |  |   |

**Schéma 5**

Facteurs agissant en RDC sur le plan local, émergeant de l'étude du PPSSP, ciblée sur Lubiriha

LÉGENDE  
 - Facteur représentant un **obstacle** à cet endroit  
 + Facteur positif **soutenant** l'amélioration des services d'assainissement et d'hygiène à cet endroit  
 A & H – assainissement et hygiène

| FACTEURS  | AMÉLIORER LA PROVISION DE L'ÉTAT  |   | SOUTENIR DES OPTIONS DE PROVISION ALTERNATIVES   |  | OPTION HUMANAITAIRE (à court terme)   |
|---|---|---|--|--|---|
|   | Gouvernement central  | Gouvernement provincial/local   | ONG et associations communautaires   | Petits opérateurs de service privés  | ONU et ONGI   |
| <b>Gouvernance et budgétisation :</b><br>Questions financières, politiques et institutionnelles                     | - Absence d'élaboration de politiques par les agences du gouv. central.<br>- Les agences d'État n'ont pas contribué.                        | + Soutien partiel des autorités locales qui ont contribué à mobiliser la population locale.<br>- Détournement des fonds collectés dans la communauté par le comptable du centre de soins local.   | + L'Oxfam a fourni une assistance technique ainsi que des fonds.<br>- Manque de motivation des femmes pour soutenir le projet.<br>- Ce détournement a sapé la confiance de la communauté.  |  | - La plupart des interventions des ONG se font à court terme et sont géographiquement dispersées, avec peu de coordination entre elles. |
| <b>Mécanismes de provision</b><br>dont la décentralisation des services : capacités, public/privé, technologie etc. |   | - Vente illicite de parcelles de terrain.<br>- Conflits de régime foncier entre le parc national et la communauté au sujet des droits de propriété.<br>- Vague discussion de la part des dirigeants local au sujet de la sensibilisation... | + L'Oxfam a fourni une assistance technique ainsi que des fonds.<br>+ Les femmes de la communauté (uniquement) ont manifesté un réel enthousiasme pour l'hygiène...<br>- ... mais elles ne sont pas payées pour nettoyer les latrines. | - En raison de l'incapacité de l'État à pourvoir des services A & H, un entrepreneur privé a été embauché, sans le soutien de la communauté. | - L'Oxfam a construit des latrines publiques en 2003/04, principalement en réaction au choléra.   |
| <b>Culturels :</b><br>perspectives liées au genre ; coutumes et croyances   | - Généralement, les agences de santé de l'État adoptent l'approche de la cure, plutôt que la prévention (question culturelle et financière) | - ... mais aucune preuve de réelle action de la part du gouv. local pour fournir une éducation sur l'A & H.   | - Perception d'un individualisme croissant au lieu d'une solidarité communautaire dans un contexte frontalier sujet aux conflits.<br>- Lorsque une épidémie de choléra s'achève, les gens ont tendance à oublier.                      |  |   |

# 5 Obstacles à l'assainissement et à l'hygiène

Dans cette section nous examinons dans quelle mesure les facteurs entravant le développement de la politique d'assainissement et d'hygiène mentionnés dans la Section 2 sont présents en RDC.<sup>27</sup> Cette section adopte la même structure que celle de la Section 2, basée sur les étapes du cycle caractéristique de développement d'une politique, dans le but d'évaluer quels sont les obstacles présents en RDC.

## 5.1 Définition du problème

Il n'existe aucun document de politique nationale sur l'assainissement et l'hygiène en RDC. Il semble qu'aucun document n'ait été produit pour donner l'orientation de la politique publique en matière d'assainissement. Le même vide politique semble également exister sur le plan provincial<sup>28</sup>, du moins si la province de Nord Kivu est représentative. La situation semble être identique dans le Territoire de Beni du Nord Kivu : les représentants du gouvernement (ceux qui sont présents) travaillent sans cadre de référence, qu'il s'agisse de directives politiques officielles ou de plans de programmes exposant des objectifs de fonctionnement.

L'expérience en RDC illustre la manière dont le développement des politiques d'assainissement et d'hygiène peut défaillir à un stade précoce. Les divergences d'agendas des institutions directement ou indirectement impliquées au niveau de l'assainissement et de l'hygiène ont fait qu'il n'y a pas vraiment eu de « définition du problème », ce qui est identifié comme étant l'étape 1 du processus de politique, indiqué dans la Section 1. Il n'existe aucun document qui présente une compréhension commune de ce que signifie « l'assainissement » (ou du moins, aucun qui n'ait été mentionné lors des entretiens).

## 5.2 Définition de l'agenda et formulation de la politique

### 5.2.1 Données insuffisantes

Comme le suggère la Section 3, les informations à jour sur les besoins en assainissement et en hygiène sont insuffisantes en RDC. Comme cela a été exposé dans les Sections 3 et 4, ces études empiriques, lorsqu'elles sont disponibles, indiquent de grands besoins en termes d'amélioration des conditions sanitaires/d'hygiène pour de grandes portions de la population. Sur le territoire de Beni, les manques en termes d'assainissement sont encore très importants, autant en ce qui concerne l'accès aux services, que concernant l'absence d'institutions et d'agences d'État qui puissent les fournir. La provision en matière de santé semble représenter une certaine exception. Dans le Nord Kivu, par exemple, le PPSSP (actif dans la province pendant cette période) rapporte que quelques dispositifs gouvernementaux individuels ont réussi à continuer à fonctionner, précisément : en ce qui concerne

<sup>27</sup> La quantité de commentaires pour chacun des « obstacles » potentiels varie selon la quantité des informations et des contributions apportées par les personnes interrogées, le groupe de discussion à thème dirigé et le questionnaire de cette étude. Comme cela a été entrevu dans la Section 1, certaines lacunes dans la collecte d'informations sont dues aux méthodologies relativement rapides employées pour l'étude.

<sup>28</sup> D'après les entretiens effectués par les chercheurs du PPSSP dans la capitale de la province, Goma.

les équipements de santé, l'hôpital d'Oicha, et, à part quelques occasions pendant les combats sur place, l'hôpital de Mutwanga.

### 5.2.2 Tensions entre les conceptions

Dans le cas de la RDC, les personnes interrogées n'ont pas fait allusion à des tensions entre les différentes conceptions concernant l'assainissement et l'hygiène, où il n'existe aucune politique d'assainissement et d'hygiène et peu de débats politiques ouverts.

### 5.2.3 Manque de coordination

Selon l'expression d'une personne interrogée, le secteur serait comme une « *saucisse découpée en rondelles* ». Les décisions et les approbations concernant les questions liées à l'assainissement et à l'hygiène sont prises par plusieurs hiérarchies différentes et la structure institutionnelle est confuse en ce qui concerne les responsabilités. La répartition des tâches entre les différentes institutions n'est pas claire et il n'existe pas une institution unique et forte qui dirige l'assainissement et l'hygiène (ou même l'eau).

Une réforme de l'organisation du secteur est nécessaire. L'assainissement n'a pas besoin d'être, selon l'expression d'une personne interrogée, « *chasse gardée* ». Pourtant, la tâche consistant à définir des rôles clairs et des répartitions entre les différentes fonctions des agences du gouvernement, avec des mécanismes de coordination et de partage de l'information entre celles-ci, constituera une base essentielle de ré-amorçage de ce secteur dans l'avenir.

Entre temps, le cadre légal actuel de ce secteur en RDC est archaïque et dépassé : voir Tableau 6. Il date d'avant l'indépendance (c'est à dire 1960), avec certains changements effectués pendant le mandat de Mobutu, mais il n'a pas connu de révision ou de réforme importante depuis plus d'une génération.

Les personnes interrogées ont fait allusion à plusieurs lois différentes (« Code de l'eau » ou « loi cadre ») qui avaient été ébauchées et proposées au fil des années par différents ministères, dont le Ministère de l'environnement et le Ministère de l'énergie, mais qui n'avaient pas dépassé le stade de projet. Ce chevauchement était semble-t-il provoqué par le fait que chaque ministère n'était pas disposé à laisser les autres diriger le processus. Une des personnes interrogées considérait qu'il s'agissait du reflet d'une résistance générale au changement au sein des quatre ministères qui contrôlent actuellement l'action publique dans ce secteur.

Une autre personne interrogée a émis l'opinion que le secteur « *devait revenir en arrière et recommencer à la case départ* ». Un travail est apparemment en progression dans le cadre du CNAEA afin de réviser les lois du secteur et de préparer un nouveau projet, mais ce qui est incertain aujourd'hui, c'est si cela parviendra à vaincre la tendance passée des nouvelles lois bloquées par des intérêts rivaux.

À ce jour, le CNAEA en tant qu'organisme « coordinateur » n'a pas résolu le problème du manque de clarté de la répartition des tâches ; ce manque de coordination entre les ministères qui détiennent des responsabilités partielles dans le domaine de l'assainissement est affaiblissant.

Aucune des personnes interrogées ayant participé à l'étude n'a mentionné une initiative WASH nationale, et il semblerait qu'il n'en existe pas.

Il n'existe pratiquement aucun leader ou dirigeant expert en assainissement et en hygiène au sein du gouvernement, que ce soit sur le plan national, provincial ou territorial. Comme cela a été mentionné plus haut, la mauvaise gouvernance et les conflits ont eu pour effet de paralyser le fonctionnement du gouvernement, conduisant à l'effondrement de l'État.

**Tableau 6**  
Cadre légal actuel  
du secteur de  
l'assainissement,  
de l'hygiène et de  
l'eau en RDC

- Ordonnance no. 69-146 du 1er août **1969**, définissant les responsabilités du Ministère de l'environnement, conservation de la nature et tourisme
- Ordonnance no. 75-231 du 22 juillet **1975**, relative aux responsabilités du Ministère de l'environnement, conservation de la nature et tourisme, complétant l'ordonnance de 1969
- Ordonnance no. 77-022 du 22 février **1977**, transférant les départements et services du Département de l'environnement, conservation de la nature et tourisme
- Ordonnance no. 77-019 du 22 février **1977**, définissant les termes de référence/cahier des charges de la (future) Régie des distributions d'eau et d'électricité de la République du Zaïre (REGIDESO)
- Ordonnance no. 78-197 du 5 mai **1978**, créant la constitution commune de la société publique nommée REGIDESO. Ordonnance no. 78-197 du 5 mai 1978, relative à la constitution de la REGIDESO
- Cadre de loi de 78-002 de **1978** définissant les prestations légales s'appliquant généralement aux sociétés publiques
- Ordonnance no. 81-023 du 14 février **1981**, créant le Comité national d'action de l'eau et de l'assainissement (CNAEA)
- Décret no. 014 du 17 février **1981**, créant le Service national d'assainissement qui fut ensuite renommé le Programme national d'assainissement (PNA)
- Arrêté départemental no. 00019/BCE/AGRIDRALE/83 du 19 septembre **1983**, constituant une agence nationale intitulée Service national de l'hydraulique rurale (SNHR)
- Ordonnance no. 87-023 du 3 avril **1987**, amendant/complétant l'ordonnance de 1981 sur le CNAEA
- Ordonnance no. 87-331 du 16 septembre **1987**, créant l'Office des voiries et drainage (OVD)
- Loi-arrêté- no. 81 du 2 juillet **1998**, relatif à l'Organisation territoriale et administrative de la République Démocratique du Congo

Il est ressorti de l'un des groupes à thème dirigé que les interventions des agences gouvernementales responsables de l'assainissement et de l'hygiène se sont parfois réduites à du harcèlement et des distorsions, plutôt qu'à du soutien, par ex. l'imposition de lourdes amendes pour des infractions présumées au code de la gestion des déchets. (Le groupe à thème dirigé a également exprimé que l'argent ainsi récolté était empoché par des individus au lieu d'aller aux fonds publics.)

L'administration du secteur est très centralisée : les personnes interrogées ont mentionné que les ministères opèrent généralement comme si leur ministère n'existait que pour Kinshasa et non pas pour le pays entier, et les ministres effectuent peu de visites en dehors de la capitale.

#### **5.2.4 Insuffisance de priorités politiques et budgétaires, insuffisance de demande**

Le manque de volonté et de leadership politique impliquent que la situation décrite plus haut était impossible à résoudre, du moins durant la phase de transition jusqu'aux élections de 2006/début 2007.

La version finale du DSRP a, semble-t-il, été un premier signe positif en direction de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Plusieurs des personnes interrogées ont cependant mentionné que, malgré le lobby de certains bailleurs, les divisions du gouvernement n'ont généralement pas tellement

« cru » au DSRP<sup>29</sup> ; leur manque d'intérêt est interprété comme étant du à la transition politique. On peut se demander si le DSRP, en tant que manifeste d'une politique de lutte contre la pauvreté, sera pris au sérieux par le futur gouvernement de RDC.

L'assainissement reçoit très peu de soutien de l'État, même d'après les normes de budget national limité en RDC. Moins, par exemple, que le secteur (ou le sous-secteur) d'approvisionnement en eau. En termes de priorité budgétaire, l'approvisionnement en eau et l'assainissement sont actuellement très peu côtés en RDC, et n'attirent qu'une petite fraction (environ 1 pour cent) de l'allocation du budget des fonds publics. Ainsi, si on les mesure en termes d'allocations de financement public à l'échelle nationale, l'approvisionnement en eau et l'assainissement doivent se frayer un chemin dans l'agenda politique, de très loin.

De plus, d'après un haut fonctionnaire au niveau provincial, aucune ligne de budget n'apparaît pour l'assainissement dans le budget provincial, ce qui signifie également que l'assainissement ne figure pas dans le planning officiel des actions attribuées aux agences gouvernementales dans la province de Nord Kivu.

Un représentant de la société civile a émis l'opinion que l'assainissement est (ou devrait être) un secteur de pointe et qu'il y avait un manque d'engagement vis-à-vis du traitement des causes de nombreux problèmes de santé du pays.

Un autre représentant de la société civile a indiqué une cause fondamentale possible à la culture politique de la RDC, qui fait que les représentants élus et les fonctionnaires publics n'ont pas à être tenus pour responsables vis-à-vis de leurs citoyens. Lorsqu'il est confronté à un représentant public, le citoyen moyen (démuni) est semble-t-il facilement intimidé et habitué à reculer. Par définition, le premier est un « chef » que le « petit peuple » craint et auquel les gens ont traditionnellement appris à se soumettre en toutes circonstances. La pensée prévalente est que les ministres sont « intouchables », comparables à des dirigeants de l'époque féodale dans l'histoire du Congo. Plusieurs personnes interrogées ont mentionné qu'il existe une culture de l'impunité et un manque de redevabilité, qui s'ajoutent à une culture où les requêtes des citoyens sont souvent à peine exprimées. Le PPSSP a également fait référence à l'héritage d'une culture « d'imposition » sous la colonisation, à l'opposé de l'éducation.

Une des personnes interrogées a exprimé que la société civile devrait faire un effort considérable pour améliorer sa participation sur le plan des affaires publiques, ce qui exigerait de la persévérance, appuyée par des faits, afin que des progrès se fassent dans le sens d'un changement. Le soutien du réseau international d'ONG sera important pour exercer une influence externe à un effort national de lobby, a ajouté cette personne.

Comme plusieurs des personnes interrogées l'ont souligné, la transition politique occupe beaucoup l'esprit des politiciens et des bailleurs. L'accent a été mis sur le Plan de reconstruction, soutenu par les bailleurs tels que la Banque mondiale et l'Union européenne, ainsi que l'ONU. Certains bailleurs attendaient la fin des élections pour établir et approuver des programmes de développement. Il est espéré qu'un gouvernement solide et permanent émergera pour conduire la prochaine étape de transition.

29 Le processus du DSRP comprenait un comité national multi-sectoriel dans lequel siégeaient les représentants de 25 organisations : 15 organismes gouvernementaux plus dix autres organisations non-gouvernementales. Il n'y avait pas de comités de travail sectoriels comme dans d'autres pays. Apparemment, l'UPPE a consulté le Conseil National des ONG, la plate-forme nationale des ONG. L'UPPE recevait une contribution au niveau de l'approvisionnement en eau et l'assainissement de la part du CNAEA.

Comme le présente la Section 3 plus haut, une des questions clé est de savoir comment passer du financement des bailleurs pour des interventions humanitaires à court terme, essentiellement réactives, à des programmes de développement à moyen terme. Au fur et à mesure que le processus de transition politique progresse, la question se pose de savoir si les bailleurs vont changer le canal de leur financement des agences de l'ONU et des ONG vers le gouvernement ; un changement qui signalerait le début d'un effort dans le sens du renforcement des capacités des institutions gouvernementales.

Une des personnes interrogées a remarqué que, pendant la période de transition politique, chaque organisation, y compris les ONG, a eu tendance à collecter ses propres informations et à effectuer ses propres évaluations et jugements en fonction de son agenda d'obligations, selon les priorités et critères institutionnels individuels. Les habitants de Mbelu, par exemple, mentionnent une compétition entre les ONG. Dans l'avenir, une plus grande coordination inter-ONG sera véritablement nécessaire.

Les évaluations participatives sur la pauvreté (mentionnées plus haut) ont soulevé la question de la manière dont les préoccupations et les besoins sont exprimés en termes de requêtes. Dans un contexte où la compétition pour les rares ressources est intense, pourquoi les politiciens chercheraient-ils à inciter les requêtes là où elles n'existent pas actuellement ?

Une des personnes interrogées a évoqué que la demande de latrines **publiques** sur les marchés, dans les écoles et les centres de soins est souvent exprimée en RDC, plus que la demande de latrines individuelles au niveau des ménages. Cette personne considérerait que cela est lié aux attentes des gens selon lesquelles les latrines publiques, comme l'approvisionnement en eau, seront pourvues par l'État, dans le cadre de ses responsabilités, alors que les installations sanitaires des ménages ne sont pas de son ressort.<sup>30</sup> Cependant, a-t-il poursuivi, si la demande de latrines individuelles est insuffisamment **exprimée**, cela ne signifie pas pour autant que les besoins n'existent pas, ou même qu'il n'y a pas de demande, si l'État entreprenait des étapes actives pour offrir des services aux ménages et les encourager. Plusieurs des personnes interrogées ont admis l'importance de « lire entre les lignes » des besoins des gens. L'absence de demande pour un meilleur assainissement et une meilleure hygiène pourrait, bien entendu, être en partie due au manque de connaissances au sujet des menaces pour la santé que représentent les mauvaises conditions sanitaires. La sensibilisation et les programmes d'éducation sont conçus pour remédier aux problèmes de compréhension des bénéfices d'un meilleur assainissement et d'une meilleure hygiène, mais bien entendu, ceux-ci doivent être financés et mis en œuvre de manière efficace.

Les commentaires des groupes à thème dirigé à Mbelu et à Lubiriha (si ceux-ci sont représentatifs) laissent entendre que la demande est surtout exprimée par les femmes.

Le Rapport de développement humain 2006 (PNUD 2006) fait allusion à l'obstacle que représente la pauvreté vis-à-vis de l'amélioration de l'assainissement : « même une technologie améliorée bon marché peut être hors de la portée financière » des populations plus démunies (page 119). « *À Kibera, Nairobi, la construction de latrines à fosse revient à environ 45 \$US, soit deux mois de salaire pour le revenu minimum.* » Bien que les personnes interrogées en RDC n'aient pas spécifiquement développé cet aspect, le niveau de pauvreté du pays est tel que ce facteur pourrait être pertinent dans de nombreuses régions pauvres.

---

30 Une des réponses à cette conception est que la nature du soutien que l'État est en mesure de fournir pour la construction de latrines individuelles pour les ménages est différente.

### 5.2.5 Agenda des bailleurs

Les fonds publics étant rares et l'assainissement/l'hygiène ne pouvant bénéficier que d'une très petite part du budget national, les fonds externes sont importants pour soutenir ce secteur de l'assainissement et de l'hygiène. Il semble que seuls quelques bailleurs soient actuellement prêts à financer les programmes d'assainissement et d'hygiène en RDC, en comparaison avec les neuf bailleurs qui se sont engagés à financer le secteur de l'eau. Des informations sur les trois programmes figurent dans le Tableau 7.

**Tableau 7**  
Programmes de  
financement des  
bailleurs pour  
l'assainissement et  
l'hygiène

**UNICEF** : Les trois composantes du programme de l'UNICEF sont : l'approvisionnement en eau en milieu rural avec le SNHR pour créer des villages assainis ; des projets d'écoles assainies, en collaboration avec la 9<sup>ième</sup> Division du Ministère de la santé récemment créée ; et construire à partir des capacités qui existent au niveau des zones de santé, dont un technicien en développement rural (TDR) de WSS par région. Les TDR sont des membres du personnel qui travaillent sur le terrain, y compris avec les villages locaux, et qui sont formés en technologies de base, par ex. dans le cas de WSS, comment améliorer les sources d'eau et construire des latrines simples et VIP (en comparaison avec les ingénieurs du SNHR qui sont formés en adduction de l'eau). Les TDR recevront des cours de formation de « perfectionnement » à relativement court terme. L'UNICEF compte financer un quart (env. 800 000 \$US) du budget de ce programme (total d'environ 3,2 millions \$US) et sollicitera le soutien d'autres sources internationales pour le reste.

**PROGRAMME D'EAU ET D'ASSAINISSEMENT** : le WSP soutient uniquement un projet à Kinshasa, projet pilote de trois ans. D'après le WSP, une première activité est déjà en cours, pour concevoir et préparer un emplacement pour une décharge (au lieu des petits dépôts improvisés), en collaboration avec le PNA.

**LA BANQUE AFRICAINE DE DÉVELOPPEMENT** prévoit d'accorder un prêt de 50 millions \$US sur trois ans, prévu pour le WSS en contexte rural, mais elle n'a pas encore déterminé quelles activités devront être soutenues.

L'UNICEF poursuit sa mission d'apporter de l'aide aux enfants qui souffrent. Elle travaille avec des contacts dans trois ministères et est actuellement en train de concevoir et d'obtenir des autorisations (y compris de la part du gouvernement) pour un programme qui comprend trois éléments, dont chacun correspond à l'un des trois ministères concernés. En même temps, l'UNICEF prévoit de collaborer avec le CNAEA pour le renforcement des capacités dans ce secteur, y compris via un travail politique. Cela comprend de poursuivre avec le gouvernement l'idée d'un cadre de législations pour l'eau, ce qui d'après l'UNICEF comprendrait également un code pour l'assainissement.

Les autres programmes de financement qui soutiennent ce secteur sont ceux du WSP et de la BAD (également multi-latéraux<sup>31</sup>), listés dans le Tableau 7.

Pourquoi n'y a-t-il pas plus de fonds de bailleurs à disposition pour l'assainissement ? Parmi les explications proposées par les personnes interrogées figuraient les suivantes :

- Un bon nombre de représentants de bailleurs sont frileux face aux risques (selon une des personnes interrogées), et choisissent de soutenir des projets plus accessibles en termes de

31 Une récente étude du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène au Sierra Leone (Tearfund 2005, page 9) soulignait que « ...ce sont des bailleurs multi-latéraux plutôt que bi-latéraux qui soutiennent activement l'assainissement et l'hygiène » dans ce pays.

résultats à atteindre ; les bailleurs peuvent, par exemple, être réticents à relever les défis logistiques de la RDC, qui est un grand pays, avec des régions très enclavées (certains endroits ne sont accessibles que par voie des airs, là où les routes sont tellement abîmées qu'elles sont impraticables) et certaines zones sont encore peu sûres, sujettes aux conflits.

- Comme cela a déjà été décrit, l'assainissement est « entre deux chaises » sur le plan institutionnel. La RDC représente une situation complexe, dont les « câbles sont entremêlés » entre plusieurs ministères sans aucun avocat faisant autorité ; du point de vue des bailleurs, dans ce cadre de vide institutionnel et de confusion, des doutes peuvent persister vis-à-vis des perspectives réalistes de mise en œuvre des programmes d'assainissement, du moins via l'État.
- Une des personnes interrogées considérait que les bailleurs sont peut-être méfiants face aux difficultés de remboursement des dépenses par les utilisateurs concernant les services d'assainissement ; il n'est pas aisé d'identifier le flot des revenus issus des installations d'assainissement, encore moins que pour l'approvisionnement en eau dans les régions pauvres.<sup>32</sup>

Les autres bailleurs jugeront peut-être simplement d'autres priorités, telles que la nourriture, la nutrition, l'habillement et la sécurité,<sup>33</sup> comme plus urgentes. Il peut également y avoir une conception chez certains bailleurs selon laquelle l'assainissement n'est pas « un bien public », parce qu'il suffit d'éduquer et d'informer les ménages, par exemple, au sujet de la construction, de l'utilisation et de la maintenance des latrines, et ensuite de laisser chaque ménage s'approvisionner lui-même.

Une autre raison du manque actuel de financement des bailleurs (pas seulement dans le secteur de l'assainissement) a à voir avec les problèmes post-conflit évoqués dans la Section 3.

## 5.3 Mise en œuvre de la politique

### 5.3.1 Capacités humaines et techniques insuffisantes

Les capacités actuelles en termes de ressources humaines en RDC (personnel qualifié dans le « secteur » de l'assainissement) sont très limitées. En ce qui concerne la santé, d'après les personnes interrogées, les capacités semblent être meilleures.

Le problème du recrutement des jeunes est un cercle vicieux, d'après le directeur de l'École de santé publique de l'Université de Kinshasa. L'absence de stratégie en matière de développement des capacités, associé à l'insuffisance des investissements, implique qu'il existe peu d'informations disponibles pour sensibiliser les jeunes aux professions de « santé publique ». La majorité d'entre eux ne connaissent pas l'existence de ce secteur, et pour ceux qui y sont sensibilisés, les taux de rémunération et les conditions de travail ne font pas envie, en comparaison avec les autres opportunités présentées aux diplômés. Pourtant, ces professions ont besoin de personnel diplômé de premier et de troisième cycle universitaire.

D'autres ont mentionné la tendance des bailleurs à financer des programmes de santé importants (par ex. l'apport de médicaments, etc.) de telle façon à mobiliser un nombre conséquent de personnel compétent, causant une fuite des « cerveaux » vers les agences internationales. Lorsque le personnel est recruté pour ces programmes dans les agences nationales, il en résulte un déséquilibre : des ressources considérables pourront être soudainement allouées pour certains problèmes, tandis que d'autres, comme l'hygiène, seront mal financés, ce de manière disproportionnée. Par exemple, le

<sup>32</sup> Dans le secteur de l'éducation, les parents sont une source de revenu pour les services fournis pour leurs enfants.

<sup>33</sup> Même s'il devient de plus en plus évident qu'il est nécessaire d'envisager de traiter les problèmes liés à l'eau et à l'assainissement.

Service de l'hygiène du Ministère de la santé a du nouveau personnel. En même temps, une affectation à un poste de santé ou une zone de santé dans une région reculée du pays présentera probablement peu d'attrait, car les incitations financières et professionnelles sont insuffisantes.

Le manque de personnel disponible est apparemment aggravé par le fait que les personnes recrutées sont affectées au sein des divers ministères actuellement responsables de l'assainissement et de l'hygiène, et chargées de fonctions qui rendent l'utilisation du peu de personnel qualifié inefficace. Un exemple de cela était un cas précis à l'époque de Mobutu où les fonctions d'un ministère (environnement) avaient été transférées à un autre, mais le personnel possédant les qualifications et l'expérience concernant les activités transférées sont restées affectées au Ministère de l'environnement.

Afin de mieux illustrer le manque de capacités des agences de l'État responsables de l'assainissement et de l'hygiène, en termes de personnel et d'équipement, l'étude locale a été informée que dans la zone de santé de Beni, un fonctionnaire est théoriquement responsable de 441 villages répartis dans 28 « régions » de santé. Pendant ce temps, la zone de santé de Mutwanga (qui regroupe 19 régions de santé, avec une population estimée à 189 000 habitants, sur une zone de 500 km<sup>2</sup>) possède (de façon intermittente) une seule moto en état de marche.

Cette situation doit changer afin de libérer une nouvelle génération de professionnels de la santé qui puissent travailler au service de l'État. L'École de santé publique de l'Université de Kinshasa forme des étudiants dans de nombreuses disciplines : approvisionnement en eau (et qualité), traitement des eaux usées domestiques, systèmes d'égouts, latrines et traitement des déchets solides (ménagers, industriels et bio-médicaux), ainsi que les vecteurs contre les maladies.

### 5.3.2 Capacité d'absorption des fonds

La réticence des bailleurs concernant le financement des programmes d'assainissement et d'hygiène en RDC reflète peut-être la capacité du pays à absorber les fonds. Aujourd'hui, de manière réaliste, quelle quantité de fonds pourrait être acheminée via les agences d'État et les municipalités (voir Schéma 2) ?

### 5.3.3 Absence d'opérateurs de service

Comme il a déjà été mentionné plus haut, les dispositifs de traitement des déchets de l'État et les infrastructures urbaines d'égouts et d'écoulement des eaux usées dans la capitale de Kinshasa sont quasiment inexistantes.

Le sentiment prédominant est qu'au cours des dernières années, les ONG à Beni ont fait preuve d'innovation en matière de projets d'assainissement et d'hygiène, en l'absence de la présence de l'État. Les activités du PPSSP sont un exemple de compréhension des besoins en matière d'assainissement et d'hygiène, que peut apporter à un pays une organisation (privée) possédant une expertise spécifique du secteur de la santé/l'hygiène.

Il est ressorti des interviews que les zones de santé de Beni et Mutwanga accordent moins d'attention à la provision de services d'assainissement dans les ménages et les communautés qu'au traitement des déchets médicaux et au soutien des comités de santé. Cela malgré le rapport 2005 des fonctionnaires de la zone de santé (Zone de santé de Mutwanga 2005) qui ont fait remarquer le « *manque flagrant de latrines* » dans une des aires de santé de la zone où il n'y avait que cinq latrines pour une population de 8 200 habitants.

Quand au rôle du secteur privé, le PPSSP cite l'exemple de la Fédération des Entrepreneurs du Congo (FEC), un « syndicat des propriétaires d'entreprises » qui a construit à Oicha, sur le territoire de Beni, grâce à ses propres fonds, des latrines publiques près du marché où semble-t-il, certains de ses membres travaillent. Cependant, l'association locale de « poseurs de briques » (maçons) n'a pas participé aux projets à Mbelu.

#### **5.3.4 Méthodes et technologies inadaptées au contexte**

Aucun commentaire n'a été fait sur ce thème au cours de l'étude.

#### **5.3.5 Insuffisance d'accès aux crédits**

Ce thème n'a pas été évoqué ou étudié pendant les interviews.

#### **5.3.6 Absence de messages forts**

De nombreux fonctionnaires ont parlé d'activités de sensibilisation, mais en des termes tellement vagues que les chercheurs du PPSSP ont eu l'impression que ce terme était employé pour dissimuler un manque d'action.

Une étude de l'École de santé publique de l'Université de Kinshasa (École de santé publique 2002) apporte un certain éclairage sur les facteurs comportementaux propres au pays, dans la Province de Kangu, à l'ouest et à Kabondo-Dianda dans la province de Katanga, au sud-est (voir Annexe 3).

Cette étude soulignait l'absence d'un « élément de communication » permettant d'encourager les changements de comportement liés à l'hygiène, particulièrement causé par le manque de supports d'éducation : il n'a été trouvé que quelques posters faisant partie des mesures anti-choléra. En bref, il apparaissait un réel besoin de communication concernant les changements de comportement (CCC).

#### **5.3.7 Insuffisance de dispositions prises pour le nettoyage et la maintenance**

Même les femmes de Lubiriha n'ont pas soutenu le projet local d'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène lorsqu'elles ont été confrontées à la perspective de nettoyer les latrines communautaires sans rémunération.

#### **5.3.8 Complexité des changements comportementaux**

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

#### **5.3.9 Facteurs « culturels »**

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

L'une d'entre elles a suggéré que la propreté en RDC est étroitement associée à l'apparence. Le citoyen congolais moyen accorde une grande importance à sa tenue vestimentaire. Bien que le pays soit pauvre, les gens font l'effort de bien présenter, ce qui est flagrant dans les rues de Kinshasa,

même dans les districts les plus pauvres. Mais les apparences extérieures contrastent souvent avec l'état intérieur des logements, à ajouter cette personne, où une moindre attention est prêtée à la propreté. Par exemple, les toilettes de la maison d'un ami, même dans un quartier de classe moyenne, seront souvent moins propres que ce à quoi on pourrait s'attendre. C'est ainsi que les enfants qui ont reçu une éducation à l'hygiène à l'école peuvent rentrer chez leurs parents où les normes d'hygiène seront inférieures. Cette caractéristique culturelle, où grand cas est fait des apparences et où ce qui est caché du regard extérieur est une moindre préoccupation, est considérée comme un facteur comportemental important.<sup>34</sup>

Dans les différentes régions de la RDC, on trouve divers degrés de besoin d'intimité pour l'utilisation des latrines. Chez certains groupes ethniques de certaines zones rurales, le besoin d'intimité est fortement ressenti, ce qui implique que les latrines doivent être construites de manière à ce que la personne qui les utilise ne puisse pas être vue depuis l'extérieur. Dans d'autres régions, les gens ont apparemment une approche plus décontractée de la chose.

---

<sup>34</sup> Cela peut également être interprété comme un effort pour maintenir une certaine norme d'habillement dans des circonstances difficiles.

# 6 Conclusions et réponses

## 6.1 Conclusions

En RDC, il existe actuellement un vide en termes de politique et de planification de l'assainissement et de l'hygiène, de l'échelle nationale jusque sur le plan local.

Certaines explications à ce vide institutionnel et politique peuvent être trouvées au sein du secteur de l'assainissement lui-même. Pourtant, d'autres explications trouvent leur source en **dehors** du secteur, et sont liées à l'économie politique actuelle de la RDC, ainsi qu'à des problèmes de gouvernance au sein du pays. Le financement public disponible pour soutenir la provision **de tous** les services d'État en RDC est limité, et cela depuis plusieurs décennies. Cette recherche a servi à mettre l'accent sur des facteurs plus vastes représentant des obstacles au développement et à la mise en œuvre d'une politique, tels que le manque de leadership politique, la négligence de certains officiels et les abus actifs de pouvoir, comme le détournement de fonds publics, qui ne sont pas l'apanage du secteur de l'assainissement.

Comme cela a été exposé plus haut, les conséquences d'une mauvaise gouvernance ont été amplifiées par la violence et l'insécurité pendant les années de conflits, ce qui a rendu le maintien de la présence de l'État difficile, voire impossible dans les régions touchées. Les conflits ont paralysé l'ensemble du fonctionnement du gouvernement, conduisant à l'effondrement de l'État. Par conséquent, les efforts (là où ils étaient possibles) ont été principalement concentrés sur l'aide d'urgence et les interventions humanitaires, et la programmation d'interventions de développement proprement dite a été mise de côté.

Pendant ce temps, les observations du personnel d'ONG sur le terrain travaillant dans différentes régions du pays, corroborées par les études disponibles, suggèrent que le besoin d'améliorer les conditions d'hygiène est important, pour de larges portions de la population. Les statistiques (ou estimations) du niveau d'accès à l'assainissement sont **très basses**, même en comparaison avec les taux de couverture des autres pays les moins développés de l'Afrique sub-saharienne.

Tout cela signifie que, comme nous le montre le Tableau 8, c'est la RDC qui présente actuellement la plupart des obstacles au développement et à la mise en œuvre des politiques d'assainissement et d'hygiène, selon les commentateurs internationaux.

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

| Étape du processus                                      | Obstacle  | Présent ? | Notes   |
|---|---|-----------|---|
| 1 Définition du problème                                |   |           | Actuellement il n'existe aucune politique   |
| 2 Définition de l'agenda et formulation de la politique | Données insuffisantes   | X         | Dans le contexte de vide politique actuel (du moins avant les élections fin 2006), des tensions spécifiques au sujet de l'orientation de la politique n'étaient pas perceptibles<br><br>Il semble qu'une demande de latrines <b>publiques</b> soit fréquemment exprimée ; sur les deux sites de l'étude locale détaillée, des demandes d'amélioration des conditions d'A & H ont été initiées, et ce par les femmes.<br><br>Un certain financement est disponible pour soutenir l'A & H |
|   | Tensions entre les conceptions  | –         |   |
|   | Manque de coordination  | X         |   |
|   | Absence de priorités politiques et budgétaires, demande insuffisante    | X         |   |
|   | Agendas des bailleurs   | –         |   |
| 3 Mise en œuvre de la politique                         | Capacités techniques et humaines insuffisantes                          | X         | À Beni, il existe un <b>minimum</b> de provision sanitaire, via la présence d'agents de santé   |
|   | Faible capacité d'absorption des fonds                                  | X         | Limitée   |
|   | Manque d'opérateurs de services   | X         | Un problème considérable  |
|   | Méthodes et technologies inadaptées au contexte                         | –         | Variable selon l'endroit  |
|   | Insuffisance d'accès aux crédits  | X         |   |
|   | Absence de messages forts   | X         |   |
|   | Insuffisance des dispositions prise pour le nettoyage et la maintenance | X         |   |
|   | Complexité des changements comportementaux                              | X         |   |
|   | Facteurs « culturels »  | X         |   |

## 6.2 Réponses

Les résultats des élections fin 2006 offrent l'espoir que le futur gouvernement poursuivra les programmes de développement, et sera soutenu à cet effet par des fonds externes, y compris pour les programmes de promotion de l'assainissement et de l'hygiène. Il apparaît clairement d'après les résultats de cette étude, que cela impliquera de commencer à la première étape du processus de développement d'une politique. Ce processus prendra du temps. Les nouveaux investissements nécessaires au traitement des besoins ne devront pas tous être bloqués pendant l'élaboration des documents de la politique.

Les interviews faites pour cette étude ont révélé certaines indications positives pour s'attaquer à cette tâche :

- Le leadership dont certains individus et organisations ont fait preuve, dans les conditions difficiles des récentes années
- Le désir de changement exprimé par de nombreux acteurs du secteur, y compris certains fonctionnaires du gouvernement
- Le soutien, en principe, de certains bailleurs en vue de réformer le secteur (à la fois de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement) ; d'après ce qui est perçu, cela impliquerait la formation d'un groupe de coordination des bailleurs
- Les engagements de financement existants de trois bailleurs pour des programmes d'assainissement et d'hygiène.<sup>35</sup>

Ces facteurs devront se traduire et s'associer à d'autres moteurs en vue d'une réforme, afin que les impasses légales et institutionnelles passées se débloquent.

---

<sup>35</sup> Au moment de la visite à Kinshasa en février 2006, en comparaison avec neuf bailleurs engagés à soutenir les projets d'approvisionnement en eau.

# Annexe 1

## Liste des personnes consultées à l'échelle nationale

Peter Newborne de l'ODI a effectué des interviews dans la capitale de Kinshasa, avec l'aide du PPSSP et de Nelson Paluku Syayipuma. Nous remercions chaleureusement les personnes listées ci-dessous pour leur contribution.

- **M. Georges M Kazad**  
Spécialiste en eau et en assainissement,  
Water and Sanitation Programme (WSP) des bureaux de la Banque mondiale
- **M. Gordon Kihuguru**  
Directeur national intérimaire, Oxfam (GB)
- **Professeur Kiyombo Mbela**  
Directeur, École de santé publique  
Faculté de médecine, Université de Kinshasa
- **M. Paul Mansiangi Mamkadi**  
Administrateur du département de l'hygiène et de la santé publique, École de santé publique  
Faculté de médecine, Université de Kinshasa
- **M. Dominique Sowa Lukono**  
Directeur, Action for Development of Rural Infrastructure (« Association internationale pour le développement rural »)
- **M. Justin Kazadi Tambwe**  
Assistant du coordinateur national, unité de pilotage du processus DSRP  
Ministère du plan
- **M. Baudoin Kakura**  
Expert en participation  
Unité de pilotage du processus DRSP, Ministère du plan
- **M. Eugene Shamba**  
Secrétaire-général permanent  
Comité national d'action pour l'eau et l'assainissement
- **M. Mangolo**  
Responsable des relations publiques  
Comité national d'action pour l'eau et l'assainissement
- **Mlle. Ros Cooper**  
Conseillère au développement social  
Department for International Development, gouvernement britannique
- **M. Rigo Gene**  
Responsable de projet, Conseil national des ONG du Congo
- **M. Mutshipule Musongielo**  
Directeur général de l'évaluation et des statistiques  
Programme national d'assainissement
- **M. Chris McCormick**  
Chef de programme pour l'eau, l'hygiène et l'assainissement, UNICEF

## Annexe 2

(Source : PPSSP)

### **Interviews et groupes à thème dirigé conduits par le PPSSP**

#### **Interviews conduits par les chercheurs du PPSSP à Goma (province) :**

- Vice-gouverneur chargé des finances
- Médecin inspecteur provincial de la santé
- Médecin chargé des soins de santé primaires
- Administrateur provincial officiel chargé de l'hygiène publique
- Chargé de service de l'assainissement dans la division provinciale de l'environnement
- Secrétaire de direction du CRONG – Conseil régional des ONG
- Conseiller à la santé publique de l'Oxfam GB (pour la province).

#### **Interviews conduites par les chercheurs du PPSSP à Beni (territoire/ville) :**

- Chargé de l'assainissement pour le district de Beni
- Médecin hygiéniste en chef de la zone de santé de Beni
- Secrétaire général administrateur de l'Institut supérieur de développement rural (ISDR)
- Surveillant chargé de l'assainissement dans la zone de santé de Beni
- Administrateur chargé de l'administration et des finances pour le territoire (basé à Oicha)
- Médecin en chef de la Zone de santé de Mutwanga (basé à Mutwanga)
- Surveillant chargé de l'assainissement dans la Zone de santé de Mutwanga (basé à Mutwanga)
- Chef de la localité de Lubiriha
- Infirmier au centre de soins de Lubiriha
- Chargé des services d'hygiène frontalière
- Chargé des services de santé publique frontalière.

#### **Groupes conduits par les chercheurs du PPSSP à Mbelu et Lubiriha**

- Trois (un groupe de femmes, un groupe d'hommes et un groupe de jeunes) à Mbelu (une localité de la zone de santé de Beni, aire de Paidia)
- Trois (même type de groupes) à Lubiriha (une localité de la Zone de santé de Mutwanga, aire de Lubiriha)
- Les personnes participant aux groupes à thème dirigé comprenaient des représentants d'associations locales et des personnes actives au niveau de la vie communautaire.

## Annexe 3

### Notes sur l'étude de l'université de Kinshasa sur le comportement des ménages

Le but de l'étude était d'étudier les différents types de comportements au niveau des ménages, des mères, qui doivent changer afin de réduire la forte incidence de diarrhée chez les enfants.

L'étude indiquait de faibles taux de sensibilisation chez les mères au fait que la diarrhée de leurs enfants était liée à l'absence de lavage des mains à certains moments critiques, aux sources d'eau non améliorées et aux infrastructures d'enlèvement des déchets humains inadéquates. Le savon est généralement disponible, mais rarement utilisé par les mères. En même temps, les agents de santé et les infirmières sont conscients des bénéfices du lavage des mains, mais pas de tous les « moments critiques » pour le lavage des mains. Pour les mères, ces moments sont avant les repas, après avoir été aux toilettes, après avoir lavé les enfants, avant de préparer et de manipuler les aliments, avant de nourrir les enfants et avant d'allaiter les bébés. L'eau n'est pas conservée dans des récipients couverts et son utilisation n'est pas surveillée. Les mères utilisent des latrines non-hygiéniques qui ne sont pas bien entretenues ou nettoyées.

Les caractéristiques comportementales ci-dessus sont renforcées par le manque d'installations, par ex. les sources d'eau améliorées sont rares ou éloignées ; il n'y a pas suffisamment de récipients dans lesquels conserver l'eau à la maison ; il n'y a pas toujours de savon à disposition.

À Kangu, non seulement les mères ont reconnu que la diarrhée était fréquente chez les enfants mais qu'elle était également considérée comme normale, ce qui indique le fait que certaines d'entre elles l'acceptaient. Cette étude a observé deux groupes de mères, dont un groupe « B » où une plus grande sensibilisation et de meilleures pratiques de lavage des mains étaient clairement associées au nombre réduit de cas de diarrhée chez leurs enfants. L'étude indiquait que les mères des deux groupes vivaient dans des conditions socio-économiques similaires, mais qu'il existait quelques différences de comportement : la majorité des mères du groupe « B » utilisaient du savon lors de certains des moments critiques (par ex. avant de manger et de préparer les repas), encourageaient leurs enfants à se laver les mains avant de manger et prenaient des précautions particulières pour l'utilisation de l'eau de leurs enfants (par ex. conservation de l'eau dans des récipients couverts).

Dans les deux cas, on trouve parmi les pratiques non-hygiéniques :

- les enfants qui se servent eux-mêmes de l'eau sans surveillance
- les mains qui sont séchées après lavage sur des chiffons ou des vêtements qui ne sont pas propres.

Dans les deux zones (Kangu et Kabondo Dianda), certaines croyances tendent à renforcer l'absence de pratiques hygiéniques. Parmi celles-ci :

- la diarrhée est provoquée par le lait de la mère, les poussées dentaires, les hanches de l'enfant qui s'assouplissent lors de ses premiers pas, les feuilles de manioc préparées sans huile, l'infidélité du mari
- nos ancêtres ne sont pas morts d'avoir bu de l'eau de la rivière : pourquoi devrions-nous bouillir l'eau avant de la boire ?
- améliorer une source d'eau va déranger les ancêtres qui s'y trouvent

- l'odeur du savon sur les mains gâche la nourriture
- l'eau reste fraîche si on la conserve dans des récipients placés à même le sol
- les selles des enfants sont inoffensives, et s'ils défèquent par terre près de la maison, on peut laisser les cochons les consommer.

Ce qui dissuade de la construction des latrines est le coût de certains matériaux, comme les dalles (pour couvrir les fosses) et un des obstacles aux bonnes pratiques de lavage des mains est le manque d'eau pour les laver et l'absence de chiffons propres pour les sécher.

# Liste des références

- Cairncross S et Curtis V (non daté) *Hygiene and sanitation promotion*, disponible sur [www.worldbank.org/html/fpd/water/forum2000/hygiene/pdf](http://www.worldbank.org/html/fpd/water/forum2000/hygiene/pdf)
- Cairncross S (2003) 'Handwashing with soap – a new way to prevent ARIs?' *Tropical Medicine and International Health* 8 (8) 677–679 Aug.
- Collingnon B et Vézina M (non daté) *Les opérateurs indépendants de l'eau potable et de l'assainissement dans les villes africaines – Synthèse d'une étude menée dans 10 pays d'Afrique sous la conduite du Programme Eau et Assainissement*, (groupe Banque mondiale – PNUD).
- Curtis V (non daté) 'Soap: the missing ingredient in the water and sanitation mix', *id21 Insights*, Issue 45: [www.id21.org/insights/insights45](http://www.id21.org/insights/insights45)
- DFID (1998) *Guidance Manual on Water Supply and Sanitation Programs*, édité par WELL, RU.
- École de santé publique (2002) *Identification des comportements actuels et désirés en rapport avec l'hygiène domestique dans les zones de santé de Kangu et de Kabondo Dianda*, Rapport de l'étude préalable au développement de la stratégie de communication pour le changement de comportement de la population rurale, École de santé publique de l'Université de Kinshasa, en collaboration avec le Programme de santé environnemental, Washington et SANRU III.
- Programme de santé environnemental (2002) *Guidelines for the Assessment of National Sanitation Policies*, préparé pour le Bureau de santé, des maladies infectieuses et de la nutrition, Bureau de santé mondiale, L'Agence américaine de développement international et rédigé par Myles F Elledge, Fred Rosensweig et Dennis B Warner avec John H Austin et Eduardo A Perez, USAID, Washington DC.
- Esrey SA et al (1996) 'Effects of improved water supply and sanitation on ascariasis, diarrhea, dracunculiasis, hookworm infection, schistosomiasis and trachoma', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 69 (5) pages 609–621.
- Evans B (2005) *Securing Sanitation: The compelling case to address the crisis*. Rapport produit par le Stockholm International Water Institute (SIWI), en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et commissionné par le gouvernement de Norvège pour contribution à la Commission pour un Développement Durable.
- Fewtrell, Kaufmann, Kay, Enanoria, Haller et Colford (2005) 'Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis', *Lancet Infectious Diseases* 5 (1) 42–52.
- Jenkins M et Sugden S (2006) *Rethinking Sanitation – Lessons and Innovation for Sustainability and Success in the New Millennium*, document thématique du PNUD sur l'assainissement, London School of Hygiene and Tropical Medicine, janvier 2006.
- JMP (2005) Programme de surveillance commun OMS/UNICEF.
- Kar K et Pasteur K (2005) *Subsidy or Self-Respect? Community-led total sanitation: an update on recent developments*, IDS Working Paper 257, Institute of Development Studies, novembre 2005.
- MISC 2 (2001) *Enquête nationale sur la situation des enfants et femmes*, MISC (Enquête par grappe à indicateurs multiples) 2/2001.
- Newborne P et Caplan K (2006) *Creating Space for Innovation: Understanding Enablers for Multi-Sectoral Partnerships in the Water and Sanitation Sector*, Building Partnerships for Development, juin 2006.

- Organisation des nations unies (2005) *UN Millennium Project 2005. Health, Dignity, and Development: what will it take?* Rapport de la task force sur l'eau et l'assainissement, ONU, janvier 2005.
- Organisation mondiale de la santé (2002) Rapport de Santé Mondial.
- Organisation mondiale de la santé/UNICEF (2004) *Meeting the MDG Drinking Water and Sanitation Target – a mid-term assessment of progress*. D'autres données pour les références de ce rapport OMS/UNICEF (2000), Global Water and Sanitation Assessment 2000 Report. Les dernières estimations sont disponibles sur le site internet du Programme de Surveillance Commun de l'UNICEF/OMS (JMP) : [www.wssinfo.org/en/welcome.html](http://www.wssinfo.org/en/welcome.html)
- Overseas Development Institute (2002) *WatSan and Poverty Reduction Strategies*, Water Policy Briefing Paper, ODI, juillet 2002.
- Overseas Development Institute (2004a) *Implementation of Water Supply and Sanitation Programs under PRSPs: synthesis of research findings from sub-Saharan Africa*. Rapport de projet de recherche en concertation avec WaterAid, rapport de politique de l'eau no. 2, ODI, août 2004.
- Overseas Development Institute (2004b) *From Plan to Action: Water Supply and Sanitation for the Poor in Africa*, ODI, document d'instructions, avril 2004.
- Overseas Development Institute (2005) *Scaling up versus Absorptive Capacity: Challenges and opportunities for reaching the MDGs in Africa*, ODI, document d'instructions, mai 2005.
- Programme de développement des Nations unies (2006) 'Beyond Scarcity: power, poverty and the global water crisis' *Rapport sur le Développement Humain 2006*, PNUD.
- pS-Eau (non daté) *Vers une meilleure intégration des équipements d'assainissement individuel et collectif*. Cadrage thématique et méthodologique du programme : *Gestion durable des déchets et de l'assainissement urbain*, Thème spécifique : Eaux usées et Excréta, Programme Solidarité Eau.
- Ranson, Hanson, Oliveira-Cruz et Mills (2003) 'Constraints to Expanding Access to Health Interventions: an empirical analysis and country typology' *Journal of International Development*, (15) 2003, pages 15–39.
- Projet réhydratation (1994) *Dialogue on Diarrhoea Online*, no. 57, juin–août 1994.
- République Démocratique du Congo (2003) *Termes de référence des services de consultants de supervision et contrôle des travaux sous financement de la Banque Africaine de développement: Programme National d'Assainissement*, Ministère de l'environnement, conservation de la nature, eaux et forêts, octobre 2003.
- République Démocratique du Congo (2005) *Rapport des consultations participatives sur la pauvreté auprès des communautés de base pour le DSRP, DSRP/Nord-Kivu, Territoire de Beni, Profil de la pauvreté dans le territoire de Beni*, Goma 2005.
- République Démocratique du Congo (2005a) ébauche 3 du Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté, Ministère du plan, Kinshasa, décembre 2005.
- République Démocratique du Congo (2005b) Consultations participatives sur la pauvreté auprès des communautés de base en province du Nord-Kivu, Rapport final, Goma, mars 2005.
- République Démocratique du Congo (2005c) Preuves positives participatives à Beni.
- Schaub-Jones, Eales et Tyers (2006) *Sanitation Partnerships: harnessing their potential for urban on-site sanitation*, Building Partnerships for Development, [www.bpdws.org](http://www.bpdws.org)
- Slaymaker T (2006) *WSS Delivery in Fragile States – mapping the issues*, ODI (non publié).
- Tearfund (2005) *Making Every Drop Count – financing water, sanitation and hygiene in Sierra Leone*. Rapport d'un projet en collaboration avec le Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement (WSSCC).

- Water, Engineering and Development Centre (non daté) *Social Marketing for Urban Sanitation: review of evidence and inception report*, WEDC, Université de Loughborough, RU. Recherche effectuée par WEDC, RU, conjointement avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine, TREND Group, Kumasi et WaterAid Tanzanie : [www.lboro.ac.uk/wedc/projects/sm](http://www.lboro.ac.uk/wedc/projects/sm)
- Winpenny J (2003) *Financing For All: report on the world panel on financing water infrastructure*, World Water Council, Forum sur l'eau pour le tiers-monde et Partenariat mondial pour l'eau, Marseille.
- Water and Sanitation Programme (non daté) *Fiche de synthèse pays*, Objectifs du millénaire pour le développement 7, Accès à la fourniture d'eau et à l'assainissement, République Démocratique du Congo.
- Water and Sanitation Programme et WaterAid (2000) *Marketing Sanitation in Rural India, Programme d'Eau et d'Assainissement*, Note de terrain WSP, mars 2000.
- Water and Sanitation Programme (2002) *Hygiene Promotion in Burkina Faso and Zimbabwe: new approaches to behaviour change*, Note de terrain 7 WSP, août 2002, rédigé par Myriam Sidibe et Val Curtis.
- Water and Sanitation Programme (2003) *Financing Small Water Supply and Sanitation Service Providers: exploring the microfinance option in Sub-Saharan Africa*, de Meera Mehta et Kameel Virjee, WSP, décembre 2003.
- Water and Sanitation Programme (2004) *The Challenge of Financing Sanitation for Meeting the Millennium Development Goals*, de Meera Mehta et Andreas Knapp, WSP, avril 2004.
- Water and Sanitation Programme (2005) *Understanding Small-Scale Providers of Sanitation Services: a case study of Kibera*. Rapport des recherches de concertation du WSP et de l'ONG kenyane Maji Na Ufanisi, note de terrain WSP, juin 2005, rédigé par Sabine Bongsi et Alain Morel.
- Water Supply and Sanitation Collaborative Council (2005) *Community-driven Development for Water and Sanitation in Urban Areas; its contribution to meeting the Millennium Development Goal targets*, David Satterthwaite, Gordon McGranahan et Diana Mitlin, rapport d'étude commissionné par le Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement pour contribution à la 13<sup>ième</sup> session de la Commission pour un développement durable, avril 2005.
- Water Supply and Sanitation Collaborative Council (non daté) *Listening – to those working with countries in Africa, Asia and Latin America to achieve the UN goals for water and sanitation*. Publication WASH, WSSCC.
- Zone de santé de Mutwanga (2005), Rapport annuel 2005, non publié.





PPSSP



[www.tearfund.org](http://www.tearfund.org)

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

Tel: +44 (0)20 8977 9144

Œuvre 265464

18029-(0307)