

étude
de cas



Intégration de l'ATPC et PHAST au Kenya

Une étude de cas documentant les expériences et leçons apprises par la Kenya Red Cross Society

Orientation pour l'avenir des programmes communautaires intégrés EHA



Latrine des ménages construite au niveau locale à Arumrum, dans le district d'Isiolo.

Depuis longtemps, la promotion de l'eau, assainissement et hygiène a été un secteur clé d'intérêt pour la Kenya Red Cross Society (KRCS), tant dans les contextes d'urgence que dans les programmes de développement à long terme.

La Société nationale est auxiliaire au gouvernement et est un partenaire essentiel contribuant à la réalisation des objectifs du gouvernement en matière d'assainissement et eau.

Le Kenya perd 27 milliards de shillings (environ 300 millions USD) par an en raison de mauvaises conditions hygiéniques (Banque mondiale, 2012). Les Nations Unies estiment qu'environ 50% de toutes les fréquentations aux hôpitaux au Kenya sont dues aux maladies qui peuvent être évitées liées à l'assainissement, hygiène et eau. Quand les gens tombent malades, l'économie locale pâtit des pertes de productivité et les enfants restent à la maison au lieu d'aller à l'école.

En 2011, le Gouvernement kenyan a lancé une stratégie nationale d'assainissement appelé « Zone rurale kenyane sans défécation en plein air (ODF) 2013 ». La stratégie comprend une directive sur l'utilisation de l'Assainissement total piloté par la communauté (ATPC) sans subvention en tant qu'approche essentielle pour éliminer la défécation en plein air. Tant la Politique nationale d'hygiène et d'assainissement environnemental (2007) que la constitution du pays souligne l'engagement du gouvernement envers l'atteinte de l'objectif de s'assurer que 90% de la population disposent d'une latrine hygiénique, abordable et durable d'ici 2015.

En dépit de ces engagements et mesures positives prises, des défis majeurs demeurent. Les statistiques les plus récentes indiquent que près de 14% de la population kenyane, ou près de 6 millions de personnes, continuent à pratiquer la défécation en plein air (JMP 2013).

Objectif de ce document

Cette étude de cas considère les principales expériences de la Société nationale dans la mise en œuvre d'un projet communautaire d'eau, assainissement et hygiène (EHA) dans les districts de Samburu East, Isiolo et Garbatulla, où une approche hybride ATPC-PHAST a constitué l'épine dorsale des activités EHA.

Les leçons et les recommandations décrites ci-dessous sont pertinentes pour la KRCS, gouvernement kenyan et organisations non gouvernementales qui œuvrent dans les domaines d'assainissement et hygiène dans les zones rurales et semi-arides du Kenya. Cette étude de cas vise également à fournir des directives aux autres Sociétés nationales de la région (y compris les Sociétés nationales partenaires et la FICR), qui envisagent peut-être de mettre en œuvre des programmes similaires à l'avenir ou qui cherchent à améliorer l'efficacité des interventions EHA existantes.

Les informations et conseils techniques relatifs à l'ATPC et PHAST sont bien documentés et ne sont donc pas présentés en détail dans cette étude de cas.

Méthodologie

Cette étude de cas se concentre uniquement sur les aspects EHA inclus dans le projet. Initialement, on a procédé à une revue préliminaire des principaux documents existants. Les outils de collecte de données ont été mis au point de façon collaborative par une équipe composée d'homologues de la FICR, de la KRCS et de la Croix-Rouge danoise (RDC).

Une visite de terrain a été organisée dans deux districts (Samburu East et Isiolo), où trois groupes de discussions (deux avec les groupes communautaires ; l'un avec des bénévoles PHAST), huit entretiens avec les principaux informateurs (agents de projet de la KRCS, coordonnateurs de projet, Agents de la santé publique du gouvernement kenyan) et les observations directes dans deux communautés ont été menés.

Aperçu et historique du projet

En mai 2011, la Société nationale a reçu un financement de l'Union européenne et de la RDC (Croix-Rouge danoise) dans le cadre de la facilité Eau de l'Union Européenne et des ACP en vue de mettre en œuvre un projet de 45 mois intitulé « Projet communautaire en matière d'eau, assainissement et hygiène pour les Zones arides et semi-arides sujettes à la sécheresse à Isiolo ».

L'objectif global du projet est de contribuer à la réalisation des OMD, d'améliorer l'état de la santé et de réduire la vulnérabilité des communautés rurales vivant dans les zones arides et semi-arides du Kenya. Le projet cible les communautés rurales vulnérables et principalement pastorales dans les districts d'Isiolo, Merti, Garbatulla et Samburu East au Nord du Kenya.

Le projet intègre la sensibilisation à l'hygiène, accroissement de l'accès à l'assainissement et eau potable grâce à un processus communautaire continu et vise l'ensemble de la population rurale dans les quatre districts (environ 156 736 personnes ou 33 129 ménages). Les principaux partenaires du projet comprennent la RDC, ministère de l'Eau, ministère de la Santé, ministère de l'Education et Northern Water Services Board.

Quelles approches et méthodes EHA ont été utilisées ?

La KRCS a adopté une approche qui combine l'ATPC et PHAST comme l'épine dorsale des activités EHA.

Premièrement, les activités de déclenchement de l'ATPC (généralement entre une demi-journée et une journée complète de longueur) ont été facilitées par les Agents de la santé publique (PHO) du gouvernement du Kenya, le personnel du projet de la KRCS jouant un rôle d'assurance-qualité. En menant des activités de déclenchement, les ASP ont développé une relation plus étroite avec les communautés et il est envisagé que cela contribuera à améliorer la durabilité après l'achèvement du projet. Les activités utilisant la « honte » comme facteur de motivation ont été remplacées par celles qui utilisent le « choc » – les activités spécifiques entreprises comprennent la cartographie et promenades d'étude dans les zones connaissant la défécation en plein air, analyse des frais médicaux et de l'histoire des problèmes sanitaires au sein de la communauté.

Après le déclenchement, une version adaptée PHAST a été mise en œuvre dans les collectivités au cours d'une période de 3 à 4 mois, facilitée par les bénévoles de la KRCS. La méthodologie PHAST standard a été raccourcie et seules les étapes 3 à 7 ont été mises en œuvre. L'étape 4 (options de sélection) a principalement porté un regard sur les options de superstructures destinées aux latrines.

Les outils d'excavation ont été fournis aux communautés (étant donné que les communautés cibles sont pasteurs et pas agriculteurs, et que les outils appropriés n'étaient

pas disponibles). Une fois qu'un ménage avait creusé une fosse, il a reçu une dalle en forme de dôme et sacs de jute pour le revêtement des fosses (puisque les sols dans la zone du projet sont faibles et s'effondrent facilement), comme une incitation à poursuivre la construction de la superstructure et à commencer à utiliser les latrines.

L'orientation technique en matière de construction de latrines a été assurée par le personnel et bénévoles du projet de la KRCS, modèles (bénévoles, ASC ou champions / leaders communautaires) et séances PHAST.

Le suivi des activités PHAST et la surveillance de la construction et de la couverture des latrines ont été menés sur une base régulière par les bénévoles et le personnel de la KRCS. Les Agents de la santé publique du gouvernement du Kenya ont également rendu visite aux communautés environ chaque mois (mais cela a largement dépendu des moyens de transport et de leur disponibilité). De même, ils ont été impliqués dans le suivi par l'intermédiaire des Agents de la santé communautaire (ASC) qui leur ont envoyé des rapports sur une base mensuelle.

Le projet a été conçu ayant une phase de démarrage de six mois pour l'adhésion et planification communautaire, et puis la mise en œuvre a débuté. Cependant, au cours de la première année, un certain nombre de difficultés logistiques et de mise en œuvre ont été rencontrées au niveau des communautés cibles qui sont largement répandues et énormément dispersées. Par la suite, les 70 sous-localités ont été divisées en trois « lots communautaires », comprenant des sites de projets adjacents les uns aux autres.

A partir de la deuxième année, la mise en œuvre successive des activités dans ces trois « lots communautaires » a commencé. Les activités EHA ont été mises en œuvre sur une période de 6 mois dans un « lot communautaire » avant de procéder au lot suivant. La quatrième année du projet se concentrera sur la consolidation institutionnelle, suivi et évaluation, ainsi que sur achèvement des activités EHA.

La pression sociale et renforcement positif ont été fournis par les modèles communautaires (généralement les volontaires de la KRCS et / ou les ASC), et d'autres méthodes incorporées dans la conception du projet ont incluses le concept de maison modèle (lié aux modèles), Théâtre interactif éducatif (PET) ainsi qu'événements

de marketing social.

A ce jour, environ 450 latrines ont été construites à Samburu East, mais il est estimé qu'entre 100 et 150 d'elles ne sont pas utilisées. Les données provenant d'autres districts n'étaient pas disponibles. L'exécution du projet est en cours et un examen à mi-parcours est prévu en 2014, où les données sur les taux de défécation en plein air (y compris la rechute), statistiques de couverture des latrines et pratiques d'hygiène seront recueillies.

« Lorsque vous combinez l'ATPC et PHAST, il y a un changement plus positif que quand vous utilisez l'ATPC toute seule. Pour changer le comportement, vous devez avoir un temps plus long et continuer à travailler étroitement avec la communauté. Grâce à PHAST, les communautés ont la possibilité de s'adresser aux bénévoles pour demander plus de détails ou informations ».

Lucy, Agent de Projet (Software) KRCS à Samburu East district

Exemples de perceptions culturelles, croyances et pratiques parmi les communautés cibles

- Les communautés semi-nomades hésitent à faire construire une structure de latrine permanente.
- Les « Moran » (jeunes guerriers Samburu) ne peuvent être vus entrer dans une latrine (encore moins par les femmes) et ne peuvent non plus partager les latrines avec leurs belles-familles.
- Une fosse à ciel ouvert (sans dalle ou revêtement) est associée à (ou invite) la mort et hyènes dans la manyatta (village traditionnel).
- La construction et utilisation des latrines ne font pas partie de la culture ou pratiques traditionnelles (pour certains, c'était bien la première fois où ils construisaient des latrines).
- Etant perçues comme des structures semblables aux maisons, les gens hésitent à déféquer dans une latrine.

Facteurs favorisant ou entravant l'utilisation des latrines

Les principaux facteurs qui soit entravent ou favorisent la construction et utilisation des latrines dans les districts de Samburu East, Isiolo, Merti et Garbatulla sont :

| | Obstacles ou facteurs invalidants | Facteurs de promotion ou favorables |
|--------------------------|--|---|
| Politiques et programmes | <ul style="list-style-type: none"> ● L'insuffisance des capacités du gouvernement à jouer un rôle de premier plan dans la mise en œuvre de la Feuille de route du Kenya vers l'assainissement (ressources humaines et financières limitées, et capacités du personnel technique) ● Les défis de circulation de l'information entre les agents du gouvernement national et ceux des districts (malgré la participation des agents gouvernementaux dans la conception et mise en œuvre du projet, l'approche initiale prise était à l'encontre de la politique du gouvernement et la modification de l'approche et activités à mi-parcours de la mise en œuvre ont présenté un grand défi) ● Le manque de souplesse dans l'approche du Gouvernement quant aux communautés et contextes très différents dans le pays ● Les mécanismes de vérification et de certification ODF qui sont longs, coûteux et centralisés ● Le manque de consultations et participation de la communauté dans la prise des décisions relatives aux options technologiques de latrines et types de dalle | <ul style="list-style-type: none"> ● L'énoncé de politique et d'objectifs claires en matière d'assainissement au niveau national qui deviennent de plus en plus connus ● Une structure d'agents de la santé communautaire de plus en plus bien établie a permis de créer un lien entre l'initiative de la Stratégie de santé communautaire et la planification de l'action au niveau communautaire pour améliorer la santé ● Un grand nombre d'organisations partenaires appuyant l'amélioration de l'assainissement au Kenya (nombreux organismes travaillant vers la réalisation du même objectif) ● L'adhésion et l'engagement des dirigeants locaux (et dans une certaine mesure des politiciens locaux) ● L'utilisation de « subventions ingénieuses » comme incitations pour favoriser la contribution et la réalisation par les communautés |
| Communauté | <ul style="list-style-type: none"> ● De fortes perceptions culturelles, croyances et traditions autour de l'assainissement (voir encadré ci-dessus) ● Travailler avec les communautés pastorales semi-nomades (qui se déplacent périodiquement en quête de nouveaux pâturages et ressources en eau) a signifié que les outils d'excavation ou construction n'étaient pas disponibles et de lourdes dalles en béton devaient être laissées derrière lors des déplacements. ● Le manque d'eau et de matériaux locaux disponibles pour la construction des dalles a ralenti le rythme de fabrication par des artisans locaux, a démoralisé les communautés et a baissé le taux de transformation des fosses à ciel ouvert en latrines dotées de superstructures complètes ● Le « syndrome de dépendance » et pauvreté perçue des communautés ● Les femmes ont été les principaux participants aux événements déclencheurs de l'ATPC et groupes PHAST, mais elles ne sont pas associées aux processus décisionnels au niveau des ménages ● Les résultats et impact dépendent largement de la motivation, dynamisme et facilitation des bénévoles et / ou des ASC | <ul style="list-style-type: none"> ● Les dirigeants locaux positifs et « champions » qui agissent en tant que modèles pour les autres ● Les capacités, forces et connaissances déjà existantes au sein des communautés ● Les activités de marketing social visant la promotion de l'hygiène ont été bien accueillies par un large public et étaient adaptées au contexte (peu de radios et télévisions, seuls les hommes écoutent la radio) ● Les formes de « peines » initiées par la communauté pour mettre à terme la défécation en plein air dans certaines zones (par exemple, comparution des gens devant les anciens, imposition de petites amendes, etc.) ● L'existence de structures communautaires, ASC et stratégies de santé communautaires qui peuvent être utilisés pour jeter les bases pour les activités de projet au niveau de chaque communauté |

Principales leçons apprises et recommandations

Tirées de l'expérience de la Kenya Red Cross Society dans le cadre de son projet EHA au nord du Kenya, ces leçons et recommandations sont applicables aux programmes communautaires de santé, eau et assainissement, et réduction des risques de catastrophes dans l'avenir.

Il n'y a pas d'approche ATPC « universelle »

Chez les communautés dans les terres arides et semi-arides du nord du Kenya, telles que dans le projet étudié, il y a une variété de contraintes culturelles, de ressources et géographiques qui conduisent à des défis importants dans la mise en œuvre de projet, rapidité de construction de latrines et élimination de la défécation en plein air.

D'autres facteurs tels que le manque d'outils d'excavation, communautés semi-nomades, manque de fonds ou connaissances techniques sur la construction de latrines, fortes croyances et pratiques culturelles et insuffisance de chaînes d'approvisionnement locales pour la fourniture des matériaux d'assainissement auraient dû être pris en compte et activités du projet modifiées le cas échéant. L'approche « ATPC » pure peut être appropriée dans certaines communautés, mais pas d'autres.

Les principaux facteurs déterminants et obstacles rencontrés par les communautés cibles par rapport à l'adoption de l'assainissement devraient être examinés de plus près lors des phases de la mise en place et évaluation du projet, et décisions éclairées prises en ce qui concerne les spécificités de l'ATPC à être utilisées (par exemple, subventions ingénieuses ou micro-finance requises, contexte technique difficile exigeant des conseils et soutien supplémentaires dans la construction).

L'ATPC et PHAST ont leurs limites, mais peuvent se compléter mutuellement

Toutes les personnes interrogées dans le cadre de cette étude de cas ont exprimé leur préférence en faveur de l'approche hybride combinant l'ATPC-PHAST. Les raisons souvent invoquées étaient que si l'ATPC se concentre uniquement sur l'élimination de la défécation en pleine air et motivation des gens, PHAST offre des moyens supplémentaires pour améliorer

les latrines (monter l'échelle de l'assainissement), renforce les pratiques d'hygiène (en particulier celles relatives au stockage et utilisation de l'eau dans les ménages et assainissement environnemental), donne une gamme d'options techniques adaptées au contexte, permet aux communautés de planifier pour elles-mêmes, donne aux communautés la propriété et moyens pour aller vers l'objectif ultime de prévenir la diarrhée.

Les mesures spécifiques et appropriées empruntées à PHAST peuvent compléter l'ATPC, et peuvent également renforcer les composantes d'orientation technique sur les options de latrines et de construction, promotion de l'hygiène, appropriation communautaire, autonomisation et suivi.

Ne pas sous-estimer l'importance de l'orientation technique (en particulier dans les régions où les terrains sont difficiles) et d'une évaluation solide des options technologiques de latrine acceptables

Les matériaux non durables de superstructure de latrines (bois doux mangé par les termites, herbe faible ou murs en boue qui ne peuvent pas résister à l'attaque par des animaux, vents et pluie) ont conduit à des latrines qui se sont rapidement délabrées (parfois en 2 à 3 semaines après construction). Cette expérience démotivant décourage les gens à réparer ou reconstruire les latrines dans l'avenir.

Les terrains rocheux et les sols sableux qui s'effondrent facilement signifient que des conseils techniques supplémentaires sur le revêtement des fosses par exemple, sont essentiels dans la zone du projet. Les dalles en forme de dôme ont été perçues comme inférieures et faibles en raison du manque de barres d'armature. Certaines d'entre elles s'étaient fissurées et cassées et de nombreux membres de la communauté avaient peur de tomber dans les fosses.

« Après la certification ODF, nous aimerions que les communautés passent à un autre niveau en termes d'eau potable, égouttoirs à vaisselle, promotion de l'hygiène et ainsi de suite. PHAST reste un outil important en particulier lorsqu'il est utilisé en combinaison avec l'ATPC. PHAST peut combler les lacunes en matière de promotion de l'hygiène et transition des communautés vers les niveaux supérieurs dans l'échelle d'assainissement. »

Agent de la santé publique, Ministère de la Santé, Isiolo

Une évaluation approfondie et / ou pilotage des options technologiques d'assainissement qui sont à la fois appropriées et acceptées par les communautés cibles (compte tenu de leurs croyances et perceptions) devraient être obligatoires durant les phases de planification et de lancement de projet. Des informations sur la variété d'options techniques d'assainissement disponibles à la communauté ainsi que des conseils sur les techniques de construction devraient être fournis.

Mettre l'accent sur la facilitation de la qualité et mise en œuvre véritable des activités PHAST – sinon, on court le risque d'avoir des programmes inefficaces et de gaspiller les ressources

Au fil des années, la mentalité autour de PHAST et sa mise en œuvre sont restées « inchangées » : sans adaptation des outils et activités aux contextes des communautés ou projets, avec de grandes incohérences dans la perception de ce que PHAST est vraiment, et l'utilisation des subventions traditionnelles.

De vives préoccupations ont été relevées quant à la qualité de la facilitation PHAST (tant au niveau de la FdF qu'au niveau communautaire) et l'omission de mettre l'accent sur les activités participatives facilitées avec des groupes communautaires (plutôt remplacé par l' « enseignement » ou activités « d'éducation à l'hygiène » à l'aide des cartes illustrées). Cependant, en raison du calendrier et des questions relatives aux activités en cours, il n'était pas possible de les aborder spécifiquement dans ce projet.

Pour chaque contexte de projet, la Société nationale devrait revoir la méthodologie PHAST raccourcie et les outils à utiliser, de sorte que les activités soient pertinentes et axées sur les besoins essentiels. L'ATPC au niveau de la formation des formateurs et formations PHAST devraient être centralisée, avec un fort accent sur la qualité de la facilitation plutôt que sur la quantité des formations (ou nombre de personnes formées).

Tirer parti et travailler au sein des structures gouvernementales et communautaires existantes

Le succès liés à l'implication directe des chefs des unités communautaires et ASC dans les activités de l'ATPC et PHAST a été démontré dans la communauté à Matakweni. Un grand nombre de latrines ont été construites et utilisées dans la communauté dans une courte période de plusieurs mois, ce qui a été attribué à cette approche communautaire globale et complémentaire.

Les structures gouvernementales et communautaires en place (tels que le système des Agents de la santé communautaire, et unités communautaires mises en place dans le cadre de l'initiative de la Stratégie de santé communautaire), devraient constituer la base de la participation, prise de décision et planification au niveau communautaire pour les activités d'assainissement et d'hygiène.

Les ASC existants devraient être utilisés en tant que bénévoles de projet (et potentiellement mentors ou « coaches » des bénévoles), ainsi que les volontaires communautaires existants et / ou nouveaux de la KRCS.

Une évaluation solide qui comprend les attitudes et facteurs de motivation est essentielle, et doit être utilisée pour guider les activités du projet (pas seulement pour mesurer les réussites du projet)

Dans ce projet, une étude de référence et évaluation ont été initialement complétées afin de mesurer les changements et impact des activités du projet. Cependant, si l'évaluation avait mis davantage l'accent sur les croyances et attitudes culturelles, et si les résultats ont été utilisés pour guider les activités liées au changement des comportements en matière d'assainissement et d'hygiène, un niveau beaucoup plus élevé d'impact et d'efficacité aurait pu être réalisé.

La vie privée, fierté, commodité, santé familiale ou des enfants, argent et statut peuvent tous être des facteurs de motivation très forts. Ces facteurs devraient être examinés dans les étapes de planification et d'évaluation du projet, et ensuite utilisés pour guider les messages et canaux pour les activités de promotion de l'hygiène et assainissement.

« Les gens n'ont pas compris la conception technique des latrines. Il y a un manque de « savoir-faire » sur la façon de les construire parce que les gens ici n'y sont pas habitués. Initialement, la communauté a utilisé des matériaux locaux disponibles, mais la superstructure des latrines s'est rapidement délabrée en 2 à 3 semaines. Certaines personnes ont creusé des fosses qui étaient très peu profondes ou trop larges. Nous avons besoin d'une orientation plus technique. »

Jonah, Champion communautaire en ATPC et Agent de la santé communautaire, Samburu East

Explorer le marketing de l'assainissement et la microfinance pour l'assainissement

Les aspects de marketing de l'assainissement devraient être explorés et intégrés dans la conception des futurs projets EHA. Après avoir créé la demande pour l'assainissement, les efforts devraient être orientés vers le renforcement des chaînes d'approvisionnement locales de produits d'assainissement et hygiène, ainsi que vers la création et renforcement des relations entre les communautés et fournisseurs d'assainissement.

Les options de microfinance pour l'assainissement et hygiène (à travers les branches de la Croix-Rouge, fournisseurs locaux, méthodes de paiement par téléphonie mobile permettant d'atteindre directement les bénéficiaires, etc.) offrent de nombreuses autres options innovantes qui devraient être analysées pour l'adéquation et pertinence dans le contexte de chaque projet.

Mettre l'accent sur les « économies d'échelle » de projet et continuer à plaider auprès des bailleurs de fonds pour des options de financement à long terme afin de produire un impact plus large

Les programmes d'assainissement et d'hygiène à grande échelle devraient se concentrer sur les « économies d'échelle ». Au cours du développement du projet, un examen attentif du niveau des besoins, des zones du projet, des réalités logistiques et des implications de coûts doit être obligatoire et une cartographie indicative remplit lorsqu'un impact plus large peut être atteint.

La mise en place de lots communautaires (dans les zones géographiques similaires) et la mise en œuvre séquentielle dans le cadre du projet en question ont contribué d'une certaine façon à l'amélioration de la rentabilité des activités du projet, mais continuent à poser des problèmes logistiques. Un mécanisme similaire devrait être utilisé pour les futurs projets à grande échelle, avec une adaptation au contexte spécifique et un temps de contact avec les communautés plus long.

Assurer le suivi auprès des communautés est un facteur d'« déterminant »

La faiblesse du suivi et surveillance des activités du projet (en raison de la capacité logistique et immensité des sites de projet) dans certaines régions conduisent à une mauvaise adoption des pratiques d'assainissement et d'hygiène et a affecté l'adhésion globale de la communauté.

Les principales activités de suivi devraient être budgétisées et planifiées en détail dès les premières étapes d'élaboration de la proposition et planification du projet.

La responsabilité du suivi, surveillance et examen des activités et résultats devrait être clairement définie et, idéalement, consignée dans un accord formel avec le ministère de la Santé et / ou d'autres principaux partenaires du gouvernement.

Clarifier les processus de vérification et certification ODF (responsabilité, coûts et délai)

Actuellement au Kenya, le processus de vérification et de certification ODF comprend trois niveaux : ATPC communautaire / comité de santé (niveau 1) ; Agents de la santé publique du ministère de la Santé dans les districts (niveau 2) ; et certification par un certificateur tiers approuvé à l'échelle nationale.

Il y a des coûts élevés associés à la certification du niveau 3, et les incertitudes pour savoir qui détient la responsabilité d'initier et financer la certification. Le gouvernement du Kenya a clairement défini les objectifs et politiques en matière d'assainissement (par exemple, la Feuille de route vers l'assainissement), mais ces éléments ne sont pas jumelés à un financement ou incitations adéquates pour les agents gouvernementaux dans les districts et il y a une forte dépendance par rapport aux partenaires.

Aujourd'hui, il n'y a qu'un district au Kenya (Nambale) qui a été déclaré ODF. A Isiolo, sur les 20 communautés qui ont atteint l'état ODF, seulement une a été officiellement certifiée comme étant au niveau 3. Pour améliorer l'efficacité des certifications du niveau 3, il est recommandé que la vérification et certification par les tierces parties soient décentralisées au niveau des comités et que les directives spécifiques (décrivant les coûts, calendrier et attentes envers des partenaires) soient développées.

« Je choisirais les deux approches [ATPC et PHAST] combinées, dans les projets futurs. Grâce à l'ATPC, la communauté voit l'importance d'avoir une latrine. PHAST complète cela parce qu'elle est plus générale et comprend notamment l'hygiène, information sur les types de latrines et autres éléments tels que l'hygiène domestique et gestion des déchets. »

Justus, Agent de projet de la KRCS, district d'Isiolo



Femme du district est de Samburu à côté de la latrine de son ménage (superstructure faite en matériaux locaux disponibles).

« Depuis que nous avons commencé le déclenchement en 2010, environ 31 sur 129 villages se considèrent comme ODF – mais seule une communauté est entièrement certifiée comme ODF par le gouvernement. Environ trois quarts des latrines construites après les événements déclencheurs s'effondrent. Certains des endroits qui avaient le statut ODF ne l'a plus. Dans certains endroits, les fosses sont remplies et les gens ont recommencé à déféquer en plein air. L'ATPC peut réussir, mais seulement si vous avez les fonds et le personnel pour assurer un suivi fréquent après le déclenchement (environ 2 à 3 fois par semaine). »

Agent de la santé publique, ministère de la Santé, Isiolo

Voie à suivre

Le gouvernement du Kenya s'est engagé à s'assurer que tous les citoyens ont accès à une installation d'assainissement hygiénique d'ici 2015, avec une décision stratégique d'utiliser l'ATPC comme approche pour éliminer la défécation en plein air.

La Société nationale devrait continuer à défendre et à utiliser une approche hybride débutant par l'ATPC suivie d'un processus PHAST plus cour, adapté et de haute qualité.

Cette approche intégrée et globale est considérée comme une voie à suivre

pour les programmes communautaires d'assainissement et d'hygiène dans les zones rurales du Kenya. Une « zone d'ombre » existe actuellement en ce qui concerne l'octroi de subventions, comme cela est en contradiction directe avec la politique gouvernementale.

Une orientation politique plus large, reconnaissant la diversité des contextes communautaires, est nécessaire. Le rôle du marketing de l'assainissement pour créer la demande de latrines améliorées et renforcer les chaînes d'approvisionnement locales devrait être exploré.



Kenya Red Cross Society
P.O.Box 40712 – 00100 GPO
Nairobi, Kenya
Phone: +254 20 6003 593
Email: info@kenyaredcross.org
Website: www.kenyaredcross.org

Bureau régional de la FICR pour l'Afrique de l'Est et les îles de l'océan Indien
Woodlands Road
PO Box 41275-00100 GPO
Nairobi, Kenya
Téléphone : +254 20 2835 000
E-mail : regional.eastafrica@ifrc.org
Site Web : www.ifrc.org

Suivez-nous :

