

Lutter contre le tueur silencieux

Plaidoyer pour l'assainissement



Sommaire

Introduction	1
Des gouvernements immobiles face à la crise mondiale de l'assainissement	2
De mauvaises conditions d'assainissement pourraient être la principale cause de mortalité infantile	4
L'assainissement : un secteur défaillant	10
L'assainissement : un catalyseur pour accélérer le développement	12
Ouvrir la voie aux progrès	14
Références	15

Juillet 2008

Rédigé par Oliver Cumming, chargé des politiques Assainissement et Environnement à WaterAid.

L'auteur remercie tout particulièrement le professeur Sandy Cairncross de la London School of Hygiene and Tropical Medicine et le Dr Rhona MacDonald du magazine britannique de santé «The Lancet » pour leur contribution et leur soutien.

Les personnels suivants de WaterAid ont également contribué à l'élaboration de ce document : Henry Northover, Barbara Evans, James Wicken et Ian Ross.

Réalisé par Tom Burgess et Libby Plumb.

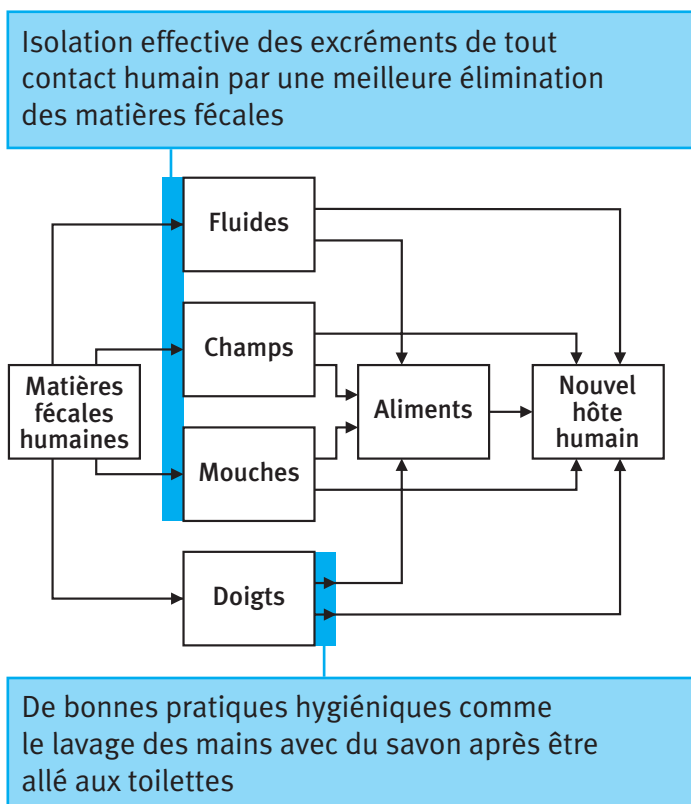
Photos : La page de couverture montre un site de défécation en plein air à Dhaka, au Bangladesh (WaterAid/ Kate Eshelby). La photo figurant en dernière page montre l'état des sanitaires dans une communauté d'Antananarivo, à Madagascar. (Brent Stirton).

Introduction

Ce rapport ne vise pas à privilégier l'assainissement aux dépens des autres secteurs. Il s'agit plutôt de mettre l'accent sur l'assainissement – en parallèle avec l'accès à l'eau potable – dans le cadre d'une approche intégrée du développement.

Qu'entendons-nous par assainissement ?

La définition retenue ici est celle qui a été décidée lors de l'année internationale de l'Assainissement, à savoir : l'évacuation adéquate des excréta et l'amélioration de l'hygiène. Ces deux éléments constituent des barrières majeures à la transmission des maladies par voie fécale-orale, comme le montre le graphique ci-dessous :



L'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) fixé par les Nations unies en matière d'assainissement vise l'accès à « l'assainissement amélioré », ce que le programme d'évaluation (Joint monitoring Programme - JMP) mené conjointement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Unicef définit comme suit :

- Chasse manuelle reliée à :
 - un tout-à-l'égout
 - une fosse septique
 - une latrine à fosse
- Latrine améliorée à fosse ventilée
- Latrine à fosse avec dalle
- Toilettes sèches (à compost)

La priorité consiste à gravir le premier échelon de « l'échelle de l'assainissement » : une simple latrine à fosse est préférable à la défécation en plein air. Le changement de comportement est en effet l'élément crucial. C'est seulement quand on utilise une latrine, et non quand une latrine a été construite, que les bénéfices les plus larges se font ressentir.



Un exemple d'installations sanitaires insatisfaisantes à Antananarivo, Madagascar.

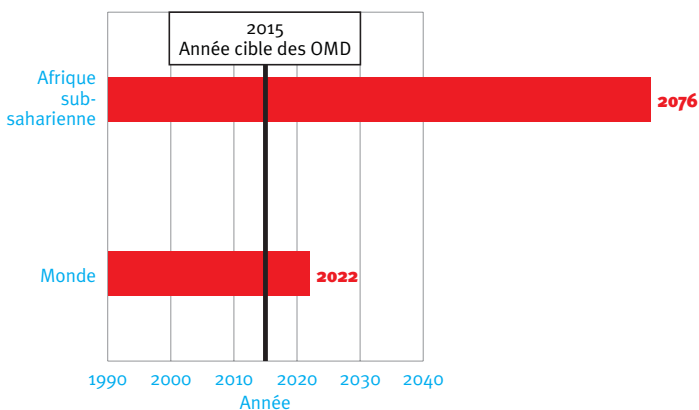
Des gouvernements immobiles face à la crise mondiale de l'assainissement

L'inadéquation des systèmes d'assainissement pourrait être la principale cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans, pourtant ce secteur reste le plus négligé de tous les OMD. Chaque année, 9,7 millions d'enfants meurent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire². Le présent rapport avance que des installations sanitaires améliorées pourraient être le moyen le plus efficace de réduire cette mortalité. Les données disponibles montrent que la médiocrité des installations sanitaires est le principal facteur incriminé dans le décès de 2,4 millions d'enfants chaque année.³

Le secteur de l'assainissement est en crise avec 40 % de la population mondiale privée d'un système d'assainissement aussi basique soit-il. La cible fixée en 2002 dans le cadre des OMD prévoyait de réduire de moitié le nombre de personnes privées d'accès à l'assainissement d'ici 2015. Compte tenu du rythme actuel de progression, cette cible ne sera pas atteinte au niveau mondial. En Afrique sub-saharienne, elle ne sera pas atteinte avant 2076 (voir Fig. 1).

Fig 1: 60 ans trop tard⁴

Atteinte de la cible OMD relative à l'assainissement au rythme actuel de progression.



La décision de fixer une cible pour l'atteinte de l'ODD relatif à l'assainissement n'a pas suffi à mobiliser la volonté politique nécessaire. Ce secteur se caractérise par la négligence dont il souffre au plan politique, à l'échelon international et national. Contrairement à d'autres secteurs plus visibles du développement, l'assainissement reste largement absent des plans nationaux de développement et des stratégies d'aide élaborées par les bailleurs⁵. Ce positionnement au bas de l'échelle des priorités politiques se traduit par un sous investissement chronique et une faiblesse des capacités institutionnelles.

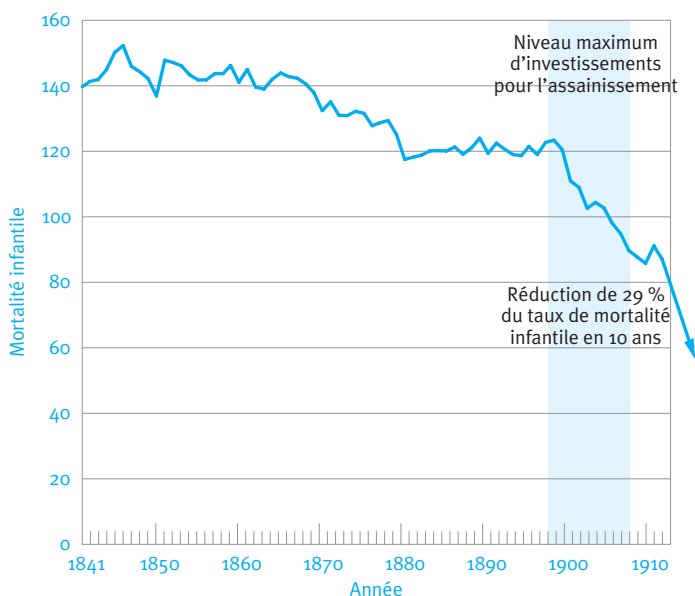
Résoudre la crise de l'assainissement permettrait pourtant de faire progresser les ODD relatifs à la santé, à l'éducation et aux conditions économiques, et de renforcer les investissements réalisés dans ces secteurs. Le fait de ne pas augmenter le taux de couverture en assainissement agit comme un frein au développement si bien que la concrétisation d'avancées plus larges devient plus incertaine et ses effets moins durables.

Le manque d'investissement dans l'assainissement révèle un « angle mort » au niveau des politiques de développement, l'incapacité à reconnaître la part intégrante de l'accès à l'assainissement dans la lutte contre la pauvreté.

Si la logique qui sous-tend la nécessité d'investir dans l'assainissement est évidente, cet aspect est pourtant négligé par les gouvernements. Malgré les preuves solides qui montrent qu'il s'agit du domaine d'intervention pour lequel le rapport coût/bénéfice est le plus rentable⁶, la plupart des gouvernements, et des bailleurs, n'évaluent pas les sommes dépensées pour ce secteur. Doté d'un potentiel énorme pour réaliser des avancées d'une portée considérable en matière de développement, le secteur de l'assainissement est pourtant largement négligé par le système d'aide internationale et par les pays qui bénéficient de cette aide.

L'assainissement a été un élément catalyseur des progrès réalisés en matière de santé publique et de développement par le passé. En Europe et en Amérique du Nord, l'amélioration de l'assainissement a amené une baisse sans précédent de la mortalité des enfants de moins de cinq ans au cours du XXe siècle. Au Royaume-Uni, un effort soutenu en faveur de l'assainissement entre 1898 et 1908 a permis de réduire le taux de mortalité de 160 pour 1 000 à moins de 110 ‰⁷. Le graphique n°2 illustre l'impact spectaculaire des investissements sur le taux de mortalité pour la même période.

Fig. 2 : Faire reculer le taux de mortalité infantile⁸
Réduction spectaculaire du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans⁹ coïncidant avec le niveau maximum d'investissement en faveur de l'assainissement au Royaume-Uni.



On a observé les mêmes tendances historiques dans d'autres régions du monde où, sur une période très courte, d'énormes avancées ont été faites en matière de santé publique. Au Sri Lanka, où le taux de mortalité des enfants de moins d'un an est passé de 141 pour 1 000 naissances dans les années 40 à 13 ‰ au début du siècle, l'action des pouvoirs locaux en matière d'assainissement a joué un rôle critique¹⁰. De récentes recherches ont montré le rôle catalyseur de l'assainissement dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans trois pays en développement du sud de l'Asie.¹¹

L'accès à l'assainissement fait partie des droits de l'homme fondamentaux ; les décideurs doivent de toute urgence reconsidérer ce secteur comme étant un moyen d'accélérer les résultats obtenus pour tous les OMD. L'assainissement entretient un lien interdépendant avec d'autres secteurs comme la santé et l'éducation ; l'action dans ce domaine sous-tend tous les efforts menés en faveur du développement. La négligence dont il souffre doit cesser. Résoudre la crise de l'assainissement pourrait en effet contribuer à la réduction rapide et durable de la pauvreté.

Ignorant les leçons du passé en Europe, en Amérique du Nord et dans les pays de l'est de l'Asie en développement, les responsables des politiques publiques continuent de considérer le manque d'assainissement comme un symptôme de la pauvreté et non comme l'une de ces causes majeures.

Le manque d'attention porté à la crise de l'assainissement soulève de sérieuses interrogations quant à la capacité, voire même la volonté des acteurs de l'aide internationale et des bailleurs institutionnels à tenir compte des données en ciblant les ressources affectées au développement sur les principaux points de blocage qui entravent le développement humain.

Les mauvaises conditions d'assainissement pourraient être la principale cause de mortalité infantile

Sont analysées ici les données disponibles aujourd'hui qui suggèrent que la médiocrité des systèmes d'assainissement est la principale cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement. D'autres études seraient nécessaires pour confirmer cette hypothèse avec certitude cependant, d'après les indicateurs actuels, les carences en matière d'installations sanitaires pourraient être le principal facteur contribuant à la mortalité infantile dans les pays en développement.

L'ampleur de la crise de l'assainissement est immense et son impact sur la mortalité infantile profond. Selon le programme d'évaluation commun de l'OMS et de l'Unicef, 2,5 milliards d'individus – soit 40 % de la population mondiale – n'ont pas accès à des sanitaires. De mauvaises conditions sanitaires, avec la contamination des ressources en eau et la transmission des maladies qui en résultent, tuent des millions d'enfants pourtant, parmi tous les OMD, ce domaine est le plus négligé.

Les estimations mesurant cet impact se sont traditionnellement limitées au taux de mortalité attribué aux maladies diarrhéiques. Cependant, des études plus récentes font aujourd'hui le lien entre le défaut d'assainissement et d'autres causes de décès, ce qui laisse penser que le poids de l'assainissement sur la mortalité infantile est nettement supérieur à ce qui était précédemment estimé.

Le véritable impact de l'assainissement dans les pays industrialisés

Les nouvelles données qui font aujourd'hui le lien entre l'assainissement et des maladies autres que la diarrhée s'inscrivent dans la logique des effets identifiés à la fin du XIXe siècle par deux chercheurs en santé publique, effets connus sous le nom de *théorème de Mills-Reincke*. Mills, chercheur américain et Reincke, chercheur autrichien, ont tous deux découvert de façon indépendante que la réduction du nombre de décès d'enfants grâce à l'amélioration de l'assainissement (et de l'accès à l'eau potable) dépassait le nombre de décès pouvant être imputés à la diarrhée.

Selon des études plus récentes¹², on estime que pour chaque décès de diarrhée évité aux États-Unis au début du XXe siècle grâce à l'accès à l'assainissement et à l'eau potable, au moins trois autres décès imputables à d'autres maladies ont pu être évités.

Cette analyse fait ressortir de façon saisissante le fait que les avancées les plus significatives en matière de santé dans les pays développés ont été réalisées avant l'avènement d'une médecine accessible au plus grand nombre et axée sur le patient.

L'impact du manque d'installations sanitaires sur la mortalité infantile

Chaque année, 9,7 millions d'enfants meurent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire. Tenter de quantifier l'impact de l'insuffisance des systèmes d'assainissement sur la mortalité infantile est un exercice difficile. Ses effets se manifestent à travers un certain nombre de maladies mortelles qui sont elles-mêmes liées à différents facteurs distincts. Les chiffres présentés ici sont des estimations basées sur les données les plus fiables dont on dispose, issues de recherches rigoureuses et soumises à l'avis d'experts.

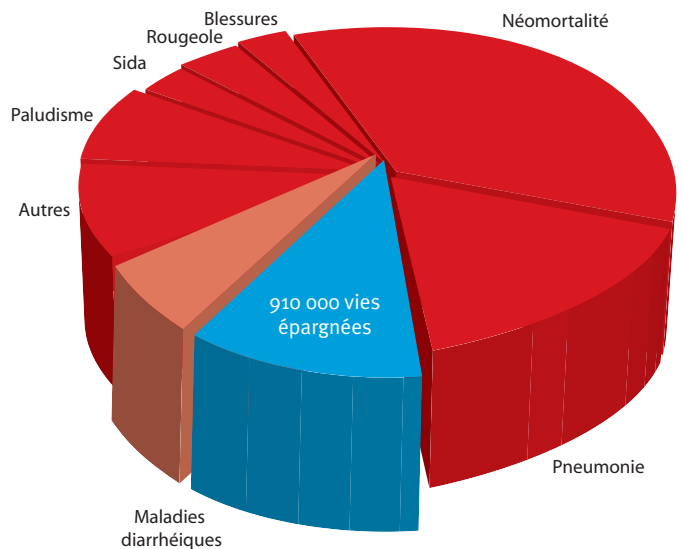
Il est important de rappeler ici que la réalisation d'une cartographie exacte n'est pas entravée par l'absence de techniques de recherche disponibles mais parce que l'assainissement ne fait pas partie des priorités des principaux organes de financement de la recherche et de l'aide au développement.

Est indiqué ci-dessous le nombre d'enfants dont la mort résultant de maladies diarrhéiques, de pneumonie et de malnutrition pourrait être évitée s'ils avaient accès à un assainissement « amélioré » tel qu'on l'a défini plus haut.

1. L'accès à l'assainissement pourrait réduire d'environ 910 000 chaque année le nombre d'enfants qui meurent de diarrhée

Chaque année, 1,6 million d'enfants meurent de maladies diarrhéiques ; ce chiffre dépasse le nombre cumulé de décès dus au paludisme, à la rougeole et au VIH/sida. L'OMS estime que 88 %, soit 1,4 million de ces décès sont dus au défaut d'assainissement associé à la consommation d'eau non potable¹³. Les systèmes d'assainissement tels qu'ils sont décrits en introduction incluent l'élimination satisfaisante des excréta et les pratiques hygiéniques qui y sont associées, ces deux éléments conjugués ayant le potentiel de réduire de façon considérable le nombre de décès dus aux maladies diarrhéiques dans les pays en développement.

Fig. 3 : Comment l'assainissement pourrait éviter environ 910 000 cas mortels de diarrhée
Répartition des 9,7 millions de décès annuels d'enfants par cause¹⁴

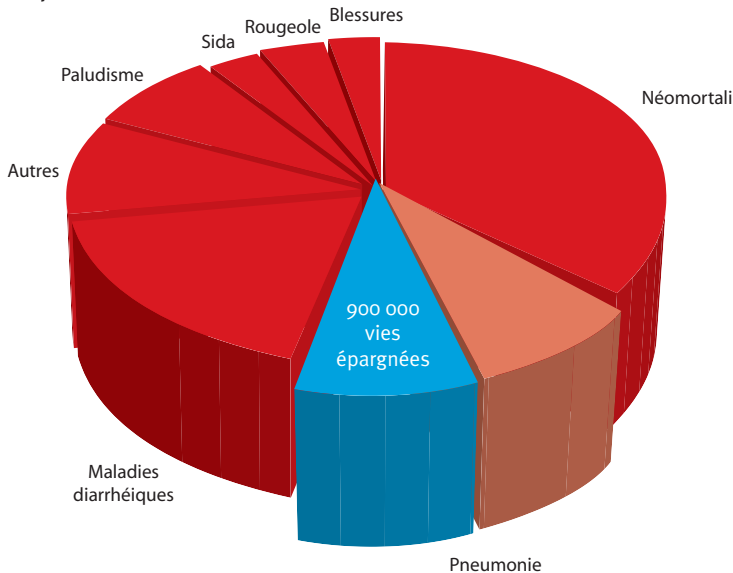


Une analyse systématique a montré que le seul fait d'éliminer les excréta de façon hygiénique pourrait réduire l'incidence des maladies diarrhéiques de 36 %¹⁵. D'autres recherches portant sur l'impact du lavage des mains avec du savon font état d'une diminution de 45 % des maladies diarrhéiques. Si l'on conjugue ces résultats, l'élimination des excréta associée à de bonnes pratiques hygiéniques pourraient permettre de réduire de 65 % le nombre de décès résultant de maladies diarrhéiques¹⁷. En réduisant de 65 % le nombre de décès annuels estimé à 1,4 million, **910 000 vies d'enfants seraient épargnées.**

Des recherches plus récentes menées au Brésil ont montré que les chiffres relatifs à l'impact de l'élimination des excréta sont peut-être sous estimés. Une enquête épidémiologique (étude de cohorte) exhaustive a montré que dans les régions du Brésil où l'on observe un taux important de maladies diarrhéiques (comparable à ceux des communautés défavorisées d'Afrique et du sud de l'Asie), l'accès à un système amélioré d'élimination des excréta réduisait à lui seul l'incidence des diarrhées infantiles à hauteur de 43 % contre 36 % d'après l'étude systématique citée plus haut.¹⁸

2. L'assainissement pourrait réduire d'environ 900 000 chaque année le nombre d'enfants qui meurent de pneumonie

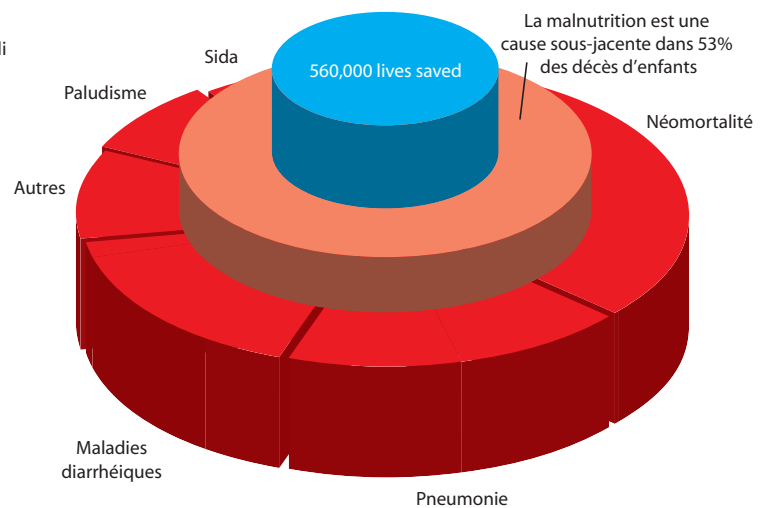
Fig. 4 : Comment l'assainissement pourrait éviter environ 900 000 cas mortels de pneumonie
Répartition des 9,7 millions de décès annuels d'enfants par cause



Chaque année, 1,8 million d'enfants meurent de pneumonie¹⁹, maladie dont la transmission est aujourd'hui liée à de mauvaises pratiques hygiéniques. Une analyse systématique de toutes les études menées sur l'impact du lavage des mains avec du savon indique que cette pratique réduit de 23 % l'incidence des infections respiratoires²⁰. Parmi ces études, la seule réalisée dans un pays en développement montre une réduction de 50 % des pneumonies grâce au lavage des mains²¹. Aucune étude rigoureuse mesurant l'impact du lavage des mains sur le nombre de décès dus à des pneumonies n'est disponible, mais si l'on se base sur le lien entre une mauvaise hygiène et l'incidence des pneumonies, la moitié des décès d'enfants dus à des pneumonies pourrait être imputable au manque d'hygiène. En d'autres termes, en fournissant un assainissement amélioré, **900 000 vies d'enfants pourraient être épargnées chaque année.**

3. L'assainissement pourrait réduire d'environ 560 000 chaque année le nombre de décès d'enfants dus à la malnutrition

Fig. 5 : Comment l'assainissement pourrait éviter au moins 560 000 décès dus à la malnutrition
Répartition des 9,7 millions de décès annuels d'enfants par cause

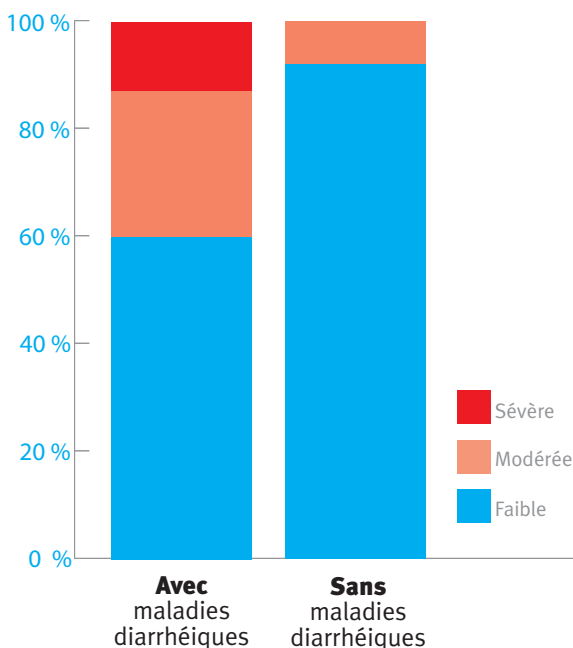


La malnutrition est la cause sous-jacente incriminée dans 53 %²², soit 5 millions des décès d'enfants dans le monde. Si ce problème fait l'objet d'une attention croissante, les actions entreprises se focalisent essentiellement sur l'augmentation des quantités de nourriture absorbée et sur les compléments vitaminés, et non sur la prévention de la diarrhée qui a pour conséquence une mauvaise absorption des nutriments et une diminution de la résistance aux maladies infectieuses.

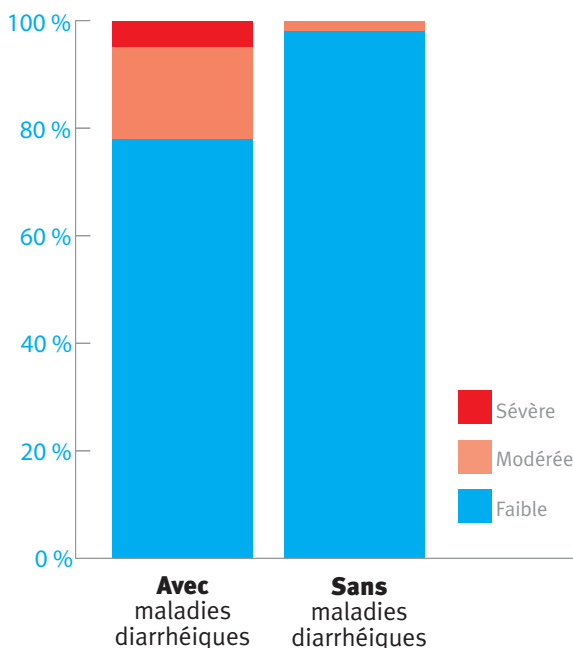
Le graphique n°6²³ illustre les résultats d'études menées au Ghana et au Pakistan qui comparent le taux de malnutrition des enfants suivant qu'il est associé à la présence ou à l'absence de maladies diarrhéiques. Ces études montrent clairement que lorsqu'ils ne souffrent pas de diarrhée, les enfants malnutris progressent rapidement dans l'échelle qui mesure leur état nutritionnel²⁴, le taux de malnutrition sévère étant virtuellement nul chez les enfants qui ne souffrent pas de diarrhée.

Fig. 6 : Lien entre diarrhée et malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans au Ghana et au Pakistan

Ghana
Taux de malnutrition des enfants de moins de cinq ans



Pakistan
Taux de malnutrition des enfants de moins de cinq ans



Plus de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans résultant de malnutrition sont imputables à la diarrhée et aux parasitoses intestinales résultant d'un assainissement déficient²⁵. Comme on l'a déjà indiqué plus haut, un assainissement efficace peut réduire la diarrhée de 65 %, et donc jouer un rôle critique dans la baisse de la sous-nutrition et dans l'augmentation de la résistance aux infections²⁶. L'OMS estime à environ 860 000 le nombre de décès de malnutrition qui pourraient être évités grâce à l'amélioration de l'assainissement – combiné à l'accès à l'eau potable²⁷, ce qui laisse penser qu'en améliorant uniquement l'assainissement, environ 560 000 décès pourraient être évités.

Globalement, le fait de ne pas avoir accès à l'assainissement pourrait être la cause de 2 370 000 décès d'enfants, soit un quart de la mortalité infantile dans les pays en développement. Abstraction faite des liens qui émergent entre paludisme, VIH/sida et mauvaises conditions sanitaires, ces chiffres au niveau mondial semblent déjà indiquer qu'il s'agit là du principal facteur impliqué dans la mortalité infantile dans les pays en développement. Lorsque l'on ajoute l'accès à l'eau potable à l'assainissement et à l'hygiène, l'inadéquation des investissements concernant ces secteurs dépasse largement tous les autres facteurs impliqués dans la mortalité infantile.

Toute tentative sérieuse visant à quantifier le poids de la mortalité infantile et à avancer des preuves définitives se heurte à l'absence de recherches et de données sur le nombre d'enfants qui meurent faute d'accès à des installations sanitaires. Cette situation témoigne de la marginalisation de ce secteur dans le milieu du développement international ; l'absence de financements disponibles pour mener des recherches sérieuses sur cette question nous empêche d'avoir une vision précise de ce qui est susceptible d'être la principale cause de mortalité des enfants.

Une étude récemment menée par le British Medical Journal identifiait l'assainissement comme la plus grande avancée médicale de ces 150 dernières années.²⁸

Mise en perspective

Les maladies liées à l'assainissement étaient la principale cause de mortalité infantile en Europe et en Amérique du Nord au XIXe siècle. Au XXIe siècle, de mauvaises conditions sanitaires pourraient être un facteur clé impliqué dans un quart des décès d'enfants chaque année. Ce constat montre un parallèle saisissant entre la crise de l'assainissement à laquelle sont confrontés les pays en développement aujourd'hui et l'expérience passée des pays aujourd'hui développés.

Au Royaume-Uni, un programme d'action mené par le gouvernement en faveur de l'assainissement a provoqué une réduction inédite de la mortalité des enfants de moins d'un an. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a chuté de presque un tiers entre 1900 et 1910 (voir Fig. 2). Pour replacer cette avancée dans son contexte, si les mêmes résultats étaient obtenus au Nigéria entre 2005 et 2015, la vie de 1,65 million d'enfants serait épargnée en seulement dix ans.

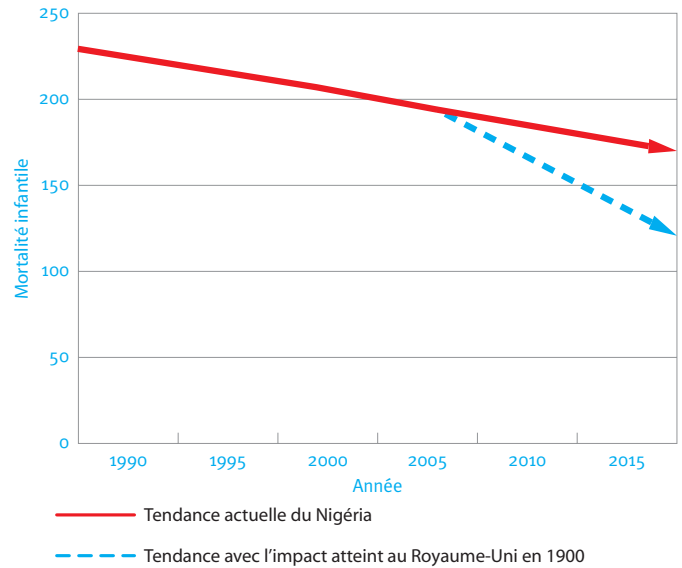
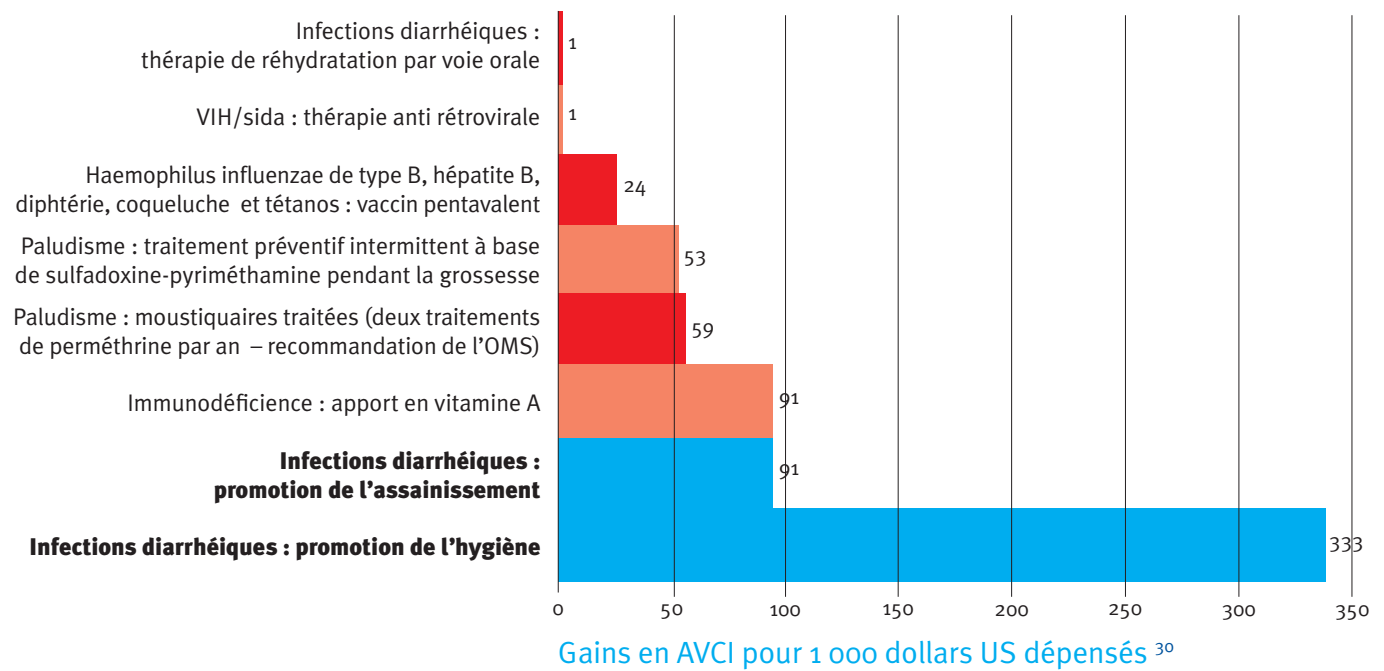


Fig. 7 : Rapport coût/efficacité des interventions menées pour sauver des enfants ²⁹



Le graphique n°7 compare le rapport coût/efficacité des différentes mesures recommandées pour réduire la mortalité infantile. Il apparaît clairement que l’hygiène et l’assainissement – qui coûtent respectivement 3 et 11 dollars par AVCI – sont les mesures les plus efficaces, avec l’apport de vitamine A. La thérapie de réhydratation par voie orale, traditionnellement recommandée comme traitement de la diarrhée, se révèle être la moins rentable.

Pour conclure cette section, nous devons nous demander pourquoi l’assainissement ne fait pas partie des priorités des bailleurs et des gouvernements récipiendaires de l’aide quand tant de décès sont dus au manque d’installations sanitaires et quand le rapport coût/efficacité de tels investissements est si évident.

Le présent rapport avance qu’au niveau mondial, l’assainissement pourrait à lui seul épargner la vie d’environ 2,4 millions d’enfants – soit un quart des 9,7 millions de décès enregistrés chaque année.

Le fait même que l’assainissement continue d’être négligé par les gouvernements et les agences internationales semble indiquer que les politiques d’aide sont l’expression de certains positionnements, et non le résultat d’analyses fondées. Cette logique conduit à un échec manifeste : dans les pays d’Afrique sub-saharienne, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passé de 185 pour 1 000 naissances en 1990 à 166 ‰ en 2005, soit une baisse d’un peu plus de 10 % seulement en 15 ans.³¹

Il est désormais urgent de mener des recherches et une réflexion sur la façon de renforcer la capacité du système d’aide internationale à élaborer des politiques rationnelles fondées sur des données avérées. Si l’on n’intervient pas immédiatement en tenant compte du lien entre les carences des systèmes d’assainissement et la mort évitable de millions d’enfants, le quatrième Objectif du Millénaire pour le développement qui vise à réduire de moitié la mortalité infantile ne sera pas atteint.

Un secteur négligé au niveau national

Au niveau national, l'assainissement ne fait pas partie des priorités d'investissement des gouvernements. À Madagascar par exemple, où seulement 34 % de la population a accès à une latrine hygiénique, l'assainissement ne représente que 0,3 % de la dotation budgétaire pour l'eau et l'assainissement, la part de ces deux secteurs dans le budget de l'État n'étant que de 3 %³³. S'agissant de l'assainissement, les investissements nationaux sont d'ailleurs pour l'essentiel financés par l'aide internationale et non à partir des revenus du pays. Au Malawi, 11 % seulement des dépenses consacrées à ce secteur sont financées sur fonds publics, le reste provenant des bailleurs.³⁴

Au niveau des collectivités territoriales, si l'on additionne les budgets consacrés à l'eau et à l'assainissement, la dotation reste faible par rapport à des secteurs plus visibles du développement. Au Mali, au niveau local, des recherches récentes ont montré que la santé bénéficiait d'un budget deux fois plus important que le budget combiné de l'eau et de l'assainissement, celui de l'éducation étant quatre fois plus important.³⁵

La crise de ce secteur, comme son délabrement chronique, peuvent s'expliquer par des échecs majeurs en termes de leadership et de transparence. La fragmentation des institutions et la mauvaise coordination des différents organes mandatés font obstacle à l'efficacité des interventions. Cela se traduit par la faiblesse des politiques publiques élaborées et par l'incapacité des institutions concernées à réclamer des budgets adéquats. En clair, il manque des défenseurs de l'assainissement à tous les niveaux.

Dans les pays en développement, la capacité des pouvoirs publics à assumer leur mission de fournir effectivement ces services des plus essentiels est faible. Dans nombre de ces pays, la responsabilité de la fourniture des services d'assainissement a été décentralisée au niveau des collectivités territoriales sans que celles-ci disposent des financements suffisants ou des investissements requis en termes de capacités locales³⁶. À cela vient s'ajouter le fait que le mode de financement du secteur suit pour l'essentiel une logique de projet, les fonds étant par ailleurs souvent affectés hors-budget.

Le secteur est prisonnier d'un cercle vicieux qui empêche tout progrès. Les bailleurs et les gouvernements semblent incapables, voire peu désireux de poser le diagnostic qui s'impose et de répondre réellement à cette crise aux conséquences pourtant si claires et si profondes pour des millions d'enfants.

Pour répondre à la crise de l'assainissement, il est nécessaire de remédier à ces défaillances critiques en s'appuyant sur des investissements stratégiques visant à développer les capacités institutionnelles tant au niveau national et qu'à l'échelle des collectivités territoriales.

L'assainissement : un catalyseur pour accélérer le développement

L'impact de la crise de l'assainissement dépasse largement les questions de mortalité infantile et de santé ; sont également limitées très nettement les avancées réalisées au niveau des OMD relatifs à la pauvreté, à la santé et à l'éducation.

Les gouvernements du monde s'accordent aujourd'hui sur la nécessité d'évaluer sérieusement les progrès obtenus par rapport aux OMD et de mobiliser les ressources nécessaires pour remettre cette initiative sur les rails en ciblant les objectifs qui accusent le plus de retard³⁷. Il est important de noter que le peu de progrès observés en matière d'assainissement, un objectif désespérément à la traîne, agit comme un frein supplémentaire sur les autres objectifs qui sont très en retard :

- OMD 1 : Éradiquer l'extrême pauvreté et la faim
- OMD 3 : Promouvoir l'égalité des sexes dans l'éducation
- OMD 4 : Réduire la mortalité infantile

L'accès à l'assainissement sous-tend tous ces autres secteurs si bien que le manque d'installations sanitaires sape les efforts entrepris en faveur du développement. Les pouvoirs publics doivent prendre conscience du fait qu'investir dans l'assainissement est un moyen d'intervention stratégique crucial pour réduire la pauvreté.

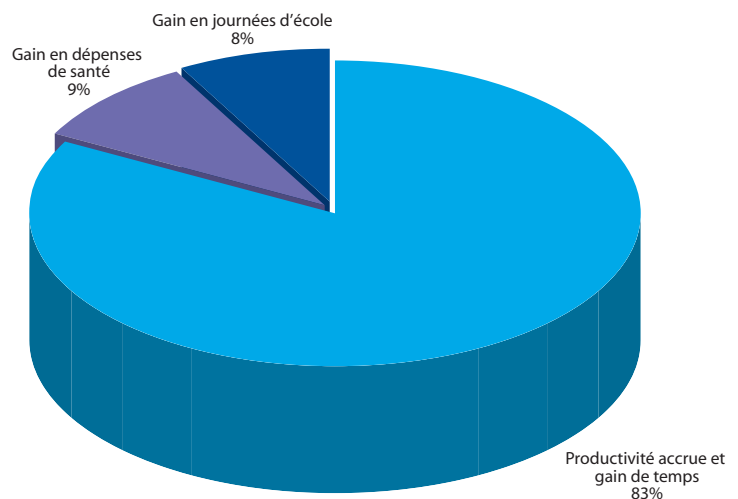
Chaque dollar investi dans l'assainissement se traduit par un retour sur investissement de 9 dollars au niveau des économies nationales via l'augmentation de la productivité et la réduction des dépenses de santé.³⁸

L'assainissement rapporte d'énormes bénéfices pour les économies nationales

Le manque d'assainissement limite la croissance économique et paralyse l'économie des pays en développement. Les travailleurs sont en moins bonne santé et donc moins productifs, ont une espérance de vie inférieure, épargnent moins ; leurs enfants ont enfin moins de chances d'aller à l'école.³⁹

L'atteinte de l'OMD pour l'assainissement permettrait de dégager des bénéfices économiques évalués à environ 63 milliards de dollars par an (225 milliards si l'accès à l'assainissement était universel)⁴⁰. Le graphique ci-dessous montre comment ces bénéfices économiques seraient répartis au niveau des secteurs de la santé et de l'éducation, mais aussi de l'économie au sens large.

Fig. 9 : Calculer le coût du manque d'accès à l'assainissement
Répartition des 63 milliards de dollars de bénéfices économiques



On estime que le fait de ne pas avoir accès à des systèmes d'assainissement adéquats – et à l'eau potable – représente chaque année un coût équivalent à 5 % du PIB des pays d'Afrique subsaharienne⁴¹. Une publication à paraître de la Banque mondiale sur les facteurs de risque relatifs à la santé environnementale fait par ailleurs état de recherches menées au Ghana et au Pakistan qui chiffrent cet impact à 8-9 % du PIB⁴², soit le double des estimations précédemment publiées qui n'incluaient pas la malnutrition liée à l'assainissement.

En d'autres termes, même en se basant sur des estimations conservatrices, des investissements adéquats dans l'assainissement pourraient apporter les 3% de croissance économique supplémentaires jugés nécessaires aux pays d'Afrique sub-saharienne pour atteindre l'Objectif n°1 de réduire de moitié la population vivant avec moins d'un dollar par jour.

L'assainissement est une arme puissante pour le développement économique des plus pauvres

En Afrique sub-saharienne, depuis 1990, la part de la population vivant avec moins d'un dollar par jour n'a diminué que de 6 % alors que l'OMD prévoit une réduction de 50 % d'ici 2015⁴³. Le traitement des maladies liées à l'assainissement draine de façon significative les ressources financières limitées de ce segment de la population. L'argent dépensé pour acheter des médicaments et se soigner vient amputer le budget réservé à l'alimentation, à l'éducation et autres dépenses essentielles. Une étude récente menée par WaterAid Bangladesh a montré que l'accès à l'assainissement améliore le statut économique des ménages les plus pauvres y compris dans un contexte économique général défavorable.⁴⁴

L'assainissement réduit le poids exercé sur des systèmes de santé défaillants

La moitié des lits d'hôpitaux en Afrique est en permanence occupée par des patients atteints de maladies diarrhéiques. Dans les pays en développement, la diarrhée endémique absorbe des ressources gouvernementales par ailleurs si vitales. En Afrique sub-saharienne, ce coût équivaut à au moins 12 % des dépenses de santé. Ces revenus supplémentaires seraient une source fiable de financement pour les trois OMD relatifs à la santé actuellement définis comme priorités de développement par les différentes initiatives internationales.⁴⁵

Plus de la moitié des personnes privées d'accès à l'assainissement vivent avec moins de 2 dollars par jour.

L'accès à l'assainissement améliore les chances offertes par l'éducation et augmente le taux de scolarisation des filles

L'efficacité des investissements consacrés à l'éducation est limitée par le manque d'installations sanitaires adéquates à la maison et à l'école. Des progrès significatifs ont été obtenus s'agissant de l'augmentation du taux de scolarisation dans le primaire mais un enfant malade ne va pas à l'école. L'OMS estime que l'atteinte des OMD relatifs à l'assainissement et à l'hygiène résulterait en un gain de 272 millions de journées d'école dans les pays en développement⁴⁶. On a par ailleurs démontré que les infections à helminthes (vers parasites), liées à l'assainissement, freinent l'apprentissage et inhibent le développement de l'enfant⁴⁷

Le taux de scolarisation des filles est affecté par la manque d'installations sanitaires adéquates dans les écoles, un obstacle important à l'atteinte de l'OMD relatif à l'égalité garçons/filles dans le primaire. Le rapport 2008 du collectif Éducation pour tous (EFA) souligne d'ailleurs l'impact disproportionné d'installations sanitaires déficientes sur le taux d'inscription des jeunes filles et lance un appel aux gouvernements pour qu'ils s'attaquent aux inégalités en construisant des écoles équipées de sanitaires adéquats⁴⁸. Ne pas s'occuper de cette question, en y incluant la problématique de l'hygiène menstruelle, accentue l'écart entre garçons et filles quant aux opportunités offertes par l'éducation.

La crise de l'assainissement agit comme un frein à la réduction de la pauvreté, ses effets se faisant ressentir de façon plus aiguë sur les OMD accusant le plus de retard. Rattraper ce retard au niveau de l'assainissement peut potentiellement accélérer les progrès enregistrés dans ces secteurs critiques.

La mortalité infantile, l'inégalité garçons/filles à l'école primaire, et l'incapacité de réduire le nombre de personnes qui vivent avec moins d'un dollar par jour, **toutes** ces questions sont liées au manque d'assainissement. L'assainissement, en tant que domaine isolé d'intervention, est à même d'accélérer les progrès vers la réalisation des OMD accusant le plus de retard et de protéger les investissements existants dans ces secteurs.

Ouvrir la voie aux progrès

L'ampleur de cette crise est évidente et son impact négatif sur le développement immense. Améliorer l'accès à l'assainissement est la solution qui offre le plus gros potentiel pour rattraper le retard pris pour l'OMD relatif à la mortalité infantile pourtant ce secteur continue d'être le plus négligé de tous. Au moment où les gouvernements déclarent « un état d'urgence pour le développement »⁴⁹ et demandent une intervention ciblée sur les OMD accusant le plus de retard, les responsables des politiques publiques doivent de toute urgence prendre conscience et intégrer les éléments suivants :

L'accès à l'assainissement est le moyen le plus efficace de réduire la mortalité infantile au niveau des interventions de santé publique à grande échelle⁵⁰. Les actions menées dans ce domaine permettront d'accélérer les progrès enregistrés vers l'atteinte des autres OMD et de renforcer les investissements dans ces secteurs.

L'amélioration de l'accès à l'assainissement réduirait en outre de façon considérable la pression exercée sur des systèmes de santé affaiblis et défaillants.

Le potentiel de croissance économique des plus pauvres est significatif, les plus grands bénéfices étant réalisés dans les pays les plus pauvres du monde et au niveau des segments les plus pauvres de ces populations.

Des recherches menées récemment ont montré que l'on peut tirer des bénéfices des investissements effectués en faveur de l'assainissement y compris quand la conjoncture économique générale est défavorable.⁵¹

Le système d'aide internationale fait preuve d'une impuissance critique à relever les défis auxquels il est confronté en s'appuyant sur des politiques d'interventions peu coûteuses menées à grande échelle.

Ce constat d'échec est flagrant si l'on considère le peu de résultats obtenus vers l'atteinte des cibles fixées dans le Projet du Millénaire⁵², et plus évident encore pour l'assainissement.

La crise de l'assainissement est au cœur de l'incapacité du projet du Millénaire à obtenir de véritables avancées dans les domaines clés de la santé, de l'éducation et des conditions économiques. L'urgence est claire et les besoins immédiats. Les gouvernements doivent de toute urgence mobiliser les ressources exceptionnelles requises et engager les actions suivantes :

Au niveau international :

1. Un plan d'action international en faveur de l'assainissement et de l'eau potable – appuyé par les instances politiques au plus haut niveau – qui reconnaisse la part intégrante de l'assainissement dans l'atteinte des OMD économiques et liés à la santé et à l'éducation.
2. Un groupe de travail international mandaté au plus haut niveau pour planifier, mettre en œuvre et assurer le suivi des efforts exceptionnels requis en matière d'accès à l'assainissement et à l'eau potable.
3. L'engagement qu'aucun programme national crédible et cohérent avec l'atteinte des cibles relatives aux OMD pour l'assainissement et l'eau potable ne sera voué à l'échec faute de financements suffisants

Au niveau national :

1. Un organisme de coordination unique, un programme d'action unique et un cadre de suivi/évaluation unique et transparent pour l'assainissement
2. L'augmentation du niveau d'investissement via des dotations budgétaires spécifiques et transparentes, ouvertes à un contrôle citoyen
3. Une large participation d'un éventail très représentatif des parties prenantes du secteur à la planification et au suivi de la fourniture des services d'assainissement, au plan national et à l'échelle des collectivités territoriales.

Références :

1. La définition retenue dans le cadre de l'Année internationale de l'assainissement par le Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement, définition reprise par le groupe de travail des Nations unies, est la suivante : « L'assainissement comprend la collecte, le transport, le traitement et l'élimination ou la valorisation des excréta, des eaux usées et déchets solides domestiques, le tout associé à la promotion de l'hygiène ».
2. UNICEF (2008), *La situation des enfants dans le monde*
3. Ce chiffre est basé sur l'effet combiné de l'assainissement et de l'hygiène sur la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition. Cf. p.5-7
4. PNUD (2006), *Rapport mondial sur le développement humain. Au-delà de la pénurie : pouvoir, pauvreté et crise mondiale de l'eau*
5. Newborne et Slaymaker, « Implementation of water supply and sanitation programmes under PRSP », Water Policy Report no.2, ODI (2004)
6. Banque mondiale (2006) *Disease Control Priorities in Developing Countries* (Second edition)
7. Adapté de PNUD (2006) *Rapport mondial sur le développement humain*
8. Adapté de *The Human Mortality Database*, www.mortality.org
9. Le terme générique de mortalité infantile se réfère en général à la mortalité des enfants de moins de cinq ans (child mortality en anglais), définie comme le nombre d'enfants qui décèdent avant l'âge de cinq ans sur 1 000 naissances. On utilise parfois le taux de mortalité des enfants de moins d'un an (infant mortality en anglais), soit le nombre de décès d'enfants de moins de 12 mois sur 1 000 naissances.
10. Oxfam (2007), *Serve the essentials: What Governments and donors must do to improve South Asia's essential services*
11. WaterAid (2008), rapport à paraître sur le rôle de l'assainissement comme catalyseur des gains en matière de santé publique en Corée du sud, à Singapour et en Malaisie
12. Cutler et Miller (2005) *The Role of Public Health Improvements in Health Advances: The Twentieth Century United States Demography*
13. OMS (2008) *Safer Water, Better Health: Costs, Benefits and Sustainability of Interventions to Protect and Promote Health*
14. UNICEF (2008) *La situation des enfants dans le monde*
15. Esrey S, Potash J, Roberts L, et Shiff C (1991), « Effects of Improved Water Supply and Sanitation on Ascariasis, Diarrhea, Dracunculiasis, Hookworm Infection, Schistosomiasis, and Trachoma. » *Bulletin de l'OMS* 69 (5): 609-21 16. Curtis V et Cairncross S (2003) « Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review », *The Lancet Infectious Diseases* 2003; 3:275-281
16. Curtis V et Cairncross S (2003) « Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review », *The Lancet Infectious Diseases* 2003; 3:275-281
17. Calculé en multipliant le risque relatif associé aux deux statistiques données pour l'assainissement et le lavage des mains (36 et 45 % respectivement). En multipliant 0,64 par 0,55, le risque relatif de réduction de l'impact combiné de l'assainissement et du lavage des mains s'élève à 0,35 soit une réduction de 65 %
18. Barreto et al. (2007) « Effect of city-wide sanitation programme on reduction in rate of childhood diarrhoea in northeast Brazil: assessment by two cohort studies », *The Lancet* 2007; 370: 1622-28. Le chiffre de 43% correspond aux quartiers les plus pauvres de la ville où l'étude a été menée. L'incidence de la diarrhée dans ces quartiers urbains est comparable à celle des zones où surviennent la majeure partie des décès dus la diarrhée dans les pays en développement (Afrique et sud de l'Asie)
19. UNICEF (2008) *La situation des enfants dans le monde*
20. Rabie T and Curtis V (2006) « Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review », *Tropical Medicine and International Health*, 11(3), 258-267 (actualisé avec Luby, 2005 et Sandora, 2005)
21. Luby S, Agboatwalla M, Feikin D, Painter J, Billhimer W, Altaf A et al (2005) « Effect of hand-washing on child health: a randomised controlled trial », *The Lancet*, 366, 225-233
22. UNICEF (2008) *La situation des enfants dans le monde*
23. d'après Banque Mondiale (2008) *Environmental Health and Child Survival*
24. Ibid
25. OMS (2008) *Safer Water, Better Health: Costs, Benefits and Sustainability of Interventions to Protect and Promote Health*
26. Banque mondiale (2008) *Repositioning nutrition as central to development : A strategy for large-scale action*
27. OMS (2008) *Safer Water, Better Health: Costs, Benefits and Sustainability of Interventions to Protect and Promote Health*
28. Sondage effectué par le *British Medical Journal* (2006)
29. d'après Banque Mondiale (2006), *Disease control priorities in developing countries* (Second edition)
30. L'AVCI (année de vie corrigée de l'incapacité – Disability-Adjusted Life Year ou DALY en anglais) mesure un écart en termes de santé qui élargit la notion d'années potentielles de vie perdues par mortalité prématurée pour inclure les années de vie « en bonne santé » perdues en raison d'un état de santé qui n'est pas optimal ou à cause d'une incapacité. OMS (2002) Murray et al, Summary measures of population health
31. Groupe inter-agence et d'experts sur les OMD (2007) *Rapport 2007 sur les OMD*
32. OMS/UNICEF (2008) Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation
33. Tearfund (2007) *Le scandale de l'assainissement*
34. Kadzamira et al. (2004) *Malawi: Study of Non-State Providers of Basic Services*, IDD, University of Birmingham, UK
35. WaterAid (2008) *Think local, act local* [Réfléchir localement, agir localement]
36. Ibid
37. En juillet 2007, le secrétaire général des Nations unies et le Premier ministre britannique ont lancé un appel en faveur des OMD. Suite au Forum économique mondial de janvier 2008, 19 pays se sont engagés à soutenir cette initiative.
38. Hutton et al, PNUD (2006) *Economic and health effects of increasing coverage of low cost sanitation interventions*, *Rapport ponctuel du bureau du Rapport mondial sur le Développement*
39. Bloom et Canning (2000) « Health and wealth of nations », *Science*, 287(5456) p.1207-1209
40. Evans, Hutton and Haller (2004), « Closing the sanitation gap: the case for better public funding of sanitation and hygiene », *Table ronde de l'OCDE sur le développement durable 2004*
41. PNUD (2006) *Rapport mondial sur le développement humain*
42. Banque mondiale (2008) *Environmental Health and Child Survival*
43. Groupe inter-agence et d'experts sur les OMD (2007) *Rapport 2007 sur les OMD* – www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf (consulté le 7 mai 2008)
44. WaterAid (à paraître en 2008) *Impacts socio-économiques de l'initiative ASEH (Advancing Sustainable Health Initiative) au Bangladesh*
45. Les OMD 4, 5 et 6 relatifs à la santé sont des priorités dans le cadre du Partenariat mondial pour la santé
46. PNUD (2006) *Rapport mondial sur le développement humain*
47. Bhargava et al (2005), *Modelling the effects of health status and the educational infrastructure on cognitive development of Tanzanian children*
48. UNESCO, *Rapport mondial de suivi 2008 sur l'Éducation pour tous* www.unesco.org/education/efa (consulté le 7 mai 2008)
49. Gordon Brown et Ban Ki Moon, Réunion des Nations unies, juillet 2007
50. Banque mondiale (2006) *Disease Control Priorities in Developing Countries* (Second edition)
51. WaterAid (à paraître en 2008). *Impacts socio-économiques de l'initiative ASEH (Advancing Sustainable Health Initiative) au Bangladesh*
52. Millennium Project Taskforce (2007)

Notes



WaterAid

47-49 Durham Street

London SE11 5JD UK

Téléphone : +44 (0) 207 793 4500

Courriel : wateraid@wateraid.org

Site Internet : www.wateraid.org

Immatriculée sous le n°288701 en Angleterre et au pays de Galles,
SC039479 en Écosse. Imprimé sur papier recyclé

 **WaterAid**

La mission de WaterAid est de surmonter la pauvreté en permettant aux populations les plus pauvres du monde d'accéder à l'eau potable, à l'assainissement et à l'éducation à l'hygiène.