



ENVIRONMENTAL HEALTH PROJECT

RAPPORT D'ACTIVITE

No. 24

PLACER LES QUESTIONS DE
SANTÉ ENVIRONNEMENTALE DANS
LE CONTEXTE PERIURBAIN:
leçons tirées du Projet GESCOME tunisien

Septembre 1996

May Yacoob et Margo Kelly
avec les contributions de consultants techniques du pays:

Nadia Bechraoui

Fatma Guesmi

Habib Khanfir

Jean-Michel Lebreton

Préparé pour l'Office de la femme et du développement et
le Centre pour la population, la santé et la nutrition/Office de la santé et de la nutrition
Bureau de programmes mondiaux, soutien sur le terrain et recherche
et le Bureau régional de l'habitat et du développement urbain,
Proche-Orient et Afrique du Nord
Agence des Etats-Unis pour le développement international
dans le cadre de l'Activité EHP No. 244-RC, Commande # 3

Le Projet de santé environnementale
Contrat No. HRN-5994-Q-00-3037-00, Projet No. 936-5994
est parrainé par le Bureau de programmes mondiaux, soutien sur le terrain et recherche
Office de la santé et de la nutrition
Agence des Etats-Unis pour le développement international
Washington, DC 20523

TABLE DES MATIERES

GESCOME/MEMBRES DE L'EQUIPE TUNISIENNE	iii
REMERCIEMENTS	v
MEMBRES DE L'EQUIPE EME	vii
SIGLES	ix
RESUME ANALYTIQUE	xi
1 INTRODUCTION	1
2 MISE AU POINT DE L'APPROCHE GESCOME	3
2.1 Démarrage du projet	3
2.2 La méthodologie GESCOME	3
2.3 Produits finaux du GESCOME	4
3 ETUDE DE CAS : LE PROJET GESCOME EN TUNISIE	6
3.1 Données générales	6
3.2 Diverses définitions de la participation	6
3.3 Sélection de l'équipe d'assistance technique	7
3.4 Sélection des participants	7
3.5 L'étape d'évaluation	9
3.6 Ateliers de renforcement des compétences	10
3.7 Appliquer des compétences communautaires de résolution de problèmes	11
3.8 Formation de suivi	13
3.9 Tables rondes des décideurs	13
3.10 Elaboration et exécution de microprojets	14
3.11 Une ressource régionale	16
3.12 Expansion	16
4 RESULTATS	21
4.1 Indicateurs de santé environnementale	21
4.2 Changements dans le comportement institutionnel	25
5. LEÇONS APPRISES	29

ANNEXE

Ressources supplémentaires disponibles par le biais du EHP

TABLEAUX

1.	Calendrier GESCOME/Tunisie	8
2.	Résultats des activités des microprojets communautaires	23
3.	Changements institutionnels à Sousse et à Kasserine pendant GESCOME	26

FIGURES

1.	Diagramme de déroulement des activités GESCOME	9
2.	Problèmes communautaires se répercutant sur la santé environnementale	12
3.	Santé environnementale et maladies dans les quartiers périurbains	24

PHOTOS	18-20
--------------	-------

GESCOME/MEMBRES DE L'EQUIPE TUNISIENNE

Nadia Bechraoui, économiste, était la responsable du projet GESCOME dans le pays. Outre la coordination du soutien logistique, elle était en contact régulier avec les représentants officiels de l'USAID, les représentants officiels du gouvernement et les membres de l'équipe EME. Elle a également aidé à rédiger les rapports et les guides de procédures GESCOME.

Fatma Guesmi, hygiéniste de santé publique à Kasserine, a identifié les changements comportementaux liés à l'état de santé environnementale et a suivi l'impact de ces changements. Elle a également apporté une formation dans les communautés.

Margo Kelly, membre du personnel technique du Projet EHP, a aidé le Dr Yacoob à coordonner et à superviser le projet à partir de Washington. Elle a également géré le tournage et la réalisation dans le pays de la vidéo de marketing GESCOME.

Habib Khanfir, formateur et agronome, a dispensé la majeure partie du suivi de la formation technique dans le pays avec les équipes municipales de Sousse et Kasserine.

Jean-Michel Lebreton, formateur et spécialiste en éducation, a concouru à la planification et à la facilitation des ateliers.

May Yacoob, anthropologue médicale et directrice du projet qu'elle a conçu, a géré le programme à partir de Washington et a participé à la plupart des ateliers dans le pays. Le Dr Yacoob est la directrice technique pour la participation communautaire du Projet EHP. Elle compte plus de 25 ans d'expérience en matière de gestion pour des projets d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de santé publique.

REMERCIEMENTS

Un grand nombre de personnes ont contribué à la réussite du Projet GESCOME en Tunisie. Il convient de faire une mention spéciale des personnes qui nous ont soutenus à l'USAID/Tunis : David Painter qui a lancé un concept de participation sur l'ensemble de la région; Lane Smith qui a invité le Projet GESCOME en Tunisie et qui a aidé à façonner le concept du projet (même après avoir quitté la Tunisie, il est resté un fidèle conseiller, partenaire et innovateur du processus) ainsi que Scott Dobberstein et Mounir Mejdoub qui ont apporté leur soutien à la conclusion du Projet GESCOME. De nombreux représentants officiels de la Tunisie, dont des représentants du Ministère de l'Intérieur ainsi que des gouvernorats des villes de Sousse et de Kasserine, ont joué un rôle très important qui a permis de mener à bien ce projet. Nous tenons également à faire une mention spéciale de Hal Minis, du Research Triangle Institute, pour sa contribution au Projet GESCOME par le biais du Programme de soutien aux collectivités locales; à la société tunisienne Centre de production plus propre (CP3) pour le soutien logistique apporté aux ateliers; à Judi Aibel pour sa contribution à la formation ainsi qu'à Tahar El Amouri pour son aide lors de l'étape préliminaire de cette activité. Et enfin, nous tenons surtout à remercier les communautés, les membres de l'équipe EME, tant à Sousse qu'à Kasserine, qui ont consacré bien des efforts et beaucoup d'énergie à la réalisation de ce projet.

MEMBRES DE L'ÉQUIPE EME

L'approche GESCOMME est centrée sur l'amélioration de la gouvernance.—Salah Bousataa, Directeur général des communautés locales, Ministère de l'Intérieur, Tunisie

Sousse

Amor Ernez, Président, Association tunisienne de protection de la nature de l'environnement
Mounir Mrag, Comité de quartier
Hamadi Khessibi, Ingénieur municipal
Mohamed Ben Nasr, Comité de quartier
Néjib Attia, Association tunisienne de protection de la nature de l'environnement
Lotfi Harzallah, commune de Sousse

Kasserine

Ahmed Jabari, Maire
Aloui Yahia, Président de l'arrondissement
Mahmoud Salhi, Chef de division des affaires communales
Abderrazak Chaabani, Vice-Président de la municipalité
Jamel Rhimi, Conseiller municipal
Faycal Abassi, Ingénieur
Ezzeddine Dalhoumi, Ingénieur
Ramzi Khouni, Conseiller municipal
Tahar Salhi, Comité de quartier olympique-Bassatine
Mohamed Bartouli, Comité de quartier El Mungar
Fathi Zouhair Dalhoumi, Fonctionnaire
Samira Rhimi, Infirmière
Fatma Guesmi, Hygiéniste de santé publique
Mohamed Tahar Khemiri, Conseiller municipal
Habib Saidi, Secrétaire général
Mounir Jeliti, Médecin de santé publique

Autres personnes

Salah Bousataa, Directeur général des communautés locales, Ministère de l'Intérieur
Mohamed Lamine El Abed, Gouverneur de Kasserine
Mohamed Hosni, Secrétaire général de Sousse
Khelil Belaouane, Maire de Sousse
Abdelkarim Mosbah, Secrétaire général, gouvernorat de Sidi Bouzid
Hédi Akreimi, Superviseur sanitaire public
Kamel Esseghairi, Directeur adjoint, Associations des femmes pour un développement durable
Mohamed Mongi Khotbi, Planificateur urbain, Agence de rénovation et réhabilitation urbaine
Habib Skandrani, Assistant Directeur des communautés locales, Ministère de l'Intérieur
Riadh Ben Cheick, Assistant Directeur des communautés locales, Ministère de l'Intérieur

SIGLES

COP	Comité d'orientation du projet
EHP	Projet de santé environnementale, financé par l'Office de santé et de nutrition de l'USAID
EME	Equipe municipale élargie
GESCOME	Gestion communautaire de l'environnement
LGSP	Projet de soutien aux collectivités locales
MI	Ministère de l'Intérieur
ONG	Organisation non gouvernementale
RCD	Rassemblement constitutionnel démocratique
RHUDO	Office régional pour l'habitat et le développement urbain (USAID)
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
WASH	Projet d'eau et d'assainissement pour la santé (financé par l'USAID 1981-1994)

RESUME ANALYTIQUE

Afin de traiter les problèmes de santé environnementale qui accablent les pauvres des zones périurbaines en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a démarré, en janvier 1995 en Tunisie, un programme participatif d'un caractère novateur. Intitulé Projet de gestion communautaire de l'environnement (GESCOME), l'initiative a été conçue pour forger des partenariats entre les décideurs nationaux, les municipalités et les communautés, de sorte à ce que ces parties prenantes puissent, de concert, planifier et mettre en œuvre l'expansion de services municipaux aux communautés périurbaines. L'objectif GESCOME était d'étendre de tels services et d'arriver à une utilisation plus efficace et plus efficiente de l'infrastructure municipale aux fins d'améliorer les conditions de santé environnementale des quartiers périurbains.

GESCOME repose sur les leçons apprises durant le Projet d'eau et d'assainissement pour la santé (WASH) qui, pendant 14 ans, a été soutenu par l'Office de la santé et de la nutrition de l'USAID. Bien que le Projet WASH se soit terminé en 1994, une grande partie de ses activités ont continué dans le cadre du Projet de santé environnementale (EHP). EHP a mis en œuvre l'initiative GESCOME en Tunisie.

Le présent rapport sur le projet pilote de 18 mois réalisé dans deux villes tunisiennes a un double objectif. Premièrement, il décrit la méthodologie qui a été utilisée en Tunisie. Deuxièmement, il présente une étude de cas de l'expérience récente GESCOME en Tunisie que les représentants officiels de l'USAID et d'autres organisations de bailleurs de fonds pourraient trouver utile pour les programmes qu'ils sont en train de mettre en place.

Ateliers de renforcement de compétences, suivi sur place, tables rondes de décideurs et micro-projets/micro-interventions sont les quatre volets GESCOME. La méthodologie est en train d'être étendue à plus vaste échelle en Tunisie.

A la fin du projet, les représentants officiels et les dirigeants des collectivités locales ont fait le point des résultats. Ils se sont penchés sur les changements comportementaux au niveau communautaire—liés à l'utilisation de centres de santé, à l'habitat, à l'eau, à l'évacuation des ordures et des eaux usées ainsi qu'aux changements dans le comportement institutionnel. Grâce aux interventions GESCOME, la population locale a commencé à comprendre que les conditions de santé environnementale avaient un effet sur la santé physique et mentale. Enfermer les animaux, construire des latrines, utiliser des poubelles et nettoyer les quartiers pour enlever les ordures sont au titre des changements de comportement qui ont été observés. Le comportement des représentants municipaux a également changé. Ils ont commencé à percevoir les communautés pauvres comme ayant des ressources à offrir et ont commencé à utiliser des méthodes participatives avec les communautés pour identifier les questions prioritaires de la santé environnementale. A présent, les communautés sentent que les projets locaux sont les leurs et contribuent plus qu'on ne leur demande. Enfin, les représentants officiels du gouvernement et le conseil municipal sont davantage conscients des problèmes périurbains et s'intéressent plus aux améliorations de la santé environnementale communautaire.

Bien des leçons ont été tirées du Projet GESCOME réalisé pendant 18 mois en Tunisie :

- # Le processus visant à s'attaquer aux conditions de santé environnementale dans les communautés périurbaines doit être immédiat, dirigé et soutenu et les interventions doivent dégager des résultats concrets en peu de temps.
- # Des concepts divergents de la participation peuvent entraver l'utilisation de techniques participatives de la part des parties intéressées et les changements au niveau des politiques nécessaires pour les maintenir.
- # Les approches de renforcement municipal doivent reposer sur la participation et la

privatisation en tant que volets complémentaires.

- # Les municipalités peuvent faire des économies de coût importantes (en Tunisie, elles étaient de l'ordre de 20 % à 40 %) en utilisant des techniques participatives.

- # Les indicateurs comportementaux peuvent être des outils très efficaces permettant aux communautés de suivre leur propre progrès en vue d'alléger les mauvaises conditions de santé environnementale.

- # Les microprojets ont joué un rôle crucial pour la réussite du projet. Aussi, l'intégration du "processus" et des "produits" concrets a-t-elle un effet synergique en vue d'arriver à des résultats efficaces. Les deux éléments consolident la confiance entre le secteur public et les communautés.



INTRODUCTION

Alors que nous nous dirigeons vers le deuxième millénaire, les conditions environnementales nuisibles pour la santé deviennent malheureusement la norme pour un grand nombre de pauvres. La population mondiale continue de s'accroître—d'où une urbanisation toujours plus rapide et des villes qui naissent ci et là avec une infrastructure et des services insuffisants pour leurs habitants. Les menaces pour la santé environnementale sont particulièrement graves dans les pays en développement où un tiers de la population urbaine du monde en développement (12,5 % de la population totale) vit dans des villes ayant plus d'un million d'habitants.¹ Dans le monde entier, l'on estime que 600 millions de personnes vivent dans ces zones urbaines ou "périurbaines", dans des foyers et des quartiers qui sont une menace pour la vie et pour la santé. Des études ont établi le rapprochement entre la pauvreté périurbaine et les maladies ainsi que les taux élevés de morbidité et de mortalité chez les enfants et les mères.

Dans ce contexte périurbain, on ne peut pas confiner les efforts d'amélioration de la santé aux centres de santé et aux hôpitaux; ces efforts doivent également toucher les ménages et les communautés. Une approche de santé environnementale n'est pas la même que celle du secteur de santé. En effet, si les hôpitaux et les cliniques essayent de guérir les maladies et les infections, les programmes de santé environnementale eux, par contre, visent à les *prévenir* avant qu'elles ne surviennent. Les efforts de prévention visent à diminuer l'exposition aux vecteurs de maladies et aux pathogènes, à améliorer les conditions environnementales et à encourager le changement comportemental.

Les efforts faits par les gouvernements en vue d'améliorer les conditions de vie dans les communautés périurbaines ont toutefois été mal placés, inefficaces, voire inexistantes. Le pauvre périurbain est souvent ignoré par les gouvernements centraux, mal compris par les gouvernements municipaux et ne touche qu'une toute petite partie du denier de l'Etat. Ces communautés ont été négligées parce que leurs problèmes sont trop complexes : le défi de la pauvreté périurbaine a maints visages : socioculturel, environnemental, économique et institutionnel. Pour trouver des solutions aux problèmes de santé environnementale périurbains, de nouvelles stratégies sont nécessaires qui prennent en compte les problèmes par le biais d'efforts et d'actions intersectoriels et multi-institutionnels. Des groupes, tels que les ministères centraux, les communautés locales, les ONG et les associations de quartier et la population locale (surtout les femmes) doivent forger de nouveaux partenariats pour esquisser des solutions.

Ces nouveaux partenariats ne pourront exister que si un changement de comportement se fait à tous les niveaux mais surtout, pour commencer, au niveau des institutions municipales du secteur public qui représentent souvent la contrainte la plus rigide à une planification efficace de l'action communautaire. La relation entre élus et dirigeants communautaires peut également être faible et fragmentée. Les représentants officiels de la municipalité doivent changer la manière dont ils voient les membres communautaires qui, même s'ils sont pauvres, n'en offrent pas moins idées, main-d'œuvre, compétences et même ressources financières permettant de trouver des solutions à la santé environnementale. Les gouvernements doivent reconnaître que les habitants périurbains ne sont pas simplement le "problème"; ils peuvent également se charger d'une partie de la

¹ J.E. Hardoy, D. Mitlin et D. Satterthwaite. 1992. *Environmental Problems in Third World Cities* (London : Earthscan Publications Ltd.)

responsabilité de trouver des idées et de passer à l'action. De même, les membres communautaires doivent eux aussi changer de comportement et de perception—au lieu de craindre et d'éviter les représentants officiels du gouvernement, ils doivent à présent leur accorder leur confiance et collaborer avec eux. C'est par le truchement de tels partenariats que de véritables progrès sauront être faits pour améliorer les conditions de santé et de vie dans les communautés périurbaines.

En regardant cette toile des problèmes de la santé périurbaine liés à l'environnement ainsi que leurs solutions, on se demande dès lors comment les gouvernements peuvent-ils

procéder à ces changements ? C'est là qu'entrent en jeu les bailleurs de fonds et les organisations de développement. Le Projet EHP a mis au point une approche participative détaillée—visant les municipalités—en vue de s'attaquer aux problèmes environnementaux dans un contexte périurbain. Cette méthodologie consiste notamment à améliorer l'accès des communautés périurbaines aux services municipaux, à redistribuer les rôles et les responsabilités entre les divers intervenants municipaux et à faire un changement structurel fondamental dans la manière dont les municipalités font leur travail et définissent leurs résultats.

Le présent rapport décrit l'approche et la manière dont elle a été appliquée en Tunisie. D'abord, la méthodologie générale est présentée, suivie par une description de l'expérience en Tunisie, dont la conception du processus, son expansion progressive, les résultats et produits finaux ainsi que les leçons apprises.



MISE AU POINT DE L'APPROCHE

GESCOME

2.1 Démarrage du projet

Afin de traiter les problèmes de santé environnementale qui accablent les pauvres des zones périurbaines en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a démarré, en janvier 1995 en Tunisie, un programme participatif d'un caractère novateur. Intitulé Projet de gestion communautaire de l'environnement (GESCOME), l'initiative a été conçue pour forger des partenariats entre les décideurs nationaux, les municipalités et les communautés, de sorte à ce que ces parties prenantes puissent, de concert, planifier et mettre en œuvre l'expansion de services aux communautés périurbaines. L'objectif GESCOME était d'arriver à une utilisation plus efficace et plus efficiente de l'infrastructure municipale aux fins d'améliorer les conditions de santé environnementale des quartiers périurbains. Le programme GESCOME s'inscrivait dans le cadre d'une activité plus vaste de renforcement municipal de l'USAID en Tunisie, connu sous le nom du Projet de soutien aux collectivités locales (LGSP).

2.2 La méthodologie GESCOME

GESCOME repose sur les leçons apprises durant les 14 années de la réalisation du Projet d'eau et d'assainissement pour la santé (WASH) soutenu par l'Office de la santé et de la nutrition de l'USAID. Bien que le Projet WASH se soit terminé en 1994, une grande partie de ses activités ont continué dans le cadre du Projet de suivi de santé environnementale (EHP). EHP a mis en œuvre l'initiative GESCOME en Tunisie.

Une grande partie de la technologie GESCOME est tirée de l'expérience de l'USAID en ce qui concerne les associations d'intérêt collectif (AIC) dans les zones rurales de la Tunisie et les

méthodes participatives de gestion des systèmes d'eau et d'assainissement dans le monde entier. La leçon la plus importante apprise tout au long de ces efforts était que les investissements dans les technologies ou les infrastructures ne suffisaient pas pour arriver à des améliorations de la santé dans le plus long terme. Il faut également que changent les comportements des personnes qui utilisent et qui gèrent l'infrastructure. Il s'agit là des personnes à tous les niveaux : les membres communautaires (hommes et femmes), les dirigeants communautaires, les représentants officiels de la municipalité ainsi que les décideurs nationaux.

GESCOME est une approche souple pouvant être adaptée aux besoins spécifiques d'une communauté ou d'un autre groupe de clients. Par exemple, en Equateur, la méthodologie GESCOME a été utilisée pour former les représentants de la santé officiels afin qu'ils puissent élaborer des interventions participatives et communautaires pour faire face aux épidémies de choléra. En Egypte, elle a été utilisée pour créer un service efficace du consommateur dans le service d'approvisionnement en eau et d'évacuation des eaux usées dans le cadre du Projet des villes secondaires.

La méthodologie GESCOME aide également le personnel du secteur public à procéder aux changements comportementaux nécessaires qui lui permettent de forger des partenariats efficaces avec ses communautés clientes. GESCOME comporte les volets-clés suivants :

Etape évaluation. Les parties prenantes du secteur public définissent les problèmes que le projet traitera, élaborent leur vision de la manière dont on arrivera à atteindre les communautés et choisissent les participants nécessaires pour mener à bien l'effort GESCOME. Lors de cette étape, un plan de travail est élaboré, les zones pilotes sont

choisies et les approches pour étendre l'activité à d'autres communautés, villes et services sont également déterminées.

- # *Atelier de renforcement des compétences.* Une série d'ateliers de deux à quatre jours portant sur les compétences techniques et de processus sont réalisés à environ huit semaines d'intervalle pour former les membres des équipes municipales intersectorielles à la méthodologie GESCOME.
- # *Suivi.* Après chaque atelier, les participants reçoivent un suivi sur le tas de la part des spécialistes dans le pays qui gèrent le Projet GESCOME.
- # *Tables rondes de décideurs.* Une série de réunions d'une journée sont organisées avec les principales parties intéressées aux niveaux local, régional et national en vue d'identifier les problèmes et de trouver des manières pour les alléger. Les tables rondes de décideurs sont organisées toutes les huit semaines environ, généralement juste avant ou après les ateliers sur le renforcement des compétences.
- # *Microprojets/micro-interventions.* Il s'agit d'interventions simples au niveau des quartiers en vue de s'attaquer à de graves problèmes de pollution. Les microprojets sont un mécanisme pratique permettant de forger un partenariat entre les intervenants des secteurs public et/ou privé et les communautés. Ils relient le "processus" au "produit" et sont financés par les fonds de roulement ou par des dons provenant des partenaires des secteurs public ou privé.

La méthodologie GESCOME fait également appel à des consultants locaux pour gérer le projet. Une fois le projet terminé, ces consultants locaux sont ensuite capables de fournir une assistance technique à d'autres pays de la région qui ont décidé d'adopter la méthodologie. L'assistance technique internationale n'est utilisée que lorsqu'il n'existe pas une expertise locale et, le cas échéant, pour guider le processus.

2.3 Produits finaux du GESCOME

On peut s'attendre aux produits finaux suivants après avoir appliqué l'approche GESCOME dans une communauté donnée :

- # Un document conceptuel donnant les grandes lignes de l'approche pour le pays avec le plan de travail.
- # Du matériel de formation dans la langue (ou les langues) du pays provenant des ateliers de renforcement des compétences et portant sur les activités communautaires (à savoir les techniques participatives, la cartographie communautaire, la manière d'organiser des groupes de discussion, etc.).
- # Un guide de formation des formateurs pour le GESCOME pouvant être reproduit dans le pays.
- # Une équipe de formateurs chevronnés du GESCOME.
- # Un manuel de procédures indiquant comment GESCOME peut être intégré dans les activités en cours de la municipalité ou du service.
- # Les leçons apprises de l'application spécifique, ensuite utilisées pour élaborer une stratégie pour étendre le processus à d'autres institutions et à d'autres régions du pays.
- # Une brève vidéo pour la promotion du processus à d'autres institutions dans le pays.

Des interventions au niveau des quartiers (microprojets) qui aident à prévenir la pollution et à améliorer les conditions de santé environnementale.

3

ETUDE DE CAS: LE PROJET GESCOME EN TUNISIE

3.1 Données générales

Le Bureau régional de l'USAID pour l'habitat et le développement urbain (RHUDO) à Tunis a parrainé l'effort initial en Tunisie. Deux villes ont été choisies pour le projet pilote, Sousse et Kasserine. Sousse, ville sur le littoral méditerranéen, compte 125 000 habitants, essentiellement des classes ouvrières intermédiaires à pauvres. Ces comités de quartier sont assez actifs. Kasserine est une ville industrielle de l'intérieur comptant 68 000 habitants, essentiellement pauvres ou très pauvres. Elle ne compte pas de comités de quartier. A Sousse, les activités GESCOME ont été réalisées dans deux quartiers : 1) Oued Blibane, avec 2 500 familles, soit 12 000 personnes et 2) Ksibet-Chott, avec 1 500 familles, soit 9 200 personnes. A Kasserine, GESCOME a été réalisé dans un quartier, le quartier de R'tibat, comprenant 120 familles, soit 540 personnes.

Avant d'entreprendre GESCOME, l'USAID, par le biais du Projet de soutien aux collectivités locales (LGSP), a parrainé des tables rondes dans chaque ville, réunissant des représentants élus de la municipalité, des hauts responsables administratifs et des représentants des ONG. Ces réunions avaient pour objet de voir quelles étaient les contraintes existantes pouvant entraver les efforts participatifs en vue d'améliorer le fonctionnement général de la municipalité. Les véhicules nécessaires à la participation étaient en place : associations communautaires, connues sous le nom de comités de quartier et dont le personnel est payé par le Ministère de l'Intérieur; ONG avec des volontaires à temps partiel ayant des emplois rémunérés dans les secteurs industriel ou public; personnel municipal technique et administratif et représentants officiels élus. Lors des réunions, les représentants municipaux se sont montrés frustrés par leur incapacité à réunir toutes ces parties

intéressées pour répondre à divers besoins dont l'expansion des services aux quartiers périurbains. Ils ont également indiqué que leurs efforts étaient entravés par la méfiance des membres communautaires à l'égard du secteur public. (Par la suite, dans le projet, lors des groupes de discussion avec les membres communautaires, ceux-ci ont bel et bien indiqué qu'ils n'avaient pas confiance dans le personnel municipal et les représentants officiels.)

3.2 Définitions divergentes de la participation

Le climat politique en Tunisie au moment où démarrait l'effort GESCOME était très en faveur de la décentralisation et de la participation communautaire. Sur l'ensemble du pays, les municipalités encourageaient ces concepts et pensaient que la participation existait bel et bien.

Au fur et à mesure de la réalisation du Projet GESCOME, on s'est rendu compte que le secteur public et les communautés avaient des définitions bien différentes de la participation. Pour ceux travaillant dans le secteur public aux niveaux municipal et national, participation voulait dire que les personnes de la communauté fournissaient main-d'œuvre et argent pour réaliser les projets d'infrastructure planifiés par les décideurs au niveau central. Mais aux yeux des membres communautaires, participation signifiait que les institutions municipales allaient leur fournir les mêmes services que recevaient les quartiers plus riches. Ces divergences—dans la compréhension, dans la confiance et dans la distribution des rôles et responsabilités—représentaient autant de fossés sur lesquels GESCOME allait jeter un pont. Le processus mis en œuvre par GESCOME a permis aux parties concernées de créer des partenariats participatifs.

Il convient de noter que, même en Tunisie où le gouvernement central soutient depuis longtemps la participation pour la gestion de l'infrastructure rurale, les représentants du secteur public au niveau municipal craignaient de perdre le contrôle du processus décisionnel. Peut-être l'élément le plus important vérifiant l'acceptabilité du GESCOME pour les décideurs était l'identité même du projet, à savoir le véhicule qui allait permettre de fournir des services durables aux quartiers périurbains.

3.3 Sélection de l'équipe d'assistance technique

La réussite de tout effort GESCOME dépend grandement des consultants locaux qui fournissent l'essentiel de l'assistance technique dans le pays. Les membres d'une équipe d'assistance technique GESCOME doivent être capables de communiquer régulièrement avec les représentants officiels à tous les niveaux, de fournir un soutien, une supervision ainsi qu'une formation sur le tas aux participants du projet du secteur public. Ils doivent également être en mesure d'assumer les fonctions administratives, de rédiger les rapports, d'organiser des ateliers et de gérer les fonds locaux du projet. Aussi, est-ce une véritable gageure que de réunir une équipe avec toutes ces compétences. EHP a identifié des consultants locaux pour l'équipe par le biais de recommandations et de son réseau de consultants.

Deux spécialistes dans le pays ont géré le Projet GESCOME en Tunisie : une économiste qui a été la coordinatrice du projet et un formateur comptant une vaste expérience dans le domaine de la participation communautaire. Un troisième membre de l'équipe à temps partiel, une hygiéniste de la santé publique, a suivi les changements comportementaux dans les conditions de santé environnementale ainsi que l'impact de ces comportements sur la mortalité et la morbidité imputables aux maladies. La sélection de l'équipe était l'une des premières étapes de la mise en œuvre, tel que le montre le Tableau 1, qui est un calendrier d'exécution des principales activités du Projet GESCOME en Tunisie et la Figure 1, qui est un diagramme du processus.

3.4 Sélection des participants

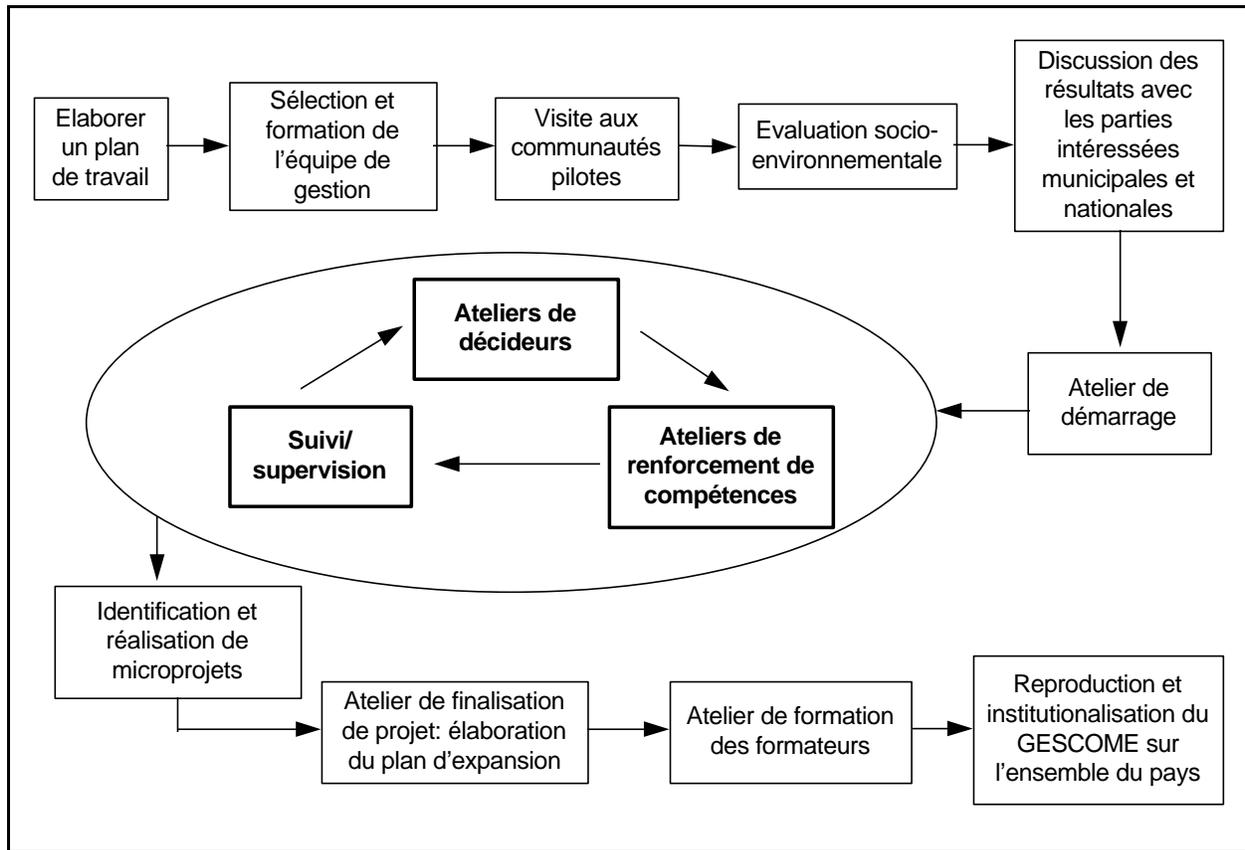
L'une des premières tâches de l'équipe d'assistance technique était de faciliter la sélection des participants de chaque ville qui formeraient l'équipe intersectorielle du projet, appelée une équipe municipale élargie (EME), puisque chaque équipe comprenait des représentants des ONG et des comités de quartier outre les membres du conseil municipal. La sélection effective a été faite par les responsables nationaux et municipaux qui ont fait bénéficier le projet de leur expertise et qui ont fait participer les décideurs aux résultats. La composition de l'EME dans chaque ville devait adhérer aux critères spécifiés. Les équipes devaient comporter 1) des membres du personnel technique municipal ayant l'expertise nécessaire pour l'évacuation des déchets solides, l'approvisionnement en eau, la gestion des eaux usées, l'assainissement, l'hygiène alimentaire et les jardins municipaux; 2) des membres du personnel administratif municipal tels que les gestionnaires de la ville et 3) des représentants des ONG et des comités de quartier.

Vu que le personnel municipal rend compte au Ministère de l'Intérieur et que le personnel des ONG et des comités de quartier dépendent de la Direction régionale d'autorité

Tableau 1
CALENDRIER GESCOME/Tunisie

Janvier 1995	<ul style="list-style-type: none"> < Elaborer un plan de travail—avec les activités détaillées, les objectifs des ateliers, les niveaux d'effort et les délais—lors d'une visite de 10 jours de la part du responsable de l'équipe GESCOME < Choisir les membres de l'équipes GESCOME
Février 1995	Réunion de planification de l'équipe—une semaine avec les parties concernées pour redéfinir les objectifs, déterminer les activités et spécifier les délais et les ressources nécessaires pour chaque action
Février-Mars 1995	Evaluation socioéconomique—six semaines, faite à Sousse et à Kasserine par les membres de l'équipe GESCOME
Mars 1995	Atelier de démarrage du projet—une journée avec 40 personnes de Sousse et de Kasserine ainsi que des représentants officiels aux niveaux régional et central pour faire participer tout le monde au projet
Juin 1995	Premier atelier de renforcement des compétences—une semaine, visant surtout à arriver à une compréhension commune du GESCOME et de ses volets et à enseigner de simples techniques de collecte de données et de gestion communautaire
Juillet-Août 1995	Suivi sur le tas—traduire dans la pratique les compétences apprises lors de l'atelier; la méthodologie et les indicateurs de suivi ont également été déterminés.
Septembre 1996	Table ronde des décideurs—une journée pour identifier et venir à bout des contraintes à la mise en œuvre du GESCOME
Octobre 1996	Second atelier de renforcement des compétences—trois jours, enseigner les méthodes et les techniques de terrain permettant de comprendre le comportement communautaire lié à la santé environnementale
Novembre-Décembre 1996	Suivi sur le terrain
Décembre 1996	Table ronde des décideurs—une journée
Décembre 1996	Troisième atelier de renforcement des compétences—quatre jours, enseigner les techniques participatives pour élaborer des plans d'action de quartier
Janvier-Février 1996	Suivi sur le tas, sur le terrain
Mars 1996	Mise en œuvre des microprojets—les interventions de santé environnementale commencent à apporter un enseignement pratique et expérientiel concernant l'application de compétences acquises lors des trois ateliers
Avril 1996	Vidéo GESCOME—les microprojets et processus sont documentés par une vidéo de marketing de 20 minutes en français et en arabe
Juin 1996	<ul style="list-style-type: none"> < Atelier de finalisation du projet—une semaine pour déterminer les leçons apprises et élaborer une stratégie d'expansion < Visite de la délégation égyptienne—les parties intéressées de services publics égyptiens visitent les villes pilotes pour observer et apprendre grâce à l'expérience tunisienne; elles développent également leur propre vision des services des consommateurs
Juillet 1996	Atelier de formation des formateurs—une semaine pour mettre en place une équipe de spécialistes GESCOME pouvant former d'autres municipalités à l'utilisation de l'approche
Août 1996	Les microprojets sont achevés—la comptabilité finale est présentée pour les projets
Septembre 1996	Les activités des projets pilotes GESCOME sont achevées

Figure 1
Diagramme de déroulement des activités GESCOME



locale, ces deux organisations-clés devaient approuver la sélection des participants aux ateliers de formation. Les premières tentatives de sélection des participants se sont heurtées à des difficultés car ces parties concernées, tout notamment la Direction régionale, ne connaissaient pas bien GESCOME et ses objectifs. Aussi a-t-on élargi le processus de sélection des participants, de sorte à obtenir le soutien et l'engagement des employeurs pour que les membres de l'équipe EME puissent achever la formation.

3.5 L'étape d'évaluation

Une évaluation a été faite par deux professionnels—un membre de l'équipe d'assistance technique GESCOME et un sociologue tunisien. Le but de l'étape d'évaluation GESCOME était de faire un plan de travail qui identifiait 1) l'emplacement (ou les emplacements) où la méthodologie serait appliquée ainsi que l'unité du secteur public qui serait formée, 2) les parties intéressées et les intervenants pouvant participer aux tables

rondes des décideurs et 3) les activités de formation spécifiques ainsi que les objectifs généraux de chacun des cycles de deux mois formation/suivi/table ronde de décideurs.

L'étape d'évaluation en Tunisie comprenait également une évaluation socioenvironnementale de six semaines qui a commencé par identifier les communautés où existaient les taux de prévalence les plus élevés de maladies imputables à l'état de santé environnementale. Par la suite, des interviews et observations sur place ont été faites dans les communautés identifiées pour essayer de déterminer les facteurs causatifs de ces maladies. Des groupes de discussion ont été organisés avec des hommes et des femmes de la communauté pour voir quelles étaient, d'après eux, les causes des maladies liées à l'environnement et la manière dont ils percevaient la participation. Ensuite, on a demandé aux administrateurs municipaux comment eux, percevaient la participation.

Si l'évaluation s'est avérée utile et informative, elle n'a pourtant pas créé, comme elle aurait dû, le soutien et le consensus nécessaires pour GESCOME. Malgré le fait que l'équipe de deux personnes qui a fait l'évaluation était composée de Tunisiens, les représentants officiels aux niveaux local et national ont remis en cause la validité des résultats. C'est là un exemple de la nécessité de s'assurer que les parties concernées ont un sentiment d'appartenance face aux données. Parce que les représentants officiels n'avaient pas personnellement participé à l'évaluation, ils n'en n'ont pas accepté les données. L'évaluation a été rédigée par la suite comme une situation hypothétique et a été utilisée lors d'un atelier de formation. La leçon tirée de cette expérience montrait que les parties concernées doivent "posséder" les données si on veut qu'elles les utilisent.

3.6 Ateliers de renforcement des compétences

Le but des ateliers de formation GESCOME est d'aider les participants de l'EME—personnel municipal et fournisseurs de services, dirigeants communautaires et personnel des ONG—à

acquérir les compétences nécessaires pour forger des partenariats avec les communautés. La formation portant sur le renforcement des compétences encourage les participants à être ouverts pour qu'ils puissent apprendre grâce à leurs communautés. La formation permet de mettre en place des équipes intersectorielles capables de vérifier que les interventions communautaires en vue de diminuer les risques de santé environnementale sont appropriées, maintenues et en place suffisamment longtemps pour améliorer la santé publique et le bien-être des habitants.

En Tunisie, la formation a été adaptée aux besoins des membres individuels de l'EME. Elle tenait compte de ce qu'ils savaient déjà, de ce qu'ils avaient besoin d'apprendre ainsi que des rôles qu'ils devaient assumer au sein de l'équipe. A la fin de chaque atelier, chaque équipe a mis au point un plan d'action détaillé pour les deux mois suivants.

L'évaluation communautaire rapide a été l'activité de formation la plus importante. Il s'agit d'un processus de "recherche" rapide qui réunit des informations par le biais d'interviews, de groupes de discussion et de méthodes d'observation directe. Le fait qu'elle soit axée sur la résolution de problèmes en fait un outil extrêmement efficace pour déterminer les actions pertinentes et les ressources nécessaires. Lors d'une évaluation communautaire rapide, les hypothèses évoluent au fur et à mesure que sont collectées des données permettant au processus d'être

informé par des connaissances nouvelles ou inattendues. Par exemple, les participants d'un atelier ayant réalisé une de ces évaluations rapides ont été surpris de découvrir à quel point les femmes de la communauté comprenaient le jeu des facteurs à l'origine de problèmes de santé environnementale.

L'approche empruntée pour l'évaluation communautaire rapide a demandé un changement comportemental important de la part des responsables municipaux qui avaient l'habitude de laisser une telle collecte d'information à des "experts" et qui pensaient qu'aucune action ne pouvait être prise sans faire appel à des spécialistes. Pour ces responsables dont le rôle habituel était celui de l'"expert technique" faisant des inspections sur place, il était inhabituel d'engager des membres communautaires comme des partenaires et de s'asseoir avec eux pour obtenir les données. Etablir une carte communautaire avec l'aide des habitants locaux est l'une de ces techniques mises au point lors des ateliers de renforcement des compétences.

Mais le changement de loin le plus important auquel on a assisté grâce aux ateliers de renforcement des compétences était la création d'une équipe intersectorielle de la part de ces responsables. Cela signifiait qu'ils devaient aborder leurs tâches comme une unité plutôt que des spécialistes de différents secteurs. Ce point de vue collaborateur correspondait bien à la nature intersectorielle des problèmes mêmes que les membres de l'équipe cherchaient à résoudre et leur a permis de trouver des solutions complètes et pertinentes.

3.7 Appliquer des compétences communautaires de résolution de problèmes

La cartographie communautaire s'est avérée une technique de communication participative particulièrement utile qui a permis aux membres de l'équipe d'identifier des interventions spécifiques. La Photo 1 à la fin du présent chapitre est un exemple d'une carte communautaire créée dans l'une des communautés pilotes. Par exemple, dans

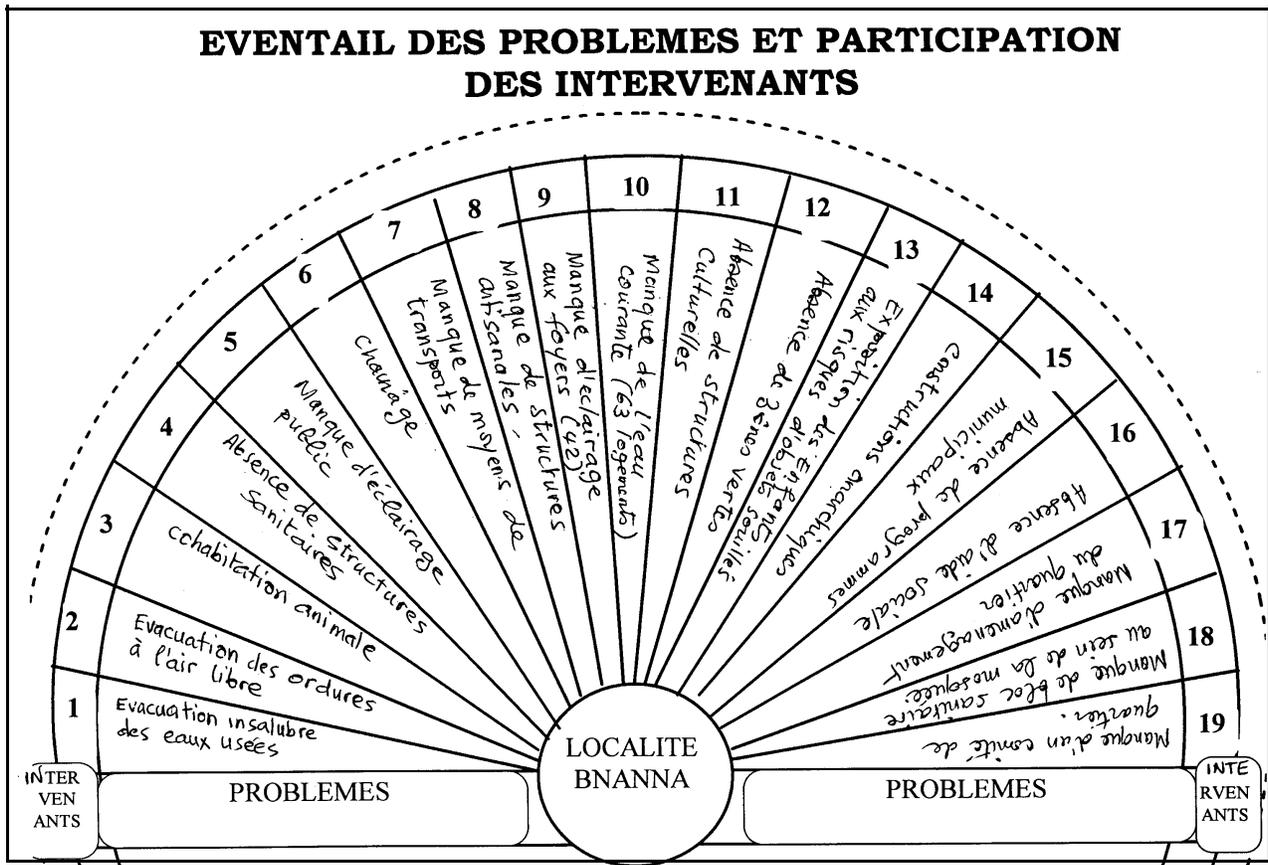
un quartier, l'exercice de cartographie et la discussion qui l'a accompagnée ont permis aux responsables municipaux de se rendre compte que seuls certains ménages dans le quartier manquaient d'installations sanitaires et que d'autres avaient leurs raisons pour refuser d'utiliser les installations en place. En effet, si les latrines communautaires avaient été construites pour desservir quatre ou cinq familles, les femmes et les enfants (qui n'avaient pas été consultés avant que ne soient construites les latrines) ne les utilisaient pourtant pas parce qu'elles étaient trop éloignées.

Les risques pour la santé environnementale qui ont été identifiés lors de ces rencontres directes ont ensuite pu être définis de manière plus spécifique que simplement "manque d'assainissement" ou "manque de bonnes méthodes d'évacuation des déchets solides." Certains comportements individuels et communautaires ont été identifiés en tant que risques pour la santé environnementale. Puis, au lieu de demander "Comment pouvons-nous apporter l'assainissement à un quartier entier?" et "Que faisons-nous pour que les gens utilisent les poubelles?", les responsables municipaux ont commencé à se demander "Comment s'attaquer aux raisons faisant qu'un certain nombre de foyers refusent d'utiliser les latrines?" et "Pourquoi les habitants de certains quartiers jettent n'importe comment les déchets organiques?" (La Figure 2 montre les résultats de l'analyse par un quartier de ces problèmes de santé environnementale.)

Pour le personnel municipal, le simple fait de passer du temps avec des membres communautaires a changé radicalement la manière dont ils travaillent. Cette expérience leur a permis de reconnaître que des solutions intersectorielles étaient plus efficaces et efficientes que des solutions appartenant à un seul secteur. Ils ont réalisé que, si l'on veut qu'elle soit durable, l'infrastructure doit être

Figure 2
Problèmes communautaires
se répercutant sur la santé environnementale

Réimprimé à partir du rapport de Fatma Guesmi : *Evaluation de l'action de mobilisation pour la participation sociale en vue d'améliorer l'état de santé environnementale*. Kasserine 1996.



planifiée et construite avec les communautés, que les ressources municipales sont insuffisantes pour répondre à tous les besoins sur le plan infrastructure et, qu'en tant que membres du personnel, ils étaient en mesure de faciliter des solutions par le biais de partenariats, de consultations et de recherche de consensus. (Les Photos 2 et 3 à la fin du présent chapitre montrent comment les cartes communautaires ont été préparées et utilisées.)

3.8 Formation de suivi

Les activités de suivi ont préparé le terrain permettant aux équipes EME de mettre en place un processus formel d'autoanalyse. Les visites de suivi ont été effectuées par le formateur de l'équipe d'assistance technique GESCOME qui, avec l'aide des équipes EME, a fait une liste des résultats et des observations. La liste a été discutée lors de réunions avec les équipes individuelles et des solutions ont été mises au point pour s'attaquer aux problèmes. Ce processus d'"apprentissage" a été répété périodiquement et est devenu un volet établi du Projet GESCOME en Tunisie.

Cette autoanalyse ou cycle de dialogue des résultats—recommandations—ou résolution de problèmes a permis d'étayer les progrès permettant aux membres de l'équipe de noter des changements dans la manière dont ils fonctionnaient et de modéliser une recherche de consensus à caractère participatif. Elle a également mis à jour les compétences spécifiques que devaient renforcer les participants. Voici certains exemples des résultats et solutions du suivi.

- # Les équipes EME devaient impliquer un éventail plus diversifié de parties concernées et de représentants officiels en vue de mettre en œuvre les microprojets. Aussi, a-t-on décidé d'ajouter aux équipes des conseillers municipaux élus.
- # Lorsque toute l'équipe EME visitait les communautés, une certaine confusion s'en suivait car ces communautés, qui n'avaient jamais eu la visite d'un représentant officiel, ont été déroutées par toute cette attention.

Aussi a-t-on décidé que les équipes EME allaient se répartir en deux ou trois mini-équipes, chacune responsable d'un quartier.

- # Au départ, les équipes n'ont pas su fonctionner sans réunions, d'où un trop grand nombre de réunions et peu de temps qui restait pour faire le travail. Le problème a été résolu en établissant un calendrier détaillé d'activités et en distribuant les responsabilités liées aux diverses activités à des personnes spécifiques.
- # Pour le personnel municipal qui participait également activement à des ONG, le travail communautaire était vu comme une activité d'une ONG (et, partant, une activité volontaire) plutôt que comme une activité municipale (et, partant, professionnelle). Vu que le personnel municipal devait consulter les communautés dans le cadre de son travail professionnel avec GESCOME, il a dû réviser sa définition du travail communautaire.

3.9 Tables rondes des décideurs

Le soutien des décideurs à tous les niveaux était d'importance critique pour la réussite du GESCOME. Les réunions de tables rondes GESCOME ont aidé à obtenir le soutien nécessaire pour maintenir le projet et élargir le cercle des parties intéressées. Assistaient à ces réunions d'une journée des membres du personnel et des administrateurs des Ministères de la Santé, de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Intérieur; les maires et les responsables de Sousse et de Kasserine ainsi que les chefs des équipes EME. Les membres ont nommé le groupe le Comité d'orientation du projet (COP). Une des fonctions les plus importantes des tables rondes était d'informer les représentants des divers ministères à propos des actions communautaires prises par les participants municipaux faisant partie des équipes EME. Les réunions étaient également l'occasion d'étudier les contraintes entravant les progrès du projet. Par exemple, on a autorisé les membres EME à rencontrer les participants communautaires à des heures autres que les heures de travail normales; des conseillers municipaux ont été ajoutés aux équipes

EME car il fallait un soutien officiel plus fort pour GESCOME et des invitations officielles ont été envoyées aux représentants des ONG et aux comités de quartier pour qu'ils viennent assister aux ateliers de renforcement des compétences lors de leurs heures de travail normales.

Le résultat le plus frappant des tables rondes concerne le changement de comportement des parties intéressées. Au départ, c'est d'un œil sceptique que le Gouvernement tunisien voyait le processus GESCOME de 18 mois. Le Ministère de l'Intérieur, institution partenaire du GESCOME, avait accepté le projet en tant que volet communautaire de l'initiative des Collectivités locales de l'USAID à cause des ressources qu'apporteraient les microprojets GESCOME aux communautés périurbaines.

Le Ministère de l'Intérieur supervise directement les divers personnels des municipalités et indirectement, les ONG et les comités de quartiers qui rendent compte à la Direction régionale des autorités locales. Le ministère est également responsable du nouveau Centre de formation de gestion municipale qui dispose d'une structure de financement et de personnel séparée de celle du ministère. Aussi, le Ministère de l'Intérieur se heurte-t-il à des défis de taille en ce qui concerne la supervision de ces bureaux et institutions disparates.

A mi-parcours du projet, des hauts fonctionnaires du Ministère de l'Intérieur ont décidé que les tables rondes COP facilitaient le contact et la communication entre le ministère et les représentants de ses diverses organisations annexes. Après la première année du projet durant laquelle avaient été organisées plusieurs tables rondes COP, le représentant du Ministère de l'Intérieur s'est chargé d'accueillir les réunions. Il a envoyé les invitations et, en consultation avec l'équipe d'assistance technique GESCOME, a mis au point l'ordre du jour.

A la fin du projet, les tables rondes ne visaient plus tant le Ministère de l'Intérieur que les structures municipales et régionales. Encouragé vivement en cela par les ONG et les comités de quartier, on a décidé que pour maintenir une approche souple se rapprochant davantage de la

communauté, les tables rondes devraient se concentrer davantage sur le gouvernement régional que sur le Ministère de l'Intérieur pour institutionnaliser l'approche GESCOME.

3.10 Elaboration et exécution de microprojets

Les techniciens municipaux ont rencontré des représentants communautaires pour discuter des causes des divers problèmes de santé environnementale et des interventions possibles en vue d'y remédier. Ensemble, ils ont décidé lesquelles des interventions possibles allaient devenir des microprojets. Les critères des microprojets, ainsi que les dispositions pour les administrer, ont été formulés lors des réunions COP et de discussions avec l'EME. Chaque microprojet devait répondre à trois critères : 1) il devait répondre aux besoins sur le plan santé environnementale des femmes ainsi que des hommes de la communauté; 2) il devait recevoir une approbation technique de la part du personnel municipal compétent en la matière et 3) il devait coûter moins de 5 000 \$. Ce dernier critère a été adopté en raison de la viabilité des projets. On avait décidé au début que le financement des interventions devait être maintenu à un faible niveau pour que les communautés soient en mesure de rembourser en versant l'argent dans un fonds de roulement. Les ONG administrent les fonds pour chaque microprojet en contrepartie d'un petit paiement pour ce service. Chaque ville pilote a reçu 25 000 \$.

Un contrat a été rédigé pour chaque microprojet en vue de formaliser l'accord entre représentants communautaires, techniciens de l'équipe EME, responsables de la ville et l'ONG (qui a été choisie par les représentants communautaires et la municipalité). Le contrat spécifiait les contributions et les responsabilités de la communauté; les contributions matérielles et la portée de la supervision technique de la part de la municipalité; le niveau d'effort du responsable de la ville ainsi que le rôle de gestion financière de l'ONG.

Les contrats ont été établis en fonction du problème ou des problèmes traités par le microprojet. Par exemple, des enfants d'un

quartier périurbain jouaient dans un dépotoir car ils n'avaient pas un lieu adéquat de récréation. Le centre de santé local indiquait que 50 enfants en moyenne étaient blessés chaque mois alors qu'ils jouaient dans ce dépotoir. Les membres communautaires ont pu faire une très bonne utilisation de leurs fonds de microprojet avec une ONG qui encourageait le développement de compétences athlétiques chez les jeunes. Le dépotoir a été nettoyé pour en faire une aire de jeu, évitant ainsi 50 blessures d'enfant par mois. (L'encadré ci-joint présente d'autres exemples de la manière dont les problèmes ont été analysés et les solutions mises au point pour répondre au contexte local.)

Comportements ruraux en milieu urbain

L'évaluation socioenvironnementale a aidé les représentants officiels locaux à comprendre le comportement des habitants par rapport à l'habitat et à l'assainissement. Par exemple, Kasserine et Sousse sont des zones urbaines ou périurbaines mais les habitants des communautés ont maintenu maints aspects appartenant à leur ancienne vie rurale de gardien de troupeaux. Dans une communauté de Sousse, par exemple, un groupe tribal élève des chameaux qui sont utilisés avec les touristes. Pour eux, l'élevage n'est pas seulement leur moyen de subsistance mais c'est aussi un lien culturel entre les membres du groupe de cette tribu qui se sont installés dans la région. Aussi, n'est-il guère surprenant que, dans certaines des communautés, des problèmes de santé sont survenus parce que les familles et les animaux partagent des habitations d'une ou deux pièces. Si les représentants officiels avaient réagi en essayant de faire partir les animaux, ils se seraient probablement heurtés à une vive résistance.

L'évaluation a également montré que c'est par le biais de directives que les représentants officiels communiquaient avec les habitants. En réponse, les communautés

voyaient leur relation face aux autorités comme une relation passive leur permettant uniquement de faire des demandes d'aide. On peut le constater au niveau du problème des "poubelles" qui tient également au transfert de comportements ruraux à un contexte urbain. Pour les représentants officiels, la solution évidente était de distribuer des poubelles dans les quartiers. Ils ont essayé différents types et différentes tailles et les ont placées à divers endroits; mais rien ne s'est passé. Alors que les poubelles restaient en grande partie inutilisées, les représentants officiels frustrés se sont demandés "pourquoi" ? Les interviews faites dans le cadre de l'évaluation sur le terrain ont montré clairement que les femmes n'utilisaient pas les poubelles car il est dans la tradition des éleveurs de jeter les déchets organiques aux chameaux et aux moutons. Au lieu de faire la leçon à ces personnes, leur montrant comment utiliser les poubelles, les représentants officiels locaux essayent de voir actuellement comment on peut encourager les personnes à parquer les animaux pour diminuer le problème d'évacuation des ordures et les risques de santé connexes.

D'autres microprojets ont permis de rénover des maisons, de revêtir des routes, d'étendre les conduites pour les eaux usées, de construire un pont sur un ravin souvent inondé, de sorte à ce que les enfants puissent aller à l'école et encore de distribuer des poubelles avec des couleurs différentes pour séparer les déchets organiques de ceux non organiques. (Voir Photos 4 et 5 à la fin du présent chapitre.)

Les microprojets étaient des interventions que les municipalités souhaitaient réaliser et qu'elles ne pouvaient pas faire pour des questions budgétaires. Lors de l'exécution des microprojets, le personnel de la municipalité a constaté que l'approche participative GESCOME permettait d'économiser 20 % à 40 % par rapport au travail confié à l'extérieur ou fait soi-même. Le coût le plus faible pouvait être attribué aux facteurs suivants : 1) il fallait moins de supervision—les projets étaient réalisés par les membres communautaires; 2) les longs délais d'exécution (parfois jusqu'à trois ans) étaient supprimés puisque les communautés périurbaines n'avaient pas besoin d'attendre leur "tour" jusqu'à ce que la municipalité s'occupe d'elles—d'où une économie sur les coûts augmentés par l'inflation; 3) des coûts moins chers parce que des technologies plus appropriées ont été utilisées par les communautés que celles que proposait la municipalité et 4) des entrepreneurs plus petits et moins chers de la communauté ont été recrutés directement par celle-ci. Aussi, outre les améliorations municipales nécessaires, les microprojets ont également présenté des options à faible coût qui n'avaient pas été envisagées auparavant par le personnel municipal.

3.11 Une ressource régionale

La Tunisie a été choisie pour le projet pilote GESCOME dans l'espoir qu'elle servirait de laboratoire régional permettant d'éprouver les approches participatives de gestion municipale. Alors qu'était réalisé GESCOME en Tunisie, le Projet des villes secondaire réalisé en Egypte par l'USAID démarrait un programme de développement des services municipaux d'eau et

d'eaux usées. Vu qu'un volet important du programme de l'Egypte était d'utiliser les services à établir et à maintenir des relations mutuellement avantageuses avec les clients, la mission de l'USAID en Egypte a financé un voyage en Tunisie pour permettre aux principales parties concernées du programme de renforcement des services publics d'observer de près le processus GESCOME. La visite a été l'occasion d'un dialogue approfondi et d'un échange riche d'expériences entre les Tunisiens et les Egyptiens. (Après que les membres de la délégation égyptienne ont observé les microprojets GESCOME et ont parlé à toutes les parties concernées, ils ont passé trois jours à Tunis à définir le rôle du département du consommateur dans leurs services pendant que les Tunisiens réalisaient leur atelier de finalisation GESCOME.)

Lors de l'atelier de finalisation d'une semaine à Tunis, les représentants officiels du gouvernement et autres parties concernées, les représentants des deux équipes EME ainsi que l'équipe d'assistance technique GESCOME ont rédigé un récapitulatif des leçons apprises. Ils ont également formulé des plans pour étendre le projet des villes pilotes au reste du pays.

3.12 Expansion

C'est dans les chiffres qu'on trouve les raisons de l'expansion de GESCOME en Tunisie. Tel que mentionné ci-dessus, le coût de l'expansion des services aux quartiers périurbains de Sousse en utilisant la méthodologie GESCOME a été estimé inférieur de 20 % à 40 % à celui qui aurait été encouru si le personnel municipal avait fait le travail ou avait recruté des entrepreneurs pour le faire. (Voir rapport, "EME Groupe Ksibet-Echott I & II Sousse, Projet GESCOME, Rapport d'activités.") A Kasserine, le maire a noté que le coût pour la municipalité uniquement pour améliorer 20 maisons avec construction de latrines, cheminées et enclos pour les animaux s'élevait à 5 000 dinars. Pour cette somme, la municipalité a été en mesure d'améliorer 40 maisons en utilisant l'approche participative GESCOME. La stratégie d'expansion a été mise au point lors d'un atelier auquel ont assisté toutes les parties concernées par

GESCOME. Ils ont décidé qu'il était extrêmement important de garder le processus au niveau municipal à l'abri des structures rigides car ils pensaient que les ressources locales pouvaient être mobilisées plus facilement si le processus restait proche des communautés.

Le premier niveau d'expansion consiste à étendre le projet des quartiers pilotes à toute la municipalité. Pour ce faire, les équipes EME prévoient de développer une série de "quartiers GESCOME" sur l'ensemble des municipalités pilotes, passant par le biais des comités de quartier. Pour le second niveau, à savoir l'expansion à d'autres municipalités de la

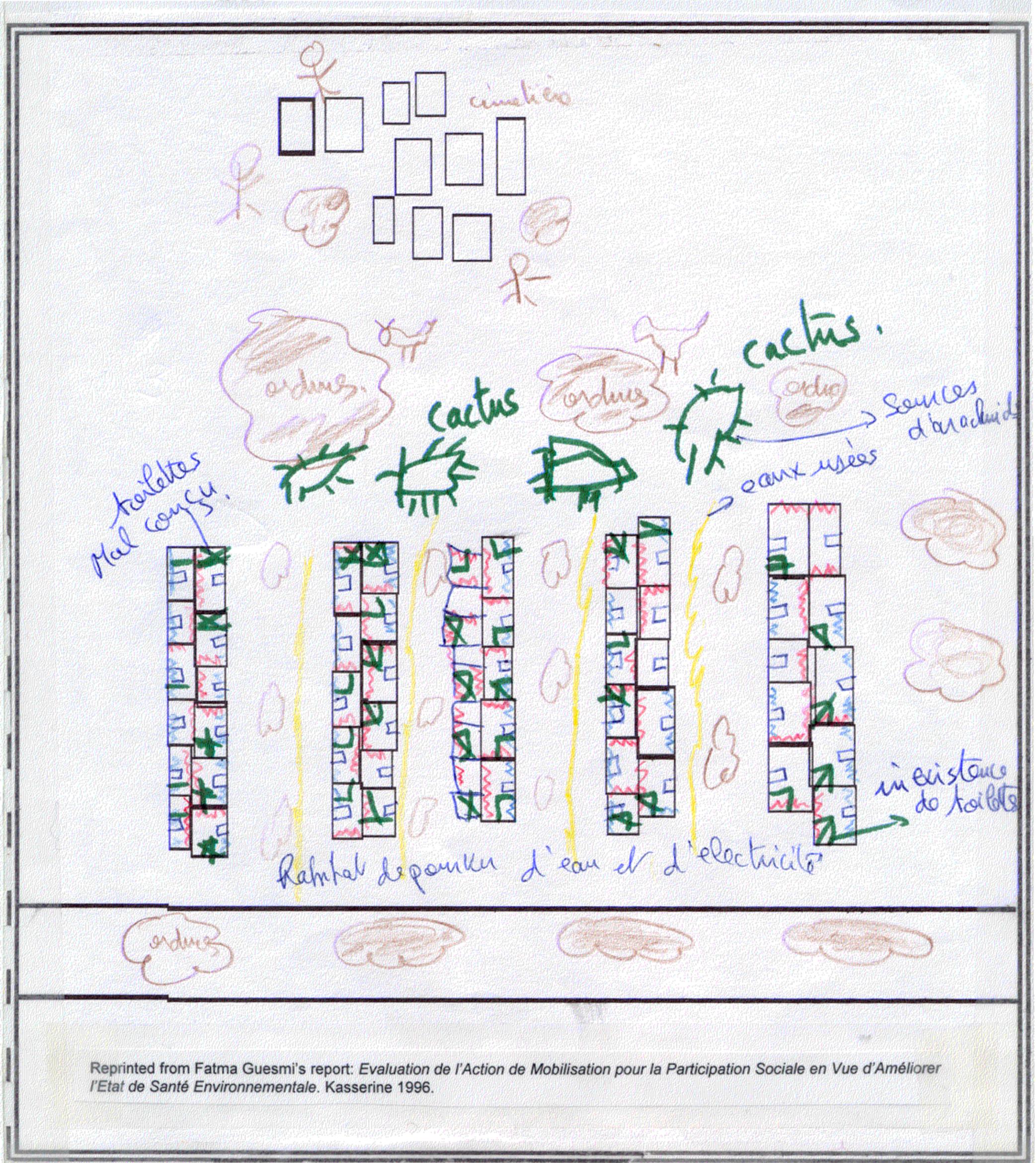
région, le gouvernorat coordonnera le transfert de la formation des deux villes pilotes. Parallèlement, GESCOME sera étendu à d'autres gouvernorats par le biais de réunions et de communication entre maires et responsables des villes. Il s'agit là du troisième et dernier niveau de l'expansion.

Un atelier de formation des formateurs organisé en juillet pour mettre sur pied une équipe de formateurs GESCOME en tant que professionnels dont les services pourraient être vendus représentait un aspect important du volet d'expansion. Ce groupe pourra aider d'autres municipalités à appliquer la méthodologie.

Malheureusement, le Projet GESCOME de l'USAID en Tunisie ne fournissait des ressources que pour les deux villes pilotes. La mise en œuvre de la stratégie d'expansion devra être financée par le biais d'autres bailleurs de fonds et donateurs.

Photo 1 : Exemple d'une carte communautaire (localité RTIBAT)

Réimprimée à partir du rapport de Fatma Guesmi : *Evaluation de l'action de mobilisation pour la participation sociale en vue d'améliorer l'état de santé environnementale*. Kasserine 1996.



Reprinted from Fatma Guesmi's report: *Evaluation de l'Action de Mobilisation pour la Participation Sociale en Vue d'Améliorer l'Etat de Santé Environnementale*. Kasserine 1996.



Photo 2 : Exercice de cartographie communautaire expliquée aux femmes (Nadia Becharaoui)
Women being led through a community mapping exercise



Photo 3 : Membres de l'équipe EME de Kasserine utilisant des cartes pour analyser les problèmes de santé environnementale avec les personnes de la communauté (Scott Dobberstein)
Kasserine EME team members using maps to analyze environmental health problems with people in the community

Photos 4 et 5 : Avant et après un microprojet de revêtement d'une rue à Sousse. (Equipe EME à Sousse)

Before and after pictures of a community street-paving microproject in Sousse.



4

RESULTATS

4.1 Indicateurs de santé environnementale

L'utilisation d'indicateurs de santé environnementale faisait partie intégrante de l'approche générale GESCOME. Les deux principales techniques utilisées—cartes communautaires et arbres de causalité—sont devenues des outils que les membres communautaires peuvent utiliser pour mesurer le changement de comportement dans leurs quartiers.

Les cartes communautaires mises au point par les habitants et le personnel municipal faisaient ressortir les problèmes existants au niveau de la santé environnementale et aidaient à créer une vision de l'avenir de la communauté. Les femmes des communautés parlaient toujours de ces cartes comme “nos cartes” et indiquaient clairement que c'étaient elles qui avaient décidé du contenu. L'exercice de cartographie a montré que les problèmes de santé environnementale identifiés par les femmes étaient différents de ceux identifiés par les hommes. Il a également révélé que les problèmes importants pour les hommes ne comprenaient pas l'état de santé environnementale.

Les cartes, en tant qu'outil de suivi, servent de données de départ pour les grands problèmes de santé environnementale. Les communautés ont continué à utiliser ces données de départ pour mesurer des conditions telles que le nombre de ménages qui utilisent des poubelles, les pratiques de recyclage ou l'accès aux latrines.

Les arbres de causalité ont aidé à identifier les multiples conditions de santé environnementales auxquelles pouvait s'attaquer un microprojet. Par exemple, un de ces microprojets s'agissant de la construction d'enclos pour les animaux a permis de résoudre plusieurs problèmes de santé environnementale. Il a empêché que le bétail ne s'approche des récipients d'eau des cuisines (ce qui

avait contaminé l'eau des ménages) et a évité qu'il ne boive les eaux usées (ce qui avait contaminé la viande); cela a également diminué les amas d'ordures qui traînaient dans les allées et que mangeaient les animaux.

Changer ces comportements liés au bétail diminue le risque de certaines maladies venant de la cohabitation avec des animaux. (Voir Figure 3 sur les liens entre comportement et maladies.) En utilisant les arbres de causalité pour l'analyse, les communautés ont pu identifier les comportements, les liens et les relations qui avaient contribué à des conditions de vie peu saines et concevoir des manières pour changer ces conditions.

Le Tableau 2 récapitule l'information sur les résultats du changement de comportement dans quatre grands domaines : conditions d'habitation, eau de boisson des ménages, évacuation des ordures ménagères et évacuation des eaux usées. Trois de ces domaines ont été identifiés en premier par les cartes communautaires.

- # *Comportement lié à l'habitation.* Tel que le montre le tableau, les interventions ou les microprojets visant à améliorer les maisons ont eu un impact sur 692 familles. Ces interventions consistaient à cimenter les sols en terre battue, à construire des cheminées pour diminuer l'inhalation de fumée de kérosène et à construire des rigoles de drainage des eaux usées pour éviter les mauvaises odeurs et éliminer les lieux où se développent les moustiques.
- # *Comportement lié à l'eau de boisson.* Les récipients contenant l'eau des familles pouvait être facilement contaminés bien que l'eau qu'ils contenaient était propre. Cette contamination venait des animaux et des enfants qui touchaient les récipients ou qui y buvaient directement. Les personnes amenaient

également de l'eau à la maison provenant de sources non traitées. Face à ce problème, la communauté et la municipalité ont contribué aux fonds du service d'eau pour pouvoir apporter l'eau courante à 90 ménages qui en avaient besoin. Les personnes ont également utilisé des pratiques plus sûres pour garder l'eau à la maison, par exemple, vérifier à ce que les animaux ne s'approchent pas des récipients d'eau.

Comportement lié à l'évacuation des ordures ménagères. L'évacuation peu salubre des ordures ménagères était un problème important qui a suscité de nombreuses interventions, bénéficiant à 692 familles. Les communautés ont acheté les poubelles convenant le mieux—par exemple, celles qui ne sont pas trop élevées pour que les enfants puissent les utiliser. Elles ont acheté des peintures pour colorier les poubelles destinées aux déchets organiques et celles pour les déchets non organiques. Elles ont construit des dépotoirs centraux pour faciliter le ramassage des ordures au niveau des quartiers. De plus, les équipes EME ont déployé des campagnes pour sensibiliser, éduquer et mobiliser les membres communautaires sur le problème des poubelles. Grâce à cette initiative, 1 000 tonnes de déchets ont été ramassés (comparé à rien auparavant), avec une réduction visible des rats et des moustiques.

Comportement lié à l'évacuation des eaux usées. Plusieurs interventions ont été réalisées pour améliorer l'évacuation des déchets humains. Cinquante-deux familles sans latrines en ont construites; une école a construit des latrines et des communautés ont élargi les canaux de drainage des eaux usées. Ces interventions ont diminué l'évacuation sans mesure d'hygiène des matières fécales dans les communautés.

comportement réalisé grâce aux interventions a bien eu un impact immédiat et visible sur les conditions environnementales dans ces communautés périurbaines. Un membre de l'équipe de l'assistance technique GESCOME, l'hygiéniste en santé publique qui est également une conseillère municipale à Kasserine, a rédigé un rapport détaillé sur les changements comportementaux liés à la santé environnementale qui ont eu lieu grâce au GESCOME (voir "Evaluation de l'action de mobilisation pour la participation sociale en vue d'améliorer l'état de santé environnementale," disponible auprès du EHP). Son rapport décrit les microprojets et les risques au niveau de la santé environnementale qu'ils ont permis de réduire ou de diminuer.

Pendant l'effort GESCOME, des données sur la santé environnementale ont été réunies auprès des centres de santé et dans les communautés en utilisant un comportement observable. Dans les centres de santé de Kasserine, les conversations avec le personnel soignant ainsi que les interviews et les consultations des personnes se rendant dans ces centres ont indiqué que le projet avait eu un effet positif sur l'état de santé environnementale. Des indicateurs analogues ont été identifiés à Sousse. Les listes suivantes faites avant et après l'intervention récapitulent l'effet que semble avoir eu GESCOME sur la santé environnementale en fonction de l'évaluation mentionnée ci-dessus.

Malheureusement, lors de l'achèvement du projet, il était trop tôt pour suivre les changements dans la prévalence de maladies résultant de ces interventions. Toutefois, le changement de

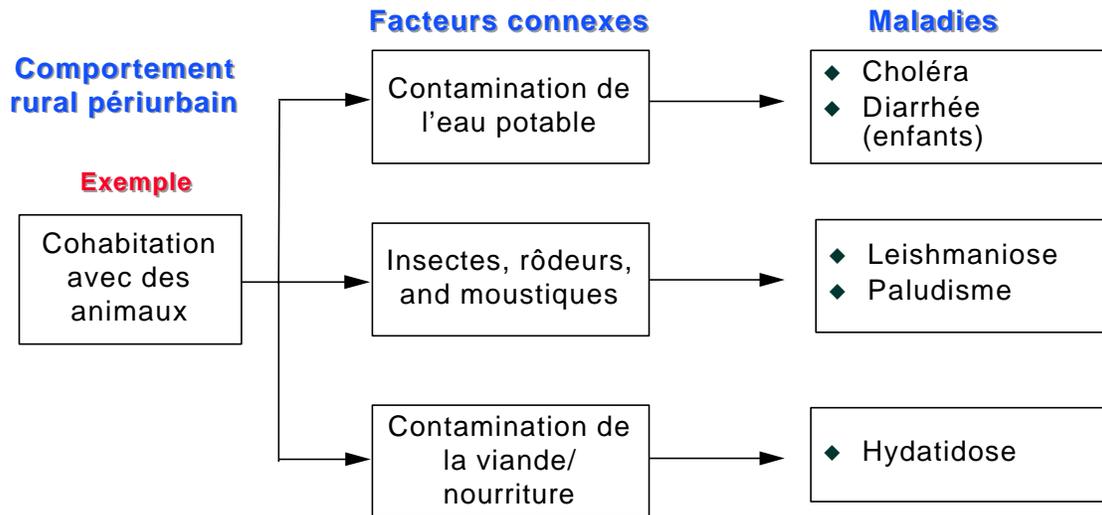
Tableau 2
RESULTATS DES ACTIVITES DES MICRO PROJETS COMMUNAUTAIRES

Comportement à changer	Population mobilisée	Intervention communautaire	Résultat
Comportement lié à l'habitat			
Maisons construites de manière précaire	692 familles	# Cimentier les sols des maisons # Construire des cheminées dans la cuisine # Construire des rigoles pour drainer les eaux stagnantes	# Membres communautaires conscients que les conditions d'habitat bénéficient à leur bien-être # Les maisons conformes aux codes sanitaires
Animaux vivant dans les maisons avec les familles		# Construire des enclos pour animaux	# Les membres communautaires savent que des animaux qui vivent dans les maisons sont source de maladies humaines # Les animaux ne vivent plus dans les maisons avec les familles
Comportement lié à l'eau de boisson			
# Techniques peu salubres de conservation d'eau dans les foyers # Les ménages gardent une eau non traitée	90 familles	# Fournir une eau courante potable à 90 familles # Construire des enclos pour animaux	# A présent, les réserves d'eau sont conservées avec les mesures d'hygiène # Les animaux ne contaminent plus les réserves d'eau des ménages
Comportement lié à l'évacuation des ordures ménagères			
Déchets solides jetés près des maisons	692 familles	# Acheter des poubelles # Acheter des matériaux d'entretien # Construire 4 dépotoirs # Organiser une campagne de nettoyage des ordures : ramassage de 1 000 tonnes de déchets solides	# Un grand nombre des membres communautaires participent aux interventions de nettoyage des ordures # L'élimination des déchets est centralisée suivant l'élimination de 25 dépotoirs intermédiaires # Quartiers plus propres # Population sensibilisée aux conditions des ordures # Diminution du nombre de rats et de moustiques
Comportement lié à l'évacuation des eaux usées			
Les habitants jettent les déchets solides avec les excréments dans les canaux des eaux usées	52 familles 150 élèves 9 enseignants	# Construction de toilettes pour 52 familles # Construction de latrines pour une école élémentaire # Elargissement de canaux avec l'eau excédentaire	# Les habitants comprennent que le manque de toilettes entraîne des maladies # Les habitants utilisent les toilettes avec mesures d'hygiène # Aucun signe visible de matière fécale humaine dans les canaux des eaux usées

Réimprimé à partir du rapport de Fatma Guesmi : *Evaluation de l'action de mobilisation pour la participation sociale en vue d'améliorer l'état de santé environnementale*. Kasserine 1996.

Figure 3

Santé environnementale et maladies dans le quartiers périurbains



Situation avant les interventions GESCOME

1. La population n'était pas intéressée par l'éducation sanitaire.
2. Existence de cas de diarrhée infantile, lésions cutanées, hépatite, gale, teigne et conjonctivite.
3. Les maladies susmentionnées ont souvent été traitées à la maison par des pratiques traditionnelles et non notifiées; aussi n'existait-il pas de données de santé publique à ce propos.
4. Les agents communautaires ne faisaient pas le rapprochement entre ces maladies et les conditions de santé environnementale.

Situation après les interventions GESCOME

1. La population a commencé à comprendre l'impact des conditions de santé environnementale sur la santé physique et mentale.
2. Suivant les séminaires d'éducation, le nombre de consultations a augmenté, surtout pour les programmes nationaux tels que les vaccinations, le traitement de la diarrhée, la santé maternelle et les visites de nourrissons.
3. Les cas de diarrhée sont traités par réhydratation dans les centres de santé au lieu d'être traités à la maison par des méthodes traditionnelles. Les centres de santé indiquent également que les enfants sont traités plus tôt en cas de diarrhée, avant qu'ils ne soient gravement déshydratés.

4.2 Changements dans le comportement institutionnel

Le but du Projet GESCOME va au-delà de l'expansion de services et de solutions immédiates définies localement pour lutter contre la pollution environnementale. Les moyens ou le processus utilisés pour arriver à ces solutions est tout aussi important. En fin de compte, c'est le processus et non pas les résultats qui améliore la gouvernance et la démocratie.

Le Tableau 3 présente des changements institutionnels dans les municipalités venant de leur expérience en matière de processus GESCOME. Les indicateurs de ces changements concernent les thèmes suivants.

- # Définitions des besoins communautaires.
- # Utilisation de ressources dans la communauté pour améliorer les conditions communautaires.
- # Rôle de la participation dans les opérations municipales.
- # Gestion des fonds communaux nécessaires pour les "biens publics."
- # Nouveaux rôles et responsabilités pour les intervenants municipaux.

Tel que montré sur le tableau, avant GESCOME, les représentants du parti politique (Rassemblement constitutionnel démocratique—RCD) et les ONG ne demandaient pas aux communautés ce dont elles avaient besoin; ils le leur disaient. Mais après l'expérience GESCOME, les communautés avaient créé des comités de représentants et disposaient des compétences nécessaires leur permettant d'identifier et de classer en ordre prioritaire les problèmes de santé environnementale et les interventions possibles. Les communautés représentatives avaient appris les techniques participatives qui sont utilisées avec les hommes et les femmes de la communauté.

Avant GESCOME, les membres de l'équipe municipale EME rangeaient les communautés dans deux groupes : riches (avec ressources) ou pauvres (sans ressources). Après GESCOME, les équipes EME ont vu que les pauvres des quartiers avaient des ressources et des capacités à offrir. Outre de bonnes idées, les membres communautaires (tant les hommes que les femmes) disposaient de compétences dans certains domaines (par exemple, la construction) dont a besoin la municipalité. Qui plus est, les représentants officiels municipaux ont appris que le riche et le pauvre partagent leur environnement; aussi le riche pouvait aider à financer des interventions locales pour prévenir la pollution.

Avant GESCOME, la "participation" relevait davantage d'une rhétorique politique. Les communautés pouvaient proposer des projets mais la mise en œuvre était assumée par le RCD et la municipalité—souvent avec la participation forcée des membres communautaires. En revanche, suivant GESCOME, les communautés ont participé de plus près à la mise en œuvre des projets, organisant des réunions quotidiennes pour revoir le calendrier d'exécution et suivre les progrès. Par conséquent, les projets ont été réalisés plus vite et plus efficacement, sans que les habitants soient poussés par le RCD.

Avant GESCOME, la participation signifiait simplement une contribution financière à un projet communautaire. Le RCD a indiqué aux communautés quelles devaient être leurs contributions et les relançaient pour qu'elles payent. Après GESCOME, les communautés ont contribué bien plus qu'avec de l'argent—elles ont préparé les budgets des projets et se sont chargées de la comptabilité. Outre la main-d'œuvre, les membres communautaires étaient également prêts à contribuer plus que les 10 % des coûts exigés normalement pour les microprojets.

Tableau 3
CHANGEMENTS INSTITUTIONNELS A SOUSSE ET A KASSERINE PENDANT GESCOME

Indicateurs du changement de comportement municipal	Avant GESCOME	Impact après GESCOME
Besoins communautaires	# Les représentants du parti politique (RCD) et les ONG indiquent aux communautés ce dont elles ont besoin	# Les communautés ont créé des comités représentatifs et disposent des compétences nécessaires pour identifier et ranger en ordre prioritaire les problèmes avec l'aide du personnel municipal # Les communautés utilisent des méthodes participatives et ont un rôle majeur lors de toutes les étapes de la planification
Vue étroite de la communauté et des capacités de ses membres	# Les communautés sont vues soit comme riches (avec ressources), soit comme pauvres (sans ressources)	# Les habitants des quartiers pauvres sont vus comme ayant des idées, des compétences et des capacités à offrir à leurs communautés et à leurs municipalités # Il existe une coopération entre les riches et les pauvres
Participation communautaire à l'organisation et à la mise en œuvre des projets	# Les communautés proposent des projets mais la mise en œuvre revient au RCD et aux autorités municipales	# Les communautés organisent des réunions quotidiennes pour revoir les étapes de la mise en œuvre # Les projets sont réalisés rapidement et efficacement # Les communautés sont les propriétaires de leurs projets
Gestion financière limitée de la communauté	# On indique aux membres communautaires comment ils doivent contribuer; l'argent est recouvré sous l'autorité du RCD. (Le RCD a du mal à recouvrer la partie communautaire des coûts du projet.)	# Les communautés préparent des budgets de projet et font la comptabilité # Dans certains cas, lorsque la proportion communautaire des coûts est de 10 %, les membres communautaires contribuent plus qu'il n'est nécessaire pour les microprojets locaux—20 % au lieu de 10 %
Liens avec d'autres intervenants municipaux	# Les ONG n'ont pas de rôle défini # Le personnel municipal et les représentants officiels de haut niveau ont peu de contact et ne comprennent guère les communautés périurbaines	# Les ONG remplissent un rôle spécifique # Les représentants officiels et les responsables municipaux sont conscients des problèmes périurbains et s'intéressent aux améliorations de la santé environnementale communautaire.

Adapté du rapport de l'Equipe EME de Sousse par Rached Garouia, Mohamed Gmira, Lotfi Harzallah et Mounir Mrag : Equipe municipale élargie groupe Ksibet-Echott I & II Sousse, Projet GESCOME, Rapport d'activités. 1996.

Enfin, les rôles et les responsabilités des municipalités, des ONG et des communautés ont été clarifiés et leurs liens mutuels renforcés. Avant GESCOME, le rôle des ONG se limitait aux activités charitables. A présent, les ONG ont un rôle plus clairement défini : elles aident les communautés à gérer et à mettre en œuvre des projets avec une supervision technique fournie par les municipalités. A présent, les municipalités voient qu'elles sont plus que de simples fournisseurs de services. Avant GESCOME, si les municipalités n'étaient pas à même de fournir les services nécessaires, elles pensaient qu'elles n'avaient pas de rôle et mettaient tout simplement fin à leurs relations avec les quartiers périurbains. A présent, le personnel municipal a forgé des relations avec

les communautés périurbaines et maintient un dialogue continu avec elles sur la manière de s'attaquer à leurs problèmes de santé environnementale.

Suite au processus GESCOME, des changements comportementaux liés aux conditions de santé environnementale ont eu lieu dans les communautés et dans les institutions. A présent, les représentants officiels de la municipalité disposent des outils nécessaires pour promouvoir un changement supplémentaire et suivre les progrès faits.

Un article du plus grand quotidien tunisien, *La Presse*, (13 juin 1996), donné à la page XX, décrit la réponse enthousiaste qu'a rencontré GESCOME comme outil de gestion municipale.

L'approche participative : un outil de développement

On le sait, les municipalités tunisiennes ne roulent pas toutes sur l'or. Bien des projets, concernant l'amélioration du cadre de vie des citoyens, ne peuvent, faute de moyens, voir le jour. Du coup, le risque est grand que la grogne s'installe entre les citoyens et leurs élus locaux. Il s'agit donc de restaurer la confiance, à partir d'une

approche participative de la gestion municipale, dans laquelle sont impliqués tous les acteurs de la vie municipale : élus locaux, aussi citoyens, associations et ONG. Telle est la philosophie du projet Gescome-Tunisie, qui a radicalement changé les méthodes de travail de deux municipalités pilotes en Tunisie : Sousse et Kasserine.

La foi déplace les montagnes. Ce credo semble s'appliquer également au projet Gescome Tunisie, initié par l'USAID (Agence américaine de développement international) en collaboration avec le ministère de l'Intérieur.

De quoi s'agit-il exactement ? Le constat de départ est simple : la gestion communale est handicapée par la fracture entre citoyens et élus locaux. Et il serait faux de croire que cela ne concerne que la Tunisie : il s'agit en fait d'une constante que l'on retrouve dans toutes les sociétés, y compris dans les pays développés. Pour les initiateurs du projet Gescome-Tunisie, il importe avant tout de réduire autant que possible cette fracture. Et il n'y a pas mille façons : impliquer le citoyen dans la gestion de sa commune.

Le projet, dans les villes de Sousse et Kasserine, a démarré il y a un an et demi. Il a directement impliqué des représentants des deux municipalités, les ONG locales, les comités de quartier... En un mot, tous les intervenants potentiels dans la gestion communale ont suivi des séances de formation communes afin d'arriver à dresser des plans de participation, élaborés en fonction des besoins exprimés par les collectivités locales et non plus conçus de manière verticale par les élus locaux.

Des projets concrets

Bien entendu, cette nouvelle façon d'appréhender la gestion communale n'a de sérieuses chances d'aboutir que si le président de la municipalité est motivé. Car il ne sert à rien d'apprendre de nouvelles techniques de gestion si les équipes n'ont pas les moyens de l'appliquer. L'implication du président de la municipalité est donc primordiale.

D'autre part, le programme Gescome-Tunisie s'est appuyé sur des projets concrets. Chaque municipalité a été dotée d'un fonds de 25.000 DT destiné à des projets de prévention de la pollution. Particularité de ce fonds : c'est l'équipe municipale élargie (élus locaux, comités de quartier ONG, etc.) qui le gère. M. Ahmed Jebari, président de la municipalité de Kasserine, nous explique ci-après comment, grâce à la participation du citoyen dans la gestion de sa commune, ces fonds ont pu être démultipliés.

Le projet Gescome est maintenant opérationnel en Tunisie. Un atelier de synthèse et d'évaluation du projet s'est déroulé du 4 au 8 juin à Tunis. Pour les parties prenantes du projet, il s'est agi dans un premier temps de dresser le bilan de l'opération. Ensuite, et c'est peut-être le plus important, les par-

ticipants se sont attelés à la création d'un guide destiné à aider les municipalités désireuses d'initier une gestion fondée sur l'approche participative. Après l'opération pilote financée et encadrée par l'USAID, les deux municipalités de Sousse et de Kasserine doivent continuer à pratiquer leur nouvelle méthode de gestion seules : le projet est désormais mature.

Une délégation de hauts responsables égyptiens est d'ailleurs venue visiter le projet Gescome à Kasserine et à Sousse et participer à l'atelier de synthèse pour voir comment le projet pourrait être appliqué en Egypte.

C'est qu'il s'agit d'une approche nou-

velle qui en est encore à ses balbutiements, y compris dans les pays développés. C'est peut-être le Canada qui a le plus développé l'approche participative, surtout en matière d'environnement.

En tout état de cause, le projet Gescome ne peut s'étendre à d'autres municipalités en Tunisie que s'il est appuyé d'une manière officielle. Car, à sa manière, il est innovateur par son audace: non seulement il implique un changement de mentalité radical, mais il ouvre la voie à une gestion transparente des affaires municipales.

Chawki CHAHED

Rencontre avec le maire de Kasserine

«Une nouvelle approche de la gestion communale»

■ *Comment votre ville a-t-elle été choisie pour participer au projet Gescome ?*

□ Ecoutez, je ne vous cache pas que Kasserine a été sélectionnée par le ministère de l'Intérieur pour deux raisons principales. Elle a d'abord beaucoup de problèmes à régler. Ensuite, son équipe municipale est dynamique. Vous savez, nous recherchions déjà, avant Gescome, comment obtenir une participation accrue du citoyen...

■ *Justement, pourquoi la participation du citoyen vous semble-t-elle importante ?*

□ Là, je vais vous parler d'expérience : on a beau multiplier les crédits, cela ne sert à rien si le citoyen n'est pas impliqué. Plus vous impliquez de citoyens dans la gestion de leur commune, et plus vous pouvez prendre en main la ville, par l'étendue justement du groupe impliqué. Si vous savez que vous avez la population avec vous, vous avez la certitude que même si vous n'êtes pas là, le travail sur le terrain continue...

■ *Quels sont les résultats que vous avez obtenus ?*

□ Les résultats sont intimement liés à notre méthode de travail. Nous prenons par un exemple un quartier bien délimité, nous faisons des réunions sur le terrain, et nous laissons les citoyens classer leurs problèmes, par exemple l'environnement, les latrines, les poubelles, les déchets... Surtout, nous mettons le citoyen au courant de nos réalités budgétaires. Le citoyen sait quels sont nos moyens, et nous faisons en sorte qu'il sente que le projet n'est pas celui de la municipalité, mais le sien. Par exemple, pour l'embellissement ou la suppression des déversoirs anarchiques, la municipalité a donné la matière première aux habitants et ce sont eux qui ont fourni la matière première. Si 5 000 DT n'auraient suffi à traiter qu'une vingtaine de maisons, avec l'approche participative, ces 5 000 DT peuvent servir pour 40 maisons ! Vous savez, ce qui tue une municipalité, c'est l'accumulation des rancœurs : un administré ne comprend pas toujours pourquoi la municipalité a refait la rue de son voisin et pas la sienne. En l'associant à la gestion, nous lui laissons l'espoir que son tour arrivera... Pour moi, les résultats sont si encourageants qu'il faudrait généraliser l'expérience.

Propos recueillis par C.C.

La Presse 13.06

5

LEÇONS APPRISES

Des leçons importantes et polyvalentes ont été tirées du Projet GESCOME de 18 mois en Tunisie. Les plus significatives sont récapitulées ci-après.

- # Vu que les conditions de santé environnementale dans les communautés périurbaines se sont tellement détériorées, le processus pour y remédier doit être immédiat, bien suivi et maintenu dans le temps. Les interventions doivent dégager des résultats concrets en peu de temps. Lors de GESCOME, l'on s'est rendu compte que "processus" et "produit" devaient aller ensemble au sein d'une relation symbiotique et non pas compétitive. Le processus ne saurait être sacrifié pour le produit ou vice-versa. C'était là l'aspect le plus important de GESCOME. Le résultat final était une relation empreinte de respect et de confiance mutuelle où les représentants officiels de la municipalité se sont chargés du processus consultatif et les communautés ont mis en œuvre des microprojets dont elles avaient tant besoin.
- # Les approches du renforcement municipal peuvent varier pour les communautés périurbaines qui sont composées de quartiers aisés et pauvres. Ces approches devraient miser d'une part sur la participation (dans les quartiers pauvres pour la planification et le classement prioritaire des activités) et d'autre part sur la privatisation (chaque fois que possible dans les quartiers plus aisés pour l'utilisation de sociétés de services du secteur privé). Si les quartiers plus aisés ont l'argent nécessaire pour faire appel au secteur privé, par contre les quartiers plus pauvres ne peuvent pas le faire. En facilitant la participation et l'action communautaires, les municipalités peuvent aider à fournir ces services nécessaires à ces communautés les plus pauvres.
- # Une divergence dans les concepts de la participation peut freiner l'utilisation de techniques participatives. Il est important que les intervenants du secteur public et les membres communautaires aient une compréhension commune de la participation. En Tunisie, participation signifie que les autorités laissent les membres communautaires choisir les projets de rénovation ou de réhabilitation en fonction d'une série de facteurs causatifs déterminés par les habitants eux-mêmes.
- # Les municipalités peuvent réaliser d'importantes économies de coût en utilisant les techniques participatives. Les techniques participatives ont permis au personnel municipal de Sousse d'économiser 20 % à 40 % sur les coûts que s'il avait fait le travail lui-même ou l'avait confié à un entrepreneur du secteur privé.
- # Toutes les techniques participatives ne réussissent pas dans les communautés. Un grand nombre de techniques participatives se destinent à des communautés agricoles rurales et conviennent moins bien dans des contextes périurbains. En Tunisie, par le biais du GESCOME, le personnel technique municipal a appris à utiliser des techniques participatives pertinentes, telles que les arbres de causalité et les cartes communautaires, qui correspondaient bien au milieu.
- # Les indicateurs comportementaux peuvent être des outils très efficaces qu'utilisent les communautés pour suivre leurs propres progrès faits pour alléger de mauvaises conditions de santé environnementale. Tant les cartes communautaires que les arbres de causalité ont dégagé des indicateurs axés sur le comportement et l'action permettant aux communautés de mesurer leurs progrès et de sentir qu'elles avaient accompli quelque chose.
- # Les gouvernements ne sont pas toujours à l'aise lorsqu'il faut reconnaître ou faire connaître l'état de santé environnementale. C'est

particulièrement vrai dans des pays comme la Tunisie où le tourisme est source d'importantes recettes économiques. Bien que l'évaluation de risques pour la santé environnementale du GESCOME ait été faite par une équipe de consultants tunisiens, les hauts responsables n'ont pas accepté les résultats et n'ont pas consenti à prendre des mesures pour s'attaquer aux problèmes. Deux leçons peuvent être tirées de cette expérience. Premièrement, ces décideurs auraient probablement mieux accepté les résultats d'un groupe de consultants de l'extérieur. Deuxièmement, bien que les résultats risquent de ne pas être parfaits du point de vue collecte de données, les décideurs-clés devraient recevoir une formation pour qu'ils puissent identifier eux-mêmes les conditions adverses de santé environnementale et sentir ainsi que les données sont les leurs. Ces deux approches peuvent être utilisées de pair.

- # Les bailleurs de fonds—surtout ceux participant aux activités de renforcement municipal ou urbain—ont souvent des idées arrêtées sur la meilleure manière de définir les rôles et responsabilités pour traiter les problèmes périurbains. Le projet CIMEP avait sa propre approche quant à la manière dont devaient être structurés ces rôles. Toutefois, la solution qui avait le plus de chances de se maintenir dans le temps pour la Tunisie consistait à fournir le cadre (par exemple, les réunions du COP) où ces questions pouvaient être identifiées et où les parties prenantes pouvaient définir les arrangements qui leur convenaient le mieux.
- # En Tunisie, l'on craignait que si les ministères centraux ne prennent en main les futures activités du GESCOME, il ne serait plus possible de maintenir l'approche souple, personne à personne. Aussi, faudra-t-il institutionnaliser le processus dans un premier temps par le truchement des entités régionales et faire intervenir par la suite les structures du gouvernement central.
- # Les consultants locaux ont joué un rôle clé, mettant en place et maintenant des relations avec divers dirigeants. Ils ont également aidé à faciliter la communication entre les diverses parties lors des réunions de décideurs. Le personnel technique du Projet EHP gérant le

GESCOME a fourni la direction nécessaire aux consultants locaux pour qu'ils puissent diriger efficacement le processus.

- # Il faudrait consacrer plus de temps et de ressources au suivi qu'aux ateliers de renforcement des compétences. Au départ, GESCOME a investi l'essentiel de ses ressources dans les ateliers. Mais, à mi-parcours, on s'est rendu compte que le volet ayant le plus d'impact pour le changement de comportement des membres de l'EME était la formation de suivi (dont il est question à la section 3.8). Les ateliers de renforcement des compétences étaient utiles pour l'orientation et la création d'équipe alors que la formation de suivi renforçait les nouvelles compétences de communication et les techniques de résolution de problèmes une fois que les membres de l'EME avaient commencé à avoir des réunions dans leurs quartiers.
- # Les structures politiques officielles ne devraient pas être ignorées par les efforts faits pour aider les gouvernements municipaux à adopter des pratiques plus participatives. L'équipe GESCOME a dû travailler avec les comités de quartier qui étaient contrôlés par le parti au pouvoir et qui auraient pu se mettre en travers du chemin de la participation. De fait, les représentants des comités de quartier ont vite réalisé les points forts de l'approche GESCOME et sont devenus de fervents défenseurs du projet. Après les réunions de quartier et autres activités locales du programme, ils n'avaient plus besoin de "courir" après les habitants pour recouvrer les sommes dues pour les travaux de rénovation des quartiers. Le processus de recouvrement est devenu plus représentatif et donc plus durable.

Les microprojets étaient d'importance capitale pour la réussite du projet. Bien qu'ils n'aient pas fait partie de la méthodologie GESCOME au départ, les microprojets faisaient partie du plan de travail de la Tunisie et sont vite devenus une partie importante du processus. Les microprojets ont été l'occasion d'utiliser la méthodologie de GESCOME pour arriver à des améliorations tangibles dans les conditions de santé environnementale.

Annexe

Ressources supplémentaires disponibles par le biais du EHP

Documents dans le pays GESCOME/Tunisie

- Bechraoui Nadia, Graeme Frelick, Habib Khanfir et Jean-Michel Lebreton. 15-19 Juillet 1996. *Atelier de formation des formateurs, rapport*. Tunis. (11 pages).
- Bechraoui Nadia, Graeme Frelick, Habib Khanfir et Jean-Michel Lebreton. 1996. *Recueil de séances types de formation en gestion communale participative*. Tunis. (44 pages).
- Bechraoui Nadia, Habib Khanfir et Jean-Michel Lebreton. 1996. *La gestion communale participative : guide de procédure*. Tunis (86 pages).
- Boukraa Ridha et Nadia Bechraoui. 1995. *Community Risk Assessment in Tunisia*. Rapport d'activités No. 8. Arlington, VA : EHP (42 pages)
- El Amoui Tahar. 1995. *Atelier I : Approche participative dans la gestion communautaire des quartiers périurbains, guide de l'animateur*. Tunis. (47 pages).
- Garouia Rached, Mounir Mrag, Lotfi Harzallah et Mohamed Gmira. 1996. *Equipe municipale élargie groupe Ksibet-Echott I & II Sousse, Projet GESCOME Rapport d'activités*. Sousse. (20 pages).
- Guesmi Fatma. 1996. *Evaluation de l'action de mobilisation pour la participation sociale en vue d'améliorer l'état de santé environnementale*. Kasserine. (37 pages).
- Training Resources Group. 1996. *Atelier de formation des formateurs, 15-19 juillet, documents pédagogiques de référence*. Tunis. (38 pages).
- Yacoob May, Nadia Bechraoui, Habib Khanfir et Jean-Michel Lebreton. 1996. *Synthèse de l'atelier bilan et stratégie de diffusion du projet*. Tunis. (21 pages)
- . 1995. *Atelier II : Techniques participatives d'analyse des problèmes de santé environnementale, guide de l'animateur*. Tunis. (82 pages).
- . 1995. *Projet gestion communautaire de l'environnement, réunion de planification en équipe, 14-16 février*. Tunis. (23 pages).
- . 1996. *Atelier III : Techniques participatives de planification à la base, guide de l'animateur*. Tunis. (42 pages).
- . 1996. *Formation des formateurs : journal de bord*. Tunis (12 pages).

Autres documents

- Bendahmane Diane. 1995. *Description of the CIMEP Methodology as Applied in Tunisia*. Arlington, VA : EHP. (5 pages).

Yacoob May. 1996. *Creating Sustainable Environmental Health Conditions by Redefining Municipal Roles and Responsibilities : Experience from Tunisia*. Arlington, VA : EHP. (9 pages).

Yacoob May. 1995. *Intersectoral Municipal Institutions : Towards an Effective Social Policy for the Peri-Urban Poor*. Arlington, VA : EHP. (10 pages).

Yacoob May. 18 octobre 1995. "Changes in CIMEP." EHP Memorandum. (8 pages).

Yacoob May. 29 mars 1996. "CIMEP-GESCOME/Tunisia Indicators." EHP Memorandum. (5 pages).

Yacoob May. 1995. *Workplan for Community Involvement in Management of Environmental Pollution in Tunisia*. Arlington, VA : EHP. (9 pages).

Yacoob May, Eugene Brantly et Linda Whiteford. 1994. *Public Participation in Urban Environmental Management*. Arlington, VA : WASH Technical Report No. 90. (69 pages).