

IRC

Centre international de l'eau et l'assainissement

Centre Collaborant de l'OMS / WHO Collaborating Centre

L'Union fait . . . la santé!

Intégrer l'éducation à l'hygiène aux programmes d'eau et d'assainissement



203.2 - 94 UN - 12342

IRC CENTRE INTERNATIONAL DE L'EAU ET L'ASSAINISSEMENT

Le IRC contribue à la génération et au transfert de connaissances et à l'échange d'informations techniques, dans le but d'améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans les pays en développement. Il s'agit, en priorité, de résoudre les problèmes courants par des méthodes innovatrices. Les groupes cibles sont ici les personnels chargés de la planification, de la mise en place, de la gestion, de l'entretien et de l'utilisation des installations d'adduction d'eau dans les zones limitrophes rurales et urbaines.

Le centre travaille en collaboration avec des partenaires dans des pays en développement, des agences des Nations Unies, des organismes bailleurs de fonds et des organisations non-gouvernementales. Son personnel multidisciplinaire conduit des programmes de recherche et de démonstration, exécute des évaluations, prodigue des conseils, forme les personnels, publie des documents et favorise l'échange d'informations générales.

Tout en combinant des aspects techniques, socio-culturels, organisationnels et économiques de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, les activités du centre englobent la participation communautaire et notamment le rôle des femmes, l'éducation pour l'hygiène, les technologies appropriées, l'exploitation et l'entretien, la gestion financière au niveau de la collectivité et le développement de l'échange d'informations techniques.

Le IRC est une organisation indépendante à but non lucratif, centre collaborant de l'OMS pour l'approvisionnement en eau collective et l'assainissement auquel le gouvernement néerlandais, le PNUD, l'UNICEF et la Banque mondiale apportent leur soutien.

Pour plus de renseignements, s'adresser au:

IRC
B.P. 93190
2509 AD La Haye
Pays-Bas

Téléphone: +31-70-33 141 33
Télécopieur: +31-70-38 140 34
Télex: 33296 irc nl
Câble: Worldwater, La Haye

L'Union fait . . . la santé!

LIBRARY, INTERNATIONAL REFERENCE
CENTRE FOR COMMUNITY WATER SUPPLY
AND SANITATION (IRC)
P.O. Box 93120, 2509 AD The Hague
Tel. (379) 814911 ext. 347/348

RC: 15N 12342

203.2-944N

Cette publication a été réalisée grâce au soutien financier du Département Recherches et Technologies du Ministère Néerlandais du Développement et de la Coopération. Toutefois, cela ne constitue une approbation des opinions et idées exprimées dans cet ouvrage. L'auteur seul porte la responsabilité du contenu de cet ouvrage.

L'UNION FAIT . . . LA SANTÉ!

Intégrer l'éducation à l'hygiène aux
programmes d'eau et d'assainissement

MARIEKE BOOT

Traduction: Annick Coulon

1994

Série des documents techniques no. 29

IRC Centre International de l'eau et de l'assainissement
La Haye, Pays-Bas

IRC. Titre original en anglais "Just Stir Gently: the way to mix hygiene education with water supply and sanitation" (1991). La Haye: IRC Centre International de l'eau et de l'assainissement, 1994, xiv + 171 p. fig., tab. - (Document techniques no 29) - Comprénant ISBN 90-6687-024-9

Résumé

Cet ouvrage présente certaines options et méthodes permettant d'intégrer l'éducation à l'hygiène dans des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Sont traités les aspects suivants: le processus du changement de comportement, la planification, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation de l'éducation à l'hygiène, les différentes approches et méthodes éducatives, l'organisation d'un programme, les ressources humaines et financières. De nombreux exemples et illustrations enrichissent le texte et permettent ainsi au lecteur de se faire une idée concrète des situations réelles dans ces domaines. Ce livre s'adresse particulièrement aux responsables des programmes d'eau et d'assainissement qui sont chargés de la mise sur pied et de la réalisation d'un volet d'éducation à l'hygiène intégré. Ce livre sera également utile aux cadres responsables de la formulation, de la planification et de la gestion de projets d'eau et d'assainissement intégrés.

Mots-clés: éducation à l'hygiène, hygiène, comportement, administration, planification, personnel de santé, coûts, évaluation, suivi

Copyright © IRC Centre international de l'eau et de l'assainissement 1994.

L'IRC est le propriétaire des droits d'auteurs du présent document, en vertu des dispositions du Protocole no 2 de la Convention Universelle pour la Protection des Droits d'Auteur et de tout autre protocole prévu par les lois d'autres pays. Toutefois, permission est en l'occurrence accordée pour la reproduction de ce document, en partie ou en totalité, à des fins éducatives, scientifiques ou liées au développement pourvu que (a) la source soit citée dans son intégralité et que (b) l'IRC en soit prévenu par écrit.

Table des Matières

Préface	ix
Remerciements	v
1. Introduction	1
1.1 L'éducation à l'hygiène est une nécessité	1
1.2 Définir l'éducation à l'hygiène	5
1.3 A propos de ce livre	8
2. Promouvoir l'hygiène	12
2.1 Profiter des nouvelles possibilités	12
2.2 Construire sur la base de la culture et des priorités locales	14
2.3 Le soutien des personnels de projet et des autorités	16
2.4 Axes d'intervention possibles	18
3. Influencer les comportements en matière de santé	24
3.1 Les caractéristiques fondamentales de l'éducation sanitaire	24
3.2 Structurer le processus de planification	24
3.3. Les pièges de l'éducation à l'hygiène	32
4. Organisation	35
4.1 Le choix de la structure organisationnelle	35
4.2 Première option: la prise en charge par le projet	38
4.3 Deuxième option: le projet se fait seconder par le personnel des services de santé	40
4.4 Troisième option: les services de santé permanents assument le volet éducatif	41
4.5 Quatrième option: une organisation mixte	44
4.6 L'implication des autres agences	45
5. La conception d'ensemble d'un programme	49
5.1 Les différentes étapes	49
5.2 Les approches	52
5.3 Travailler sur deux niveaux	55

6. L'inventaire des activités existantes	57
6.1 L'inventaire	57
6.2 Les activités du ministère de la santé	59
6.3 Les activités des autres ministères et projets	62
6.4 Les activités des institutions spécialisées	63
7. Les études préliminaires	67
7.1 Le type d'informations	67
7.2 Le type d'étude	67
7.3 Les méthodes d'investigation	69
7.4 Les impératifs de fréquence, de personnel et de temps	72
7.5 Eviter les problèmes et la sous-exploitation des résultats	74
8. Objectifs et groupes-cibles	81
8.1 Fixer les objectifs généraux, spécifiques et pratiques	81
8.2 La nécessité de définir des objectifs bien clairs	82
8.3 Déterminer les groupes-cibles	84
9. Elaboration et mise en oeuvre du plan de travail	92
9.1 La planification du plan de travail de l'éducation à l'hygiène	92
9.2 L'intégration des activités techniques et éducatives	96
10. Communication	106
10.1 La communication: caractéristiques fondamentales	106
10.2 Méthodes de communication	108
10.3 Autres facteurs d'efficacité intervenant dans la communication	114
10.4 Les supports favorisant la communication	118
11. Ressources humaines et financières	130
11.1 Le coordinateur éducation/participation	130
11.2 Les agents communautaires	131
11.3 Profil, formation et supervision du personnel	134
11.4 Le budget	140
12. Le suivi et l'évaluation	150
12.1 Objectifs et orientation	150
12.2 Recommandations pour le suivi	153
12.3 Recommandations pour l'évaluation	159

Liste des tableaux

- Tableau 1: prévention contre la transmission des maladies liées à l'eau, à l'assainissement et à l'alimentation
- Tableau 2: l'éducation à l'hygiène dans son ensemble
- Tableau 3: éventail des informations sociales et sanitaires
- Tableau 4: inventaire des outils audio-visuels couramment utilisés

Liste des figures

- Figure 1: Les différentes phases dans la planification de l'éducation sanitaire
- Figure 2: Matrice des comportements en matière de santé
- Figure 3: Trois catégories de facteurs contribuent au comportement dans le domaine de la santé
- Figure 4: Les trois niveaux d'évaluation relatifs au cadre de planification d'un programme d'éducation sanitaire
- Figure 5: Les degrés de participation communautaire au niveau des études locales
- Figure 6: Plan de travail initial et modifié après une évaluation
- Figure 7: Schéma simplifié de communication
- Figure 8: Principales spécificités des méthodes de communication interpersonnelle ou par les mass-media
- Figure 9: Budget et postes de dépenses habituels pour un programme d'éducation à l'hygiène intégré
- Figure 10: Assurer le suivi et l'évaluation de l'éducation à l'hygiène
- Figure 11: Quelques exemples d'objectifs définis en termes de comportement et d'indicateurs servant au suivi et à l'évaluation

Liste d'exemples

- Pourquoi les mères se lavent-elles les mains?
- Le cadre de planification de Green adapté à un programme de latrines en Malaisie
- Termes de références pour les comités directeurs chargés de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'éducation sanitaire
- Travailler ensemble
- Description d'une interview de groupe thématiques
- Les objectifs et groupes-cibles d'un projet au Lesotho
- Les objectifs et groupes-cibles d'un projet en Thaïlande
- Les objectifs et les groupes-cibles d'un projet au Bangladesh
- Exercice d'intégration des aspects techniques, sociaux et participatifs
- Plan de travail d'un projet au Népal
- Mise en oeuvre d'un plan de travail dans un projet au Bangladesh
- La communication dans le domaine de la santé
- Plan d'éducation à l'hygiène pour la visite d'une communauté dans le cadre d'un projet au Soudan

Plan d'éducation à l'hygiène pour une séance dans une école au Népal
Activité d'animation d'un projet en Zambie
Description de la fonction d'un coordinateur 'participation et éducation' au Pakistan
Description des fonctions du personnel 'participation et éducation' en Zambie
Aperçu général des missions pour lesquelles le personnel peut avoir besoin d'être formé
Exercice de formation pour éducateurs à l'hygiène
Fiche de suivi et de supervision, Yémen
Fiche de suivi pour la visite des villages, Soudan
Rapport mensuel de suivi pour l'assainissement au niveau villageois, Tanzanie
Comment rendre l'information provenant des activités de suivi et d'évaluation plus 'digeste' et intéressante: l'utilisation des graphiques et des tableaux

Préface

Ce livre porte sur l'éducation à l'hygiène et son processus dont l'objectif est de promouvoir des conditions et pratiques de l'hygiène qui permettent de réduire les maladies liées à l'approvisionnement en eau et l'assainissement. L'éducation à l'hygiène est un élément très important des projets d'eau et d'assainissement pour deux raisons: 1) elle permet d'une part d'optimiser les bénéfices potentiels qu'on peut escompter d'une amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement; 2) et d'autre part d'aider les utilisateurs à porter une attention suffisante à l'exploitation et à la maintenance des équipements et de les encourager à apporter leur contribution financière.

L'intégration de l'éducation à l'hygiène aux différentes activités des projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement requiert une planification et une gestion particulièrement habiles. Mais, il arrive fréquemment que le personnel qui soit chargé de cette mission n'y soit pas vraiment préparé, soit de par sa formation professionnelle, soit de par son expérience. S'ajoute à cela que l'on ignore encore dans une large mesure ce qui contribue à la réussite d'un programme d'éducation à l'hygiène.

Cet ouvrage rassemble les connaissances et les expériences dont on dispose à ce jour en matière de programmes d'éducation à l'hygiène. Il a pour but de faciliter:

- la prise de décision pour l'intégration de l'éducation à l'hygiène au cours des différentes phases d'un projet d'approvisionnement et d'assainissement;
- la négociation et la coopération au sein des agences gouvernementales, des donateurs et des institutions de la santé sur l'ensemble des thèmes liés à l'éducation à l'hygiène;
- une meilleure planification et gestion des programmes d'éducation à l'hygiène qui sont indispensables à la réussite de ces programmes.

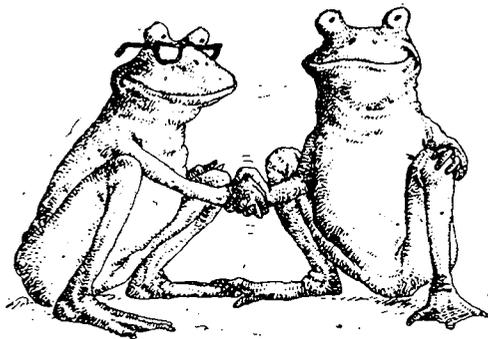
Ce livre sera particulièrement utile à tous ceux et celles qui exercent des responsabilités dans l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes d'éducation à l'hygiène intégrés à des projets d'eau et d'assainissement. Ceux et celles qui sont chargés de la formulation, de la planification et de la gestion de projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement intégrés seront également sûrement intéressés par cet ouvrage. Nous sommes partis du principe que nos lectrices et lecteurs ont de solides connaissances en matière de projets d'eau et d'assainissement, mais que l'intégration d'un volet d'éducation à l'hygiène à l'ensemble des activités du projet leur est moins familière.

Dans la mesure où il n'existe ni vérité absolue, ni voie unique en matière d'intégration, les informations et les opinions qui sont présentées dans cet ouvrage ne doivent pas être considérées comme un cadre strict à respecter, mais elles doivent plutôt faire office d'aide-mémoire. C'est à l'usage que l'on peut juger de la qualité d'un outil! Aussi, nous serions particulièrement reconnaissants à nos lecteurs et nos lectrices de nous informer de leurs expériences dans le domaine de l'éducation à l'hygiène d'une part et de l'utilisation de ce manuel d'autre part. En nous faisant part de votre expérience, non seulement vous nous permettrez de perfectionner cet ouvrage pour vos collègues et successeurs, mais vous allez aussi contribuer à nous éclairer sur ce qui détermine le succès d'un programme d'éducation à l'hygiène, et donc par la même accroître l'impact de tels programmes.

Remerciements

L'ensemble des informations rassemblées dans cet ouvrage a fait l'objet de plusieurs années de recherche; elles proviennent de nombreuses sources et pays différents. L'auteur de cette publication souhaite ici marquer sa reconnaissance à tous ceux et celles qui ont contribué à ce travail en l'enrichissant de leurs expériences et de leurs connaissances. Ce livre s'inspire d'une publication précédente de l'IRC dans la série Documents Techniques (Numéro 27) intitulée "Hygiene education in water supply and sanitation programmes: literature review with selected and annotated bibliography". Nous tenons à remercier respectivement pour leur soutien financier le Ministère Néerlandais du Développement et de la Coopération (pour la rédaction de la version anglaise) ainsi qu'UNICEF-Mali et la Coopération Suisse pour le Développement (pour la traduction et publication en français).

L'auteur remercie également pour leur précieuse contribution au document final: Mme. C. Buijn, Mme. L. Burgers, M. M. Dierx, Prof. J. Hubley, M. D. de Jong, M. L. Laugeri, M. M. Scager, Mme. M. Simpson-Hebert, Mme. V. Wathne, Mme. M. Wegelin-Schuringa, Mme. C. van Wijk Sijbesma. Nous remercions aussi M. S. Esrey pour avoir revu le tableau 1 et Mme. Y. Motarjemi qui a suggéré de précieuses améliorations au texte concernant la salubrité alimentaire. L'auteur tient aussi à marquer sa reconnaissance à Mme. L. Burgers et M. J.T. Visscher pour leur soutien tout au long de la conception et de la rédaction de ce livre. Nos remerciements les plus vifs vont également à M. B. Appleton pour la rédaction du texte anglais, à M. D. de Jong qui s'est occupé de l'édition, à Mme. N. Wildeboer pour la correction de la version originale à Mme E. Kamminga pour la correction de la version française et à Mme. L. Houuttuin pour son inestimable travail de mise en page.



Tout au long de cet ouvrage, le texte est illustré par des dessins de M. K. de Waard. Ces dessins représentent en fait des êtres humains. L'idée de départ était double: avoir un livre qui ait une valeur universelle et dont la présentation soit attrayante. Les photographies et autres illustrations dont nous disposions s'appliquaient généralement à un pays ou une culture donnés. En outre, cela permettait de gommer les stéréotypes hommes/femmes et d'éviter les clichés habituels de la femme en train de nettoyer les toilettes et de l'enfant qui se lave les mains.

Les premiers dessins avec nos amies les grenouilles ont été testés au Bangladesh, aux Etats-Unis, au Ghana, en Inde, en Malaisie, aux Pays-Bas, au Pakistan, au Pérou, aux Philippines, au Royaume-Uni, en Tanzanie, au Vietnam, au Yémen et en Zambie. Ces tests préliminaires nous rassurèrent: la plupart des pays et des associations consultés considéraient la grenouille comme un animal sympathique ou neutre. Ces dessins furent favorablement accueillis et suscitèrent la curiosité de tous quant au contenu du texte. Nous espérons que vous apprécierez ces petits compagnons tout au long de votre lecture.

Enfin Mme A. Coulon a effectué la première traduction en français à partir de la version originale anglaise. Mme H. Brikké a pu édité ce texte en une version finale.

1. Introduction

1.1 L'éducation à l'hygiène est une nécessité

L'éducation à l'hygiène est une nécessité qui découle directement des objectifs généraux des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, à savoir:

- contribuer à la prévention des maladies liées à l'eau et à l'assainissement;
- contribuer à l'amélioration des conditions de vie.

Pour atteindre ces objectifs, il ne suffit pas de construire des équipements pour améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Encore faut-il que ces nouvelles installations soient utilisées en continu par tous et de façon correcte. Cela exige qu'à la fois communautés et autorités accordent un réel intérêt à la construction, à l'utilisation et à la maintenance d'équipements fiables, accessibles et sans danger pour la santé. L'éducation à l'hygiène a pour but de servir d'outil dans ce processus, dans la mesure où on recherche à promouvoir une utilisation optimale des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement et la prise en charge de leur fonctionnement en continu grâce à une exploitation et un entretien adéquats.

Une évaluation portant sur des systèmes gravitaires d'approvisionnement en eau par canalisation a montré que la préoccupation numéro un des utilisateurs était d'obtenir de l'eau au robinet du poste à eau. alors que la maintenance préventive qui vise à préserver l'intégrité du système -et donc à éviter toute contamination- ne faisait pas encore vraiment partie de leurs préoccupations. Voici précisément un cas destiné à l'éducation à l'hygiène.

Source: Engler, M. (1989) p. 1.

Par conséquent, ce sont à la fois les aspects techniques et éducatifs qui créent les conditions propices permettant de remplir les objectifs, ce qui peut être développé comme suit:

La prévention des maladies

Les maladies liées à l'eau et à l'assainissement incluent plusieurs types de diarrhées, des infestations par les vers, des affections de la peau et de l'oeil, ainsi que des maladies transmises par les moustiques. Au total, ces maladies constituent la cause la plus fréquente de maladie et de mortalité dans les pays en voie de développement. En général, les projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement visent à réduire ces maux et contribuent ainsi à:

- améliorer la santé publique et le bien-être personnel;
- réduire les coûts des services de médecine curative;
- une augmentation de la productivité des élèves et de la population active, car ceux-ci disposent alors d'une énergie optimale et ne sont pas diminués par la maladie.

L'amélioration des conditions de vie

De l'eau et un assainissement adéquats sont des besoins humains fondamentaux. Les projets d'eau et d'assainissement cherchent à répondre à ces besoins et donc à améliorer les conditions de vie des individus. De nouveaux équipements d'approvisionnement en eau peuvent entraîner:

- un allègement du travail consistant à aller chercher de l'eau et une réduction de la charge de travail totale en particulier pour les femmes et les enfants;
- des gains en temps et en énergie qui peuvent être utilisés au profit de la famille, de l'école et d'activités productives;
- l'utilisation de surplus d'eau pour des activités économiques à petite échelle.

Les bénéfices en matière d'assainissement sont:

- la propreté de l'environnement domestique grâce à une 'bonne' évacuation (c'est-à-dire sans risque pour la santé humaine) des eaux usées, des excréments humains et animaux ainsi que des déchets solides;
- une utilisation productive des eaux usées, des ordures et excréments;
- des emplacements et équipements adaptés pour le bain et la lessive;
- un lieu privé et pratique pour se soulager;
- un statut social rehaussé et un plus grand respect de soi grâce à l'amélioration du cadre de vie.

De bonnes conditions de vie sont souvent considérées comme une condition préalable pour enrayer les migrations et attirer/retenir une main d'oeuvre qualifiée.

Associer les équipements techniques aux pratiques des utilisateurs

Afin d'optimiser les bénéfices potentiels de projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement, les mesures techniques et comportementales doivent aller de pair. Les bienfaits d'un approvisionnement en eau saine peuvent être anéantis, si on ne puise pas et ne traite pas cette eau de manière à éviter toute contamination intermédiaire avant sa consommation. Quant aux latrines, elles peuvent se transformer en un véritable foyer de maladies si elles ne sont pas correctement utilisées et nettoyées. Par exemple, une étude en milieu rural thaïlandais a mis en évidence que les cas de diarrhées étaient plus fréquents dans les familles où les femmes utilisaient des latrines que dans celles où les femmes déféquaient en plein air (Nongluk et Hewison, 1990).

L'éducation à l'hygiène a pour dessein d'aider à établir le lien entre des équipements améliorés et les pratiques des utilisateurs. Le tableau 1 présente un résumé des mesures de base qui contribuent à la prévention des maladies liées à un mauvais approvisionnement en eau et assainissement. Les ouvrages de Cairncross et Feachem (1983) et Benenson (1990), par exemple, fournissent davantage d'informations sur la façon dont un comportement et des pratiques hygiéniques peuvent contribuer à restreindre les risques de transmission des maladies.

Dans le tableau 1, l'hygiène personnelle réfère à l'eau (et au savon ou équivalent) utilisés pour la toilette du corps, y compris le bain ou le lavage des yeux, du visage ou des mains. L'hygiène domestique renvoie à l'utilisation de l'eau aussi bien pour le nettoyage de la maison que des autres éléments appartenant à l'environnement domestique qui sont liés à la transmission de maladies (par exemple, le sol, les ustensiles, les vêtements ou serviettes de toilette). La rubrique 'hygiène personnelle et domestique' comprend également la collecte, le transport, le stockage et la consommation d'eau potable. Dans le cas de la bilharziose, ce segment concerne la réduction des contacts humains avec les eaux infectées et une meilleure utilisation des équipements améliorés d'approvisionnement en eau pour le bain et la lessive (Esrey et al, 1990).

Optimaliser les bénéfices en matière de santé

Au fil des années, maintes études ont cherché à mettre en lumière la relation existant entre l'eau, l'assainissement et la santé. Un inventaire récent parmi 144 de ces études par Esrey et al (1990) indique que des améliorations apportées à l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène influent d'une façon qui peut être démontrée sur la santé de tous les groupes d'âge dans la plupart des pays en voie de développement. Cet inventaire prend en compte six maladies: les diarrhées, l'ascariasis, le ver de Guinée, la bilharziose, l'ankylostome et le trachome. Un certain nombre de facteurs ont pu être identifiés pour maximiser les bénéfices en termes de santé qu'on peut tirer d'un meilleur approvisionnement en eau et un meilleur assainissement:

- l'approvisionnement en eau doit être localisé aussi près que possible de la maison afin d'augmenter la quantité d'eau disponible pour la pratique de l'hygiène;
- il est souhaitable que les programmes d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement (A.E.P.A.) mettent l'accent sur l'éducation à l'hygiène pour encourager les gens à utiliser **plus** d'eau à des fins d'hygiène personnelle et domestique;
- les installations sanitaires doivent être intégrées au cadre culturel, puisque leur utilisation affectera positivement ou négativement l'impact sur les habitants -réflétant ainsi probablement le degré d'acceptation des utilisateurs-;
- lorsqu'il s'agit d'obtenir un large impact sur la santé humaine, une 'bonne' évacuation des excréments et une utilisation adéquate de l'eau pour l'hygiène personnelle et domestique semblent avoir une plus grande importance que la

qualité de l'eau potable; 'bonne' évacuation signifie dans ce contexte sans risque pour la santé;

- l'installation d'équipements d'assainissement devrait intervenir en même temps que celle de l'approvisionnement en eau lorsque prédominent les maladies liées à la présence de fèces (diarrhée et vers);
- l'utilisation des équipements est fondamentale pendant les périodes cruciales de transmission saisonnières des maladies telles que le ver de Guinée.

Tableau 1: prévention contre la transmission des maladies liées à l'eau, à l'assainissement et à l'alimentation

Maladie	Eau potable	Evacuation des excréments sans danger pour la santé humaine	Hygiène personnelle et domestique*	Hygiène alimentaire	Drainage et évacuation des eaux usées
Maladies diarrhéiques	●●	●●●	●●●	●●●	-
Poliomyélite et hépatite A	●	●●	●●●	●●	-
Infections par les vers:					
ascaris, trichuris	●	●●●	●●●	●●	●
ankylostome	-	●●●	●	-	-
enterobius vermicularis,					
hymenolepiasis	-	●●	●●●	●	-
différents types de ténia	-	●●●	●	●●●	-
bilharziose	-	●●●	●●●	-	●
ver de Guinée	●●●	-	-	-	-
Infections de la peau	-	-	●●●	-	-
Infections des yeux	-	●	●●●	-	●
Maladies transmises par des insectes:					
malaria	-	-	-	-	●
fièvre jaune, dengue	-	-	●**	-	●●
filariasis de bancroft	-	●●●	-	-	●●●

Référence: WHO (1983), Esrey et al (1990) et Cairncross et Ouano (1991).

Importance de la transmission de la maladie: ●●● grande ●● moyenne ● faible/négligeable

* L'hygiène personnelle et domestique nécessite souvent une plus grande utilisation d'eau.

** Agents de transmission qui se développent dans les récipients de stockage d'eau.

Ce qui est frappant en observant le tableau 1 ci-dessus, c'est:

- a) que l'hygiène et une 'bonne' évacuation des excréments sont les interventions les plus décisives contre plusieurs maladies et;
- b) que ces deux types d'interventions affectent une large gamme de facteurs de

maladies. En conséquence, l'hygiène -y compris l'utilisation d'une plus grande quantité d'eau- et une 'bonne' évacuation des excréments sont des mesures cruciales pour optimiser les bénéfices en matière de santé humaine.

1.2 Définir l'éducation à l'hygiène

Définition

Dans le cadre de ce livre, nous définirons l'éducation à l'hygiène comme étant *toutes les activités ayant pour but d'encourager un comportement et des conditions qui contribuent à la prévention des maladies liées à l'eau et à l'assainissement.*

Cette définition implique que l'éducation à l'hygiène prenne en compte une gamme variée d'activités en fonction des différents groupes de population. Pour l'essentiel, l'éducation à l'hygiène intervient au niveau des communautés, encourageant hommes, femmes et enfants à s'occuper des installations et à suivre au mieux les pratiques de l'hygiène: par exemple, l'utilisation des latrines, le lavage des mains après défécation, un 'bon' stockage de l'eau de boisson (i.e. qui préserve celle-ci de toute contamination intermédiaire). Toutefois, l'éducation à l'hygiène peut également s'adresser à d'autres groupes. Par exemple, les ingénieurs et techniciens des projets peuvent avoir besoin de l'éducation à l'hygiène pour promouvoir une conception et un emplacement des latrines qui soient sans risque pour la santé humaine et facile d'utilisation et de maintenance. L'éducation à l'hygiène est nécessaire à tous les niveaux de la société et dans toutes les phases d'un projet afin de sensibiliser chacun aux aspects 'santé' de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. A la fin de ce chapitre, le tableau 2 donne une vue d'ensemble des différents domaines concernés par l'éducation à l'hygiène.

Dans cet ouvrage, on insiste sur l'éducation à l'hygiène en tant qu'élément intégré aux projets AEP. Les autres activités de l'éducation à la santé et à l'hygiène telles qu'intervenant dans les programmes de soins primaires de santé ou les campagnes nationales, sont ici volontairement limitées aux besoins et aux possibilités en matière de coopération et de coordination; ces aspects sont développés dans les chapitres 4 et 11.

En tant qu'élément intégré aux projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement, l'éducation à l'hygiène est étroitement liée à la participation communautaire laquelle signifie qu'hommes et femmes sont activement impliqués dans les principales prises de décision et activités du projet. La participation communautaire et l'éducation à l'hygiène sont tous deux d'importants outils; ils permettent d'optimiser les bénéfices potentiels des améliorations qui sont apportées à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement. Dans la pratique, les activités de participation communautaire et d'éducation à l'hygiène se recouvrent, par exemple lors des discussions sur l'emplacement d'un nouveau point d'eau, l'entretien quotidien des équipements et l'évacuation sans danger pour la santé des excréments humains. Cette relation entre la participation communautaire et l'éducation à l'hygiène est clairement développée dans le chapitre 2. Dans les

chapitres suivants, on part du principe que le personnel responsable de l'éducation à l'hygiène prend également activement part aux activités de participation communautaire.

Une nouvelle initiative pour améliorer l'hygiène dans les écoles a été mise au point dans la province du Manicaland au Zimbabwe.

Un réservoir ouvert avec un robinet est construit entre les toilettes et les classes. Tous les lundis matins, chaque enfant apporte environ cinq litres d'eau qu'il verse dans le réservoir. Pendant la semaine, les enfants sont ainsi à même de pouvoir se laver les mains après avoir utilisé la latrine. Le vendredi, l'eau restante sert à arroser le jardin de l'école. Le weekend, le réservoir est vide ce qui évite que les moustiques ne viennent s'y reproduire. Cette idée simple qui va de pair avec une intensification de l'éducation à l'hygiène pour les enfants devrait être promue à plus grande échelle de telle sorte que les moyens aussi bien que le message puissent être délivrés simultanément.

Source: Zimbabwe, Ministère de la santé (1990), p. 6.

Domaines annexes

Les projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement peuvent être insérés dans d'autres programmes tels que la transformation d'un bidonville ou d'une zone d'habitations bon marché, l'évacuation des déchets solides, le drainage des eaux de surface et la protection de l'environnement naturel. Dans de tels cas, l'éducation à l'hygiène peut également couvrir des aspects plus larges afin de maximiser les potentiels bénéfiques pour la santé des habitants.

La protection de l'environnement naturel devient également de plus en plus importante dans la mesure où il s'agit de préserver la qualité et la fiabilité des sources d'approvisionnement en eau. Les activités peuvent inclure des mesures pour: protéger les bassins versants de toute pollution humaine, agricole ou industrielle; parer à toute surexploitation de la nappe phréatique par l'agriculture qui risque de provoquer un épuisement de la nappe ou une intrusion d'eau salée dans les sources d'eau potable; combattre la déforestation et la détérioration qui en résulte pour les sources et fleuves utilisés pour l'approvisionnement en eau. Dans ce domaine, l'éducation à l'hygiène peut être particulièrement utile pour susciter une large sensibilisation à la nécessité de protéger l'environnement et encourager chacun à prendre les mesures appropriées.

Dans les projets de réhabilitation des quartiers insalubres ou projets d'habitats bon marché, l'éducation à l'hygiène destinée à l'eau et l'assainissement peut facilement être élargie à d'autres aspects concernant le logement et la santé. Cela peut inclure une bonne ventilation pour éviter les maladies respiratoires chroniques, un espace suffisant pour prévenir les maladies dues à la promiscuité, des mesures permettant de réduire les nuisances et la transmission de maladies par les mouches, moustiques et les rongeurs (Appleton, 1987).

Les programmes d'évacuation des déchets solides et de drainage en surface sont également concernés, dans la mesure où une évacuation des ordures incontrôlée et un mauvais drainage constituent de sérieuses menaces pour la santé des habitants. Les amas d'ordures fournissent nourriture, refuge et lieux de reproduction idéal pour les rats et les insectes vecteurs de maladies. De vieux appareils ou véhicules, de vieilles literies ou substances chimiques constituent des pièges mortels pour les enfants imprudents. Un mauvais drainage des eaux de surface, y compris des eaux usées, occasionne la présence de flaques ou de zones boueuses et marécageuses où prolifèrent moustiques, mouches et autres insectes (Appleton, 1987). Les maladies qui peuvent être ainsi transmises sont la malaria, la dengue, la fièvre jaune et le filariasis de Bancroft qui peut provoquer l'éléphantiasis.

Les eaux de surface risquent également d'être contaminées par des germes provoquant la diarrhée; cela risque de se produire en particulier lorsque des égouts bouchés ou des fosses septiques pleines débordent, mais aussi lorsque le bétail et les populations défèquent en plein air. Cette eau de surface contaminée va alors infecter les habitants de différentes façons. Les enfants sont exposés en premier lieu à l'infection lorsqu'ils jouent ou se baignent dans de l'eau de surface. Quelquefois, il se peut que la bilharziose soit considérée comme une maladie des zones rurales, mais dans les pays où elle sévit de façon endémique, le risque de transmission de cette maladie est également très élevé dans les banlieues mal drainées (Cairncross, 1991, p. 3). Tous ces problèmes sont au coeur même de l'éducation à l'hygiène et peuvent donc aisément être intégrés.



Le lavage des mains et une bonne évacuation des excréments sont des pratiques importantes pour la prévention des maladies liées à l'eau et à l'assainissement.

1.3 A propos de ce livre

Les chapitres suivants traitent des différents aspects de la planification et de l'organisation de l'éducation à l'hygiène. Parce que l'éducation à l'hygiène implique des activités qui ont pour but d'encourager un comportement qui permette de réduire les cas de maladies liées à l'eau et à l'assainissement, les chapitres 2 et 3 portent sur le processus du changement de comportement. Le chapitre 2 développe le point de vue pratique alors que le chapitre 3 s'attache à une approche plus théorique de la planification et de la mise en oeuvre de l'éducation à l'hygiène; de fait, ce troisième chapitre présentera un intérêt tout particulier pour les professionnels des projets qui sont responsables de la planification de l'éducation à l'hygiène.

Le chapitre 4 décrit différentes options possibles en matière d'organisation qui permettent d'intégrer un volet d'éducation à l'hygiène dans un projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Comme le choix de la meilleure forme d'intégration est souvent relégué à l'arrière-plan, il existe jusqu'à présent peu d'informations fiables à ce sujet. Par conséquent, le chapitre 4 a plus pour objectif de stimuler la réflexion du lecteur que de lui suggérer des réponses toutes faites.

Le chapitre 5 offre une vue d'ensemble des différentes phases et approches en matière d'éducation à l'hygiène. Ensuite, les chapitres suivent le déroulement d'un programme. Les chapitres 6, 7 et 8 couvrent l'identification des besoins, des objectifs et des groupes-cibles. L'accent est ici mis sur l'utilisation des sources d'information existantes et des expériences disponibles, sur la participation à la fois des femmes et des hommes appartenant aux groupes-cibles et sur la nécessité de décider clairement des objectifs de l'éducation à l'hygiène.

Le chapitre 9 poursuit sur l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan de travail pour l'éducation à l'hygiène; il faut que ce plan soit conçu en accord avec la stratégie des autres activités techniques. Il devra également constituer une sorte de guide d'orientation suffisamment solide pour servir de référence aussi bien au projet qu'à la communauté lors de la mise en oeuvre du programme d'éducation à l'hygiène. Le chapitre 11 s'intéresse aux besoins en ressources humaines et financières relatifs à ces activités.

Le chapitre 10 porte sur la communication qui est le véritable instrument que l'éducateur à l'hygiène utilise lors de la mise en oeuvre du programme. Comme pour le chapitre 3, on a accordé une grande attention aux professionnels des projets qui ont la charge d'un programme d'éducation à l'hygiène, car la communication est un thème assez spécialisé. Le douzième et dernier chapitre considère le suivi et l'évaluation d'un programme d'éducation à l'hygiène; ceux-ci devraient être appliqués à tous les échelons.

Bien que les chapitres suivent un ordre bien précis, il se peut que le lecteur souhaite avoir une lecture sélective, par exemple en commençant par le chapitre 11 car les aspects liés à la gestion des ressources humaines et financières revêtent un

intérêt particulier pour lui. Les chapitres ont été écrits de manière à ce que cela soit possible, notamment grâce à quelques regroupements et de fréquents renvois à d'autres chapitres.

Dans cet ouvrage, le lecteur notera l'introduction d'illustrations et d'exemples en fin de chapitre. Ces illustrations insérées dans le texte ont pour but de faire ressortir le sujet traité. Quant aux exemples, ils visent à montrer comment le personnel de projets opère dans la pratique.

Tableau 2: l'éducation à l'hygiène dans son ensemble

Phase	Objectifs	Groupes-cibles/personnes impliquées	Résultats escomptés
Planification	<ul style="list-style-type: none"> - orientation en matière de concepts de santé publique et de philosophie de l'éducation à l'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> - responsables du gouvernement et hommes/femmes politiques aux niveaux régional et national - ingénieurs des services administratifs (ministères) - ingénieurs des projets - directeurs/chefs de projet - spécialistes en sciences humaines qui travaillent à l'extérieur ou au sein des agences concernées 	<ul style="list-style-type: none"> - un véritable engagement du gouvernement en faveur d'un approvisionnement en eau, d'un assainissement et d'une éducation à l'hygiène tout à fait intégrés - les ingénieurs et responsables de projet prennent en compte dans leur travail les éléments 'santé' - coopération et coordination entre les agences chargées de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de la santé
Conception	<ul style="list-style-type: none"> - orientation sur la relation existant entre l'eau, l'assainissement et la santé - orientation sur la relation entre les facteurs techniques et comportementaux dans la réduction des risques pour la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - communautés (hommes, femmes, enfants; groupes socio-économiques) - personnel du service public ou des entreprises privées (écoles, centres de santé, marchés, bazars, bureaux administratifs, ateliers, usines) - personnel des projets - personnel du gouvernement aux niveaux des régions et des districts 	<ul style="list-style-type: none"> - sélection d'équipements solides, acceptables et abordables ainsi qu'un choix d'emplacement adéquat afin d'augmenter les probabilités qu'ils soient utilisés par tout le monde - prise de décision quant à la nécessité d'installations supplémentaires pour la toilette des mains, le bain et la lessive ainsi que des ressources pour une évacuation sans risque pour la santé humaine des eaux usées, des pluies orageuses et déchets solides
Mise en oeuvre	<ul style="list-style-type: none"> - formation, guidage et soutien dans le domaine de l'éducation à l'hygiène: enquêtes participatives, objectifs pratiques, plans, activités de communication, suivi, utilisation de méthodes audio-visuelles 	<ul style="list-style-type: none"> - personnel d'animation d'un projet - personnel d'animation de la santé - autres personnels d'animation (par exemple pour l'agriculture, le développement social) - professeurs - personnages-clés (officiels ou non) au sein des communautés - chefs religieux - fonctionnaires locaux 	<ul style="list-style-type: none"> - des agents communautaires et membres-clés de la communauté entreprennent certaines tâches dans le programme d'éducation à l'hygiène - fourniture d'un soutien à ces personnes dans leurs missions éducatives et promotionnelles

Phase	Objectifs	Groupes-cibles/personnes impliquées	Résultats escomptés
Construction et fonctionnement des équipements	<ul style="list-style-type: none"> - orientation et formation aux aspects techniques influençant les bénéfices potentiels pour la santé tirés de l'amélioration des équipements - formation à l'éducation à l'hygiène relative au fonctionnement, à l'utilisation et à la maintenance des équipements améliorés 	<ul style="list-style-type: none"> - techniciens - contremaîtres - maçons - plombiers - responsables d'entretien - ouvriers de maintenance - comités d'eau et d'assainissement 	<ul style="list-style-type: none"> - sensibilisation à l'idée que la qualité de la construction est une condition préalable indispensable à un fonctionnement sans danger et continu des installations - le personnel technique profite également de son séjour au sein de la communauté pour des activités d'éducation à l'hygiène - un fonctionnement et une maintenance adéquats des équipements améliorés
Utilisation des équipements	<ul style="list-style-type: none"> - éducation à l'hygiène sur la collecte, le stockage et la consommation de l'eau; hygiène personnelle et domestique; 'bonne' manipulation de la nourriture - c'est-à-dire sans risque pour la santé humaine - ; 'bonne' évacuation des eaux usées, excréments et déchets solides; utilisation productive de l'eau et des déchets; contrôle/réduction des endroits favorables à la prolifération des mouches et moustiques 	<ul style="list-style-type: none"> - communautés (hommes, femmes et enfants, ménages, groupes socio-économiques et associations volontaires) - utilisateurs des équipements des services publics ou privés 	<ul style="list-style-type: none"> - utilisation sans risque et exclusive des équipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement améliorés - utilisation de quantités suffisantes d'eau pour l'hygiène alimentaire, personnelle et domestique - prévention de nouveaux risques pour la santé humaine - si possible et faisable, utilisation productive de l'eau et des déchets
Exploitation et maintenance des équipements	<ul style="list-style-type: none"> - formation et éducation sur les aspects liés à la santé dans le domaine de l'exploitation et de la maintenance des équipements 	<ul style="list-style-type: none"> - communautés - utilisateurs des équipements des services publics ou privés - comités d'eau et d'assainissement - responsables d'entretien - ouvriers de maintenance 	<ul style="list-style-type: none"> - volonté de prendre soin les équipements et de payer pour leur maintenance - système de maintenance viable en place - fonctionnement adéquat et continu des équipements

2. *Promouvoir l'hygiène*

L'éducation à l'hygiène cherche à promouvoir un comportement qui soit hygiénique; celui-ci concerne les habitudes quotidiennes telles que le puisage, le stockage et l'utilisation de l'eau, les besoins naturels, le lavage des mains et l'évacuation des ordures ménagères. Ces habitudes sont généralement considérées comme allant de soi et ne peuvent, en conséquence, être facilement modifiées. Qu'est-ce qui fait que les gens vont modifier leur routine quotidienne afin de réduire les risques de maladies liées à l'eau et à l'assainissement? Dans ce chapitre, nous allons traiter ce thème d'un point de vue pratique puis dans le chapitre suivant dans une perspective plus théorique.

2.1 Profiter des nouvelles possibilités

Lever les obstacles existants

Le comportement des individus en matière d'hygiène est largement conditionné par les ressources, les équipements, les services, les moyens financiers, les matériaux et les connaissances dont ils disposent. Il est facile de dire à des personnes d'utiliser davantage d'eau pour leur hygiène personnelle, mais si l'eau est chère ou si l'approvisionnement est insuffisant, il leur sera bien difficile de suivre ce conseil. De même, il est facile de dire aux gens d'utiliser une latrine, mais si les connaissances, matériaux ou moyens financiers leur font défaut, il risque de leur être impossible d'en construire une. Par conséquent, l'une des premières exigences consiste à lever les obstacles qui entravent l'adoption d'une meilleure hygiène. Un projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement peut offrir à de larges tranches de population des possibilités qui auparavant se situaient au dessus de leurs moyens.

Assurer l'utilisation effective des équipements améliorés

Des améliorations en termes de santé peuvent seulement intervenir si les nouveaux équipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement sont réellement utilisés. Leur utilisation est fort probable si les nouvelles installations sont perçues comme un progrès par rapport aux anciennes. En ce qui concerne l'approvisionnement en eau, cela implique que les nouveaux équipements aient été bien construits et fonctionnent correctement, qu'ils soient accessibles à pied à une distance raisonnable, qu'ils soient d'une exploitation aisée, qu'ils fournissent une alimentation en eau sûre et continue, que le goût et la couleur de l'eau soient acceptables et que son prix soit abordable. Quant aux latrines, cela signifie que leur construction soit bien faite et que leur fonctionnement soit satisfaisant; qu'il ne s'en dégage pas d'odeurs nauséabondes; qu'elles ne sont ni trop, ni trop peu

éclairées; qu'elles fournissent l'intimité requise; enfin, qu'elles soient d'un entretien facile et la vidange ou son remplacement soit aisé lorsque la fosse est pleine.

Au vu de cette liste, il devrait être clair que, bien que les bénéfices en terme de santé soient souvent considérables, ils ne constituent pas une raison suffisante pour que les personnes concernées modifient de facto leur comportement. Les nouveaux équipements doivent plaire aux gens, sinon il est improbable qu'ils soient utilisés comme espéré.

Afin de parvenir à l'acceptation et à l'utilisation des équipements améliorés, il faut que les futurs utilisateurs et utilisatrices soient impliqués dans le processus de sélection des solutions techniques. Ceci est tout particulièrement vrai lorsque des compromis doivent être consentis entre ce que les personnes souhaitent et ce qui est faisable. Par exemple, des femmes n'utilisaient pas une nouvelle pompe à main installée au milieu du village et préféraient marcher un peu plus jusqu'à la mare où elles s'approvisionnaient auparavant parce ce qu'elles pouvaient y remplir leur récipient en un seul mouvement alors que la nouvelle pompe exigeait beaucoup plus d'efforts pour remplir un seau. Les gens du village doivent avoir conscience des implications des différentes installations, afin qu'ils puissent faire de meilleurs choix et qu'ils apportent leur soutien aux changements nécessaires lorsque la nouvelle installation sera en service.

Profiter de l'installation de nouveaux équipements pour introduire les nouvelles pratiques d'hygiène

Le passage à l'utilisation de nouveaux équipements implique déjà un changement des habitudes quotidiennes. Lors des discussions préliminaires sur ce sujet, de nombreuses occasions se présenteront et permettront de discuter et d'introduire les comportements souhaitables en matière d'hygiène. Par exemple, un meilleur approvisionnement en eau potable nécessite de promouvoir des méthodes de puisage, de transport et de stockage qui préservent cette eau de toute contamination intermédiaire avant consommation (boisson). L'introduction de latrines fournit de nombreuses occasions d'aborder l'évacuation des excréments des bébés et des jeunes enfants. L'hygiène personnelle est plus aisée à promouvoir lorsqu'elle est liée à la construction de douches et d'un lavoir. En conséquence, l'apport de nouveaux équipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement au sein des communautés fournit également une impulsion importante à la modification des comportements en matière d'hygiène.

Nouvelles pratiques et bénéfices concrets

On peut réduire les risques pour la santé humaine en promouvant non seulement un nouveau comportement mais aussi les bénéfices concrets qu'on peut en tirer. Par exemple, un projet d'approvisionnement en eau s'est avéré très fructueux en solutionnant le problème des eaux usées qui stagnaient autour des habitations; dans

le cadre du projet, on encouragea l'utilisation de ces eaux usées pour l'irrigation d'arbres servant de bois de chauffage. Dans un programme de latrines, on utilisa le statut que procure la possession d'une latrine et la protection qu'elle fournit contre les intempéries pour inciter les individus à utiliser les nouvelles installations.

La motivation intervenant dans la construction et l'utilisation des latrines peut être renforcée en offrant des éléments de stimulation ou récompenses. Dans un projet situé en Thaïlande, on recommande quatre sortes d'incitation:

- » *économique*: "vous dépenserez moins en soins médicaux et perdrez moins de temps de travail."
- » *la mode*: "c'est moderne, privé et vraiment pratique de posséder et d'utiliser sa propre latrine."
- » *religieuse (bouddhiste)*: "Grand sera le mérite de celui qui contribuera à la propreté de l'environnement du village et qui enseignera à ses enfants les pratiques de l'hygiène."
- » *la santé*: "il y aura moins de cas de diarrhées et d'infections parasitaires. Vos enfants grandiront en bonne santé et souffriront moins."

Source: Simpson-Hebert, M. (1987) p.16.

2.2 Construire sur la base de la culture et des priorités locales

Valeurs culturelles

Le comportement des populations n'est pas seulement influencé par les ressources disponibles, mais aussi par leur façon de penser et leurs perceptions. Si l'éducation à l'hygiène ne prend pas en compte la culture locale, il ne faut pas s'attendre à ce qu'elle soit efficace au niveau de la modification des comportements et des usages. Par exemple, des diarrhées fréquentes peuvent être considérées comme normales plutôt que comme une maladie. Pour promouvoir une bonne hygiène, il est essentiel de commencer par comprendre ce que signifie la maladie pour les villageois, quelles sont les maladies qu'ils reconnaissent comme telles, quelles sont leurs conceptions en termes d'origine et de prévention des maladies. Plus l'éducation à l'hygiène repose sur les valeurs culturelles locales, plus il y a de chance qu'elle suscite l'intérêt des gens et qu'elle soit efficace. Comme le dirait tout bon homme d'affaires, il faut parler le langage de vos clients si vous voulez vendre vos produits.

Les valeurs culturelles et croyances déterminent également largement ce que les populations considèrent comme le "bon" comportement ou des pratiques adaptées. Si tout ceci n'est pas pris en compte, le programme échouera. Par exemple, au cours d'un programme d'évacuation des déchets solides, la brouette fut introduite pour transporter les ordures ménagères sur la décharge. Toutefois, comme les femmes étaient chargées de cette tâche, il était considéré comme très embarrassant

pour une femme de devoir pousser une brouette car on pouvait alors apercevoir sa poitrine et ses jambes: il a fallu rectifier le projet. A la fin de ce chapitre, nous donnons un exemple portant sur les croyances et les pratiques en rapport avec le lavage des mains.

Les modèles culturels ne sont, pour ainsi dire, jamais homogènes à l'intérieur des frontières même d'un pays. Des valeurs culturelles spécifiques peuvent même différer d'un village à l'autre et entre des groupes sociaux, ethniques et économiques identiques. Il est toujours important d'étudier les valeurs culturelles, même lorsque l'éducation à l'hygiène est mise en oeuvre par un autochtone.

Pourquoi les femmes aiment-elles faire la lessive dans la rivière?

- *"Je préfère faire la lessive au bord de la rivière parce que c'est moins fatigant. Si je la fais à la maison, je dois faire au moins quatre fois l'aller et le retour pour porter l'eau propre et sale, parce que je n'ai pas d'eau à la maison."*
- *"Grâce à Dieu, nous avons un robinet à la maison. Néanmoins, je préfère aller à la rivière pour ne pas salir la maison et parce que notre fosse sceptique est petite. Alors, je ne veux pas qu'elle déborde à intervalles réguliers."*
- *"L'eau de la rivière lave cent fois mieux que l'eau du robinet: elle n'est jamais coupée et elle est plus abondante. Le savon mousse mieux et le rinçage est beaucoup plus facile en raison de la quantité d'eau suffisante."*

Source: El-Katsha et al (1989) p. 54.

Rechercher le soutien des personnes respectées

On peut donner un grand élan au changement de comportement en recherchant -et en obtenant- l'accord des personnes les plus respectées au sein de la communauté. Si celles-ci acceptent de montrer l'exemple et de promouvoir un certain comportement, il est probable que la majorité des personnes suivront. Les leaders officiels tels que les chefs religieux et les élus, mais aussi les personnes réputées dignes de confiance et qui sont consultées pour différentes affaires, ou encore ceux qui vivent d'une façon enviée des autres constituent autant d'acteurs qui peuvent jouer ce rôle d'exemplarité. Quelles sont les personnes susceptibles de suivre l'exemple de quels personnages-clés doit être examiné au cas par cas (voir chapitre 6). Ce ne sont pratiquement jamais les mêmes au sein des divers groupes communautaires, chez les femmes ou les hommes.

A l'inverse, si le comportement en matière d'hygiène est promu par des gens qui n'ont ni statut ni influence, il est improbable que le nouveau comportement soit imité par de nombreuses personnes.

Incitation et règlements

Pour favoriser la modification des comportements, on peut faire appel à une véritable batterie d'encouragements ou d'éléments incitatifs. A titre d'exemple, on

peut citer les prix accordés au village le plus propre, au village avec la meilleure protection pour ses sources d'eau ou à la famille qui a la latrine la mieux construite du village. Le statut et le prestige peuvent agir en tant qu'élément d'incitation en faveur de l'adoption des nouveaux équipements et habitudes. Toutefois, l'expérience montre que ces considérations concernant le statut et le prestige opèrent davantage quand il s'agit d'obtenir la construction d'équipements (par exemple de latrines), que lorsqu'il s'agit d'assurer leur utilisation effective.

Des règlements et accords formels ou informels peuvent aussi favoriser la modification du comportement. Par exemple, on peut décider que seuls les ménages qui font l'effort nécessaire pour assurer une bonne évacuation des eaux usées pourront disposer d'un branchement d'approvisionnement en eau. Le contrôle social peut se révéler être un mécanisme important lorsqu'il s'agit de mettre en application, de faire adopter un comportement précis. Par exemple, la propreté autour du point d'eau peut avec succès être fondée sur des principes de contrôle social.

Les nouveaux équipements et les nouvelles pratiques sont davantage susceptibles d'être adoptés dans les cas suivants:

- » *ils simplifient la vie et résolvent des problèmes existants;*
- » *ils sont d'un fonctionnement adéquat;*
- » *ils sont abordables: matériaux et pièces détachées sont facilement disponibles;*
- » *ils sont fondés sur la compréhension pratique dont disposent les utilisateurs/-trices sur la façon dont les maladies liées à l'eau et à l'assainissement se transmettent dans leur environnement;*
- » *ils sont en harmonie avec les valeurs culturelles et les comportements des utilisateurs;*
- » *ils font appel aux notions de modernité et de statut;*
- » *ils sont encouragés par des éléments d'incitation et des règlements;*
- » *ils sont promus par l'exemple de personnes de premier plan dans la communauté.*

Source: Burgers, L.; Boot, M.; Wijk, C. van (1988) p. 24.

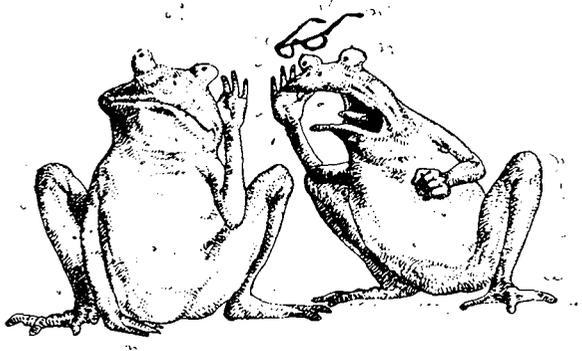
2.3 Le soutien du personnel de projet et des autorités

Promouvoir un nouveau comportement ne se borne pas simplement à dire aux gens ce qu'ils doivent faire. Après tout, pourquoi devraient-ils nous croire? Pourquoi devraient-ils se donner de la peine sans savoir dans quelle mesure tout cela va faciliter ou améliorer leurs conditions de vie? Modifier les comportements requiert une participation active à la fois des hommes et des femmes de la communauté, mais aussi les efforts combinés des personnels techniques et sociaux avec le soutien des autorités gouvernementales.

Faire évoluer les pratiques existantes par le biais de l'éducation à l'hygiène et grâce à des améliorations dans les domaines de l'eau et de l'assainissement nécessite que les personnes concernées fassent preuve de bonne volonté lorsqu'il

s'agit de remettre en cause leurs idées et leur comportements; il leur faut aussi être ouverts à de nouvelles connaissances, envisager les éventuels comportements alternatifs, surmonter les phénomènes de résistance au changement et les anciennes habitudes tenaces, et enfin adopter le nouveau comportement. Il ne faut guère s'attendre à ce que tout ceci se fasse du jour au lendemain; cela prendra nécessairement du temps.

Si le personnel du projet doit jouer un rôle de facilitateur au niveau du changement de comportement, il faut qu'il comprenne pourquoi les gens agissent de telle ou telle façon. Par exemple, avec une nouvelle installation d'approvisionnement en eau, l'éducation à l'hygiène veut promouvoir une plus grande consommation d'eau pour l'hygiène personnelle et domestique. Mais, il se peut que cela soit contraire à ce que la plupart des personnes aient appris à faire, c'est-à-dire aux pratiques en usage. Dans les zones climatiques arides notamment, les gens ont généralement été élevés avec l'idée que l'eau est une ressource précieuse et limitée; par conséquent, ils sont habitués à utiliser aussi peu d'eau que possible. Passer d'un comportement où prédominent les notions d'économie de l'eau et de survie, à un comportement orienté vers la consommation de l'eau -afin de réduire les maladies liées à l'eau et à l'assainissement- ne peut être facilité que si l'on comprend la signification qu'y attachent les personnes concernées. Le formateur doit réaliser que ceci demande une motivation et un soutien sur une longue période et que les résultats ne viendront que progressivement.



Il en faut plus que ça pour promouvoir un comportement hygiénique!

Une des conditions préalables à la réussite de l'éducation à l'hygiène est la sensibilisation des personnels de projet et des responsables gouvernementaux à l'importance de trouver des solutions adaptées pour réduire les risques de maladies provenant d'un approvisionnement en eau et d'un assainissement insuffisants. Il faut également connaître et comprendre de façon très précise quelles sont les entraves, les résistances potentielles aux changements de comportement et les facteurs qui peuvent faciliter l'adoption d'un nouveau comportement. Ceci ne peut avoir lieu sans une planification et une mise en oeuvre rigoureuses du volet éducation à l'hygiène. Au cours de ces deux phases, il faudra tenir compte de l'importance de chacun de ces éléments. L'instauration d'un programme participatif d'éducation à l'hygiène doit donc s'inscrire dans un cadre organisationnel approprié. Nous reviendrons dans les chapitres suivants sur ces questions.

2.4 Axes d'interventions possibles

Dans la mesure où il existe de nombreuses voies de transmission des maladies liées à l'eau et à l'assainissement, l'éducation à l'hygiène peut couvrir de nombreux créneaux. Burgers et al (1988) ont établi une brève liste des questions permettant d'identifier ces axes d'intervention que nous avons adaptés comme suit:

POINT D'EAU

- Tous les enfants, femmes et hommes de la communauté utilisent-ils des points d'eau potable pour la boisson, la lessive et leur toilette?
- L'eau est-elle utilisée avec efficacité (absence de gaspillage) et les eaux usées sont-elles correctement drainées?
- Les puits améliorés sont-ils utilisés avec soin et sont-ils bien entretenus?
- Existe-t-il un risque de contamination des points d'eau par la présence de latrines toutes proches, d'un drainage d'eaux usées, de bétail en liberté ou par l'agriculture?

ALLER CHERCHER L'EAU

- L'eau potable est-elle puisée au moyen de récipients propres, sans entrer en contact avec les mains?
- L'eau est-elle transportée dans un récipient couvert?

STOCKAGE DE L'EAU

- L'eau est-elle stockée dans des récipients couverts et régulièrement nettoyés?
- L'eau destinée à la boisson est-elle stockée, si possible, dans un récipient à part?

EAU POTABLE

- L'eau potable (destinée à la boisson) est-elle prélevée du récipient de stockage de telle façon que les mains, les tasses ou tout autre objet ne puissent contaminer l'eau?

CONSOMMATION DE L'EAU

- L'eau est-elle disponible, acheminée et utilisée en quantité suffisante pour l'hygiène personnelle et domestique? (selon les estimations, environ 30 à 40 litres d'eau par personne et par jour sont nécessaires à l'hygiène personnelle et domestique).

MANIPULATION DES ALIMENTS

- Se lave-t-on les mains avec du savon ou de la cendre avant de cuisiner, après avoir manipulé des aliments à risque tels que de la volaille, avant de manger et avant de nourrir les bébés?
- Fruits et légumes sont-ils lavés avec de l'eau potable? Utilise-t-on de l'eau potable pour cuisiner (notamment pour la nourriture des enfants)?
- La nourriture est-elle bien cuite (à une température minimale de 70°C), consommée immédiatement après sa préparation ou conservée à une température inférieure à 10°C ou supérieure à 60°C jusqu'au moment de sa consommation? La nourriture ainsi conservée est-elle correctement réchauffée à une température d'au moins 70°C ?
- La nourriture stockée est-elle correctement emballée, couverte et protégée de tout risque de contamination?
- La cuisine ou le lieu de préparation est-il suffisamment propre? Les déchets sont-ils assez rapidement enlevés pour éviter d'attirer les insectes et les rongeurs? Toutes les mesures sont-elles prises pour éviter la propagation de la contamination (par exemple en évitant le contact entre les denrées crues et cuites)?
- Les ustensils de cuisine et la vaisselle (en particulier la cuillère et l'assiette du bébé) sont-ils lavés avec de l'eau potable après le repas et rangés dans un endroit propre?

EVACUATION DES EXCRÉMENTS

- Tous les hommes, femmes et enfants utilisent-ils les moyens sanitaires d'évacuation des excréments à la maison, au travail et à l'école?
- Les fèces des bébés et jeunes enfants sont-ils correctement évacués?
- Les latrines familiales sont-elles utilisées par tous les membres de la famille pendant toute l'année? Sont-elles régulièrement nettoyées et entretenues?
- Les latrines sont-elles situées de telle sorte que le contenu de la fosse ne puisse s'infiltrer et contaminer la nappe phréatique?

- Une installation (même la plus élémentaire) pour se laver les mains ainsi que du savon ou de la cendre sont-ils disponibles? Se lave-t-on systématiquement les mains après défécation? Aide-t-on les jeunes enfants à faire de même?

EVACUATION DES EAUX USÉES

- Les eaux usées des ménages sont-elles évacuées ou correctement réutilisées? Des mesures ont-elles été prises pour éviter la stagnation des eaux usées qui constituent ainsi les lieux de reproduction favoris pour les moustiques et les autres vecteurs de maladies, et qui risquent également de contaminer l'eau saine?

Il est souhaitable que les soins médicaux aux nourrissons et aux jeunes enfants, bien qu'ils ne concernent pas l'éducation à l'hygiène au sens strict, retiennent systématiquement l'attention, surtout dans la mesure où les moins de cinq ans sont les plus exposés aux diarrhées et autres maladies. Par exemple, la préparation de la nourriture de substitution au lait maternel peut très bien être systématiquement intégrée à une discussion sur la bonne manipulation de la nourriture. La préparation de cette nourriture ne diffère guère vraiment de la préparation de la nourriture en général, sauf que dans ce cas précis, il faille encore apporter davantage de soin aux étapes suivantes: on se lave les mains avant de commencer la préparation et avant de nourrir le bébé; seuls des ustensiles parfaitement propres et de l'eau potable sont employés; la nourriture sera préparée juste avant d'être consommée; La nourriture des bébés ne doit pas être conservée. Si cela est inévitable, il faut alors la conserver soit supérieure à 60°C ou inférieure à 10°C. On peut également insister sur le fait que, comme pour tout autre malade d'âge différent, on doit donner au bébé en période de sevrage qui souffre de diarrhée des boissons adaptées en quantité suffisante; il doit aussi continuer pour sa guérison, à manger une nourriture suffisamment riche, si on veut éviter qu'il ne souffre d'un retard de croissance (AHRTAG, 1988, no. 32).

Au cours de leurs prises de décisions portant sur les adaptations réelles des comportements et pratiques afin de réduire les risques pour leur santé, les hommes et les femmes de la communauté peuvent avoir besoin de quelques connaissances et observations sur ce qui constituent les mesures les plus avantageuses pour eux. Par exemple, dans une communauté en Zambie, le comité d'eau avait noté la difficulté qu'avaient les gens venant de l'extérieur du village à utiliser le seau "public" plutôt que leur propre seau, ce qui contribuait à contaminer le point d'eau. Par conséquent, le comité décida que le puits devait être cadenassé à titre préventif. Toutefois, cette mesure impliquait que les femmes aillent désormais chercher la clé chez le responsable du puits avant de pouvoir puiser de l'eau. Ceci étant relativement peu pratique et long, elles ont donc eu tendance à venir chercher moins d'eau ou à revenir à leurs anciens points d'eau. La visite de l'éducatrice fut l'occasion de soulever le problème: la discussion tourna autour de l'importance de

la qualité de l'eau par rapport à sa quantité et des mesures à envisager dans cette situation précise.

Dans tous les cas où les meilleures options de comportement ne peuvent être mises en évidence, il devrait être possible à l'éducateur avec le mandat de la communauté, directement ou en passant par son chef, de consulter un spécialiste de la santé; cela lui permet alors d'obtenir les conseils d'un expert afin d'éviter toute évolution inappropriée du comportement et des pratiques en matière d'hygiène.

Exemple: Pourquoi les mères se lavent-elles les mains?

Nous devons comprendre pourquoi, quand et comment les gens se lavent habituellement les mains, avant de promouvoir une meilleure pratique du lavage des mains. Dans 10 bidonvilles qui se situent autour de Lima, capitale du Pérou, on a examiné les croyances, préjugés et usages concernant le lavage des mains.

Dans les bidonvilles, les mères, pour économiser l'eau, réemploient la même eau pour différentes tâches domestiques. Par exemple, l'eau qui a servi à laver les légumes sera ensuite utilisée pour laver la vaisselle, les vêtements et les mains. En outre, les croyances culturelles et le prestige social jouent un grand rôle quand il s'agit de déterminer comment on utilise l'eau.

Croyances et préjugés sur la saleté

Les mères perçoivent trois catégories de souillures qui peuvent les conduire à se laver les mains:

- **La souillure perceptible:** lorsque les mains ont l'air sale, lorsqu'elles sentent qu'elles sont sales ou qu'elles collent, lorsqu'elles sentent mauvais, le kérosène par exemple. Ceci représente le cas le plus classique où les mères vont se laver les mains, essentiellement parce qu'elles se sentent mal à l'aise.
- **La souillure due à la contamination:** lorsque les mains sont entrées en contact avec tout ce qui est considéré comme sale tel que l'argent, les ordures ménagères et le fèces humain. Tous ces éléments sont considérés comme des vecteurs des différentes maladies. Bien que les mères prétendent se laver les mains en ces occasions, les observations ont montré que ce n'est pas toujours le cas. De plus, les excréments des bébés ne sont pas considérés comme sales ou dangereux.
- **La souillure liée au rôle social:** lorsque les mères souhaitent améliorer leur apparence physique générale. Ce type de lavage de main est très fréquent et intervient avant de sortir ou de recevoir des invités à la maison. Il est associé aux valeurs esthétiques et sociales.

Puisque la plupart des tâches ménagères dans les pays concernés impliquent que la mère ait les mains dans l'eau, celle-ci pense que la plupart du temps ses mains sont propres et qu'il n'est donc pas nécessaire de les laver davantage avec de l'eau propre et du savon. De son point de vue, elle se lave les mains lorsqu'elle fait la cuisine, la vaisselle et la lessive. Par conséquent, tout lavage supplémentaire est vraiment superflu et réalisé avec l'eau dans laquelle les légumes, la vaisselle ou les vêtements, y compris les langes sales des bébés préalablement lavés ou rincés.

suite

Comment se laver les mains

La façon dont les mères se lavent les mains dépend de la nature de la souillure. Concernant la première catégorie énoncée ci-dessus, employer de l'eau seule ou de l'eau avec le détergent restant de l'utilisation précédente est habituellement considérée comme suffisant. Dans le cas de la souillure par contamination, on utilise de l'eau usée avec un détergent, de l'eau propre et du détergent, ou de l'eau propre avec du savon. Le lavage des mains à des fins sociales est fait avec un savon de beauté. Toutefois, l'eau que les mères utilisent dans ces cas de figure a généralement été utilisée préalablement par le mari ou les enfants. D'habitude, les mères essuient leurs mains sur leurs vêtements ou encore un essuie-main, des couches ou tout autre morceau de tissu raisonnablement propre.

L'efficacité de l'éducation à l'hygiène est accrue lorsque le comportement existant a été bien compris par les formateurs et que les activités éducatives sont conçues de telle sorte qu'elles renforcent les croyances et pratiques culturelles. Aussi, au cours de notre intervention éducative pour promouvoir le lavage des mains, nous avons insisté sur le concept de souillure par contamination en y ajoutant l'idée que les fèces des enfants devaient également faire partie de cette catégorie.

Source: Fukumoto, M. et Aguila, R. del (1989).

3. *Influencer les comportements en matière de santé*

Ce chapitre donne un bref aperçu théorique sur les façons d'influencer les comportements grâce à la planification et la mise en oeuvre de programmes d'éducation à l'hygiène. Le lecteur reconnaîtra de nombreux aspects qui ont été traités au cours du précédent chapitre, mais qui cette fois seront systématiquement structurés. Ce texte est un résumé tiré de l'ouvrage de Green et al (1980) *Health education planning : a diagnostic approach*.

3.1 **Les caractéristiques fondamentales de l'éducation sanitaire**

L'éducation à l'hygiène est une forme spécifique d'éducation sanitaire. Tandis que l'éducation à l'hygiène se limite aux problèmes de santé liés à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement, l'éducation sanitaire concerne toutes les activités qui ont pour but de promouvoir la santé et de prévenir les risques pour la santé humaine, comme par exemple, l'adoption d'un bon régime alimentaire ou la prévention du S.I.D.A.

L'éducation sanitaire se définit généralement comme: *"toute combinaison d'activités d'apprentissage destinées à faciliter les adaptations volontaires des comportements facteurs de santé"* (Green et al, 1980, p. 7). Cette définition met en évidence les deux caractéristiques fondamentales de l'éducation sanitaire:

- l'éducation sanitaire est une activité planifiée, qui doit être correctement conçue et mise en oeuvre si on veut obtenir des résultats satisfaisants;
- l'éducation sanitaire repose sur le principe d'une participation volontaire. On ne peut s'attendre à des adaptations de comportement que si les personnes concernées acceptent d'en changer; la contrainte n'est pas une solution et l'éducation sanitaire sans participation court le risque d'être rejetée par les populations qui vont la ressentir comme une manoeuvre politique, de propagande, ou d'intimidation (Green et al, 1980, p. 8-9).

3.2 **Structurer le processus de planification**

Green et al (1980) nous proposent de définir un cadre pour la planification de l'éducation sanitaire qui comprend sept phases. On commence par la fin, c'est à dire qu'on identifie d'abord l'objectif ultime qu'on souhaite atteindre: une amélioration de la qualité de la vie des populations. En clair, il faut décider du résultat auquel on veut parvenir, avant qu'une intervention adaptée, (c'est-à-dire une combinaison d'activités d'apprentissage) puisse être envisagée et mise à

l'étude. Ce cadre est résumé sous forme de schéma (figure 1). Pour visualiser correctement le processus, les différentes phases se lisent de droite à gauche. Plus la direction du programme assure la participation effective des hommes, femmes et enfants membres des groupes-cibles, meilleures sont les chances d'enregistrer un succès en matière d'éducation sanitaire. Nous reviendrons sur ce thème dans les chapitres suivants. A la fin de ce chapitre, nous donnons un exemple sur la façon dont cette structure est utilisée dans le cadre d'un programme de latrines à chasse d'eau manuelle en Malaisie.

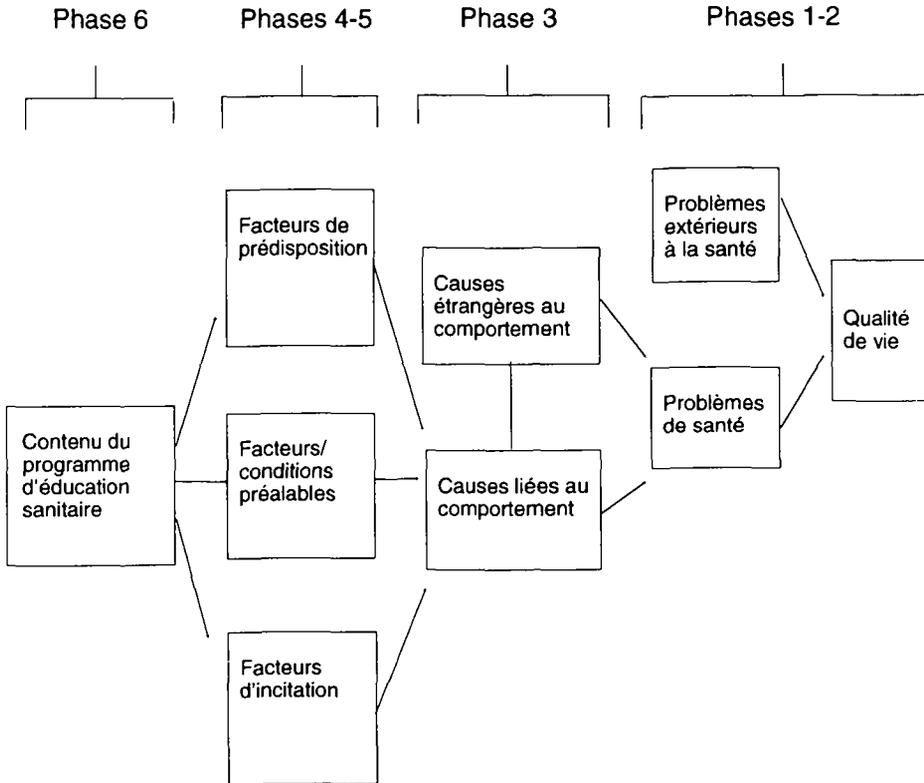


Figure 1: Les différentes phases dans la planification de l'éducation sanitaire (Green et al, 1980, p. 3). (La phase 7 d'évaluation n'est pas représentée dans la mesure où elle est considérée comme faisant partie de toutes les autres phases.)

Phases 1 et 2

En définitive, l'éducation sanitaire se soucie d'améliorer la qualité de vie des populations (phase 1). La première question est: *quels sont les problèmes généraux qui préoccupent les personnes appartenant à la population ciblée?* Ces problèmes peuvent être ou non liés à la santé; c'est ce qui fera l'objet d'une étude dans la

phase 2. En s'appuyant sur cette estimation des problèmes existants, on pourra alors décider quels problèmes de santé méritent le plus de retenir l'attention. Les objectifs des projets et programmes seront fondés sur cette estimation.

Dans le cas des projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement, le processus de cette estimation aura déjà pris place à un stade antérieur, pendant lequel il aura été décidé d'accorder une attention particulière aux maladies liées à l'eau et à l'assainissement. En conséquence, dans une certaine mesure, les phases 1 et 2 constituent pour nous seulement une sorte de rappel. En général, il ne sera pas nécessaire de refaire cette estimation, mais nous devons avoir conscience des raisons pour lesquelles ce problème de santé a été sélectionné et plus important encore, nous devons nous assurer que la population ciblée souhaite s'y attaquer, même s'il se peut que ce soit pour d'autres raisons que la santé.

Phase 3

La phase 3 implique une identification des comportements spécifiques qui semblent être liés au problème de santé sélectionné. Pour ce qui nous concerne, nous devons identifier les comportements en relation avec les maladies liées à l'eau et l'assainissement (par exemple, l'utilisation des toilettes sans nettoyage régulier de l'équipement). Dans la mesure où ce sont ces comportements qui seront au centre de l'intervention éducative, il est essentiel qu'ils soient tout particulièrement identifiés, puis classés avec soin selon leur importance et leur modifiabilité. On peut faciliter ce processus en utilisant une matrice des comportements en matière de santé (figure 2).

	Important	Pas/moins important
Modifiable	1. Haute priorité pour le programme	3. Priorité faible sauf pour démontrer un changement à des fins "politiques"
Pas/peu modifiable	2. Priorité pour programme innovatif; évaluation cruciale	4. Pas de programme

Figure 2: Matrice des comportements en matière de santé (Green et al, 1980, p. 63).

Dans le carré numéro 1, nous répertorions les comportements qui sont à la fois importants et relativement faciles à influencer. Par conséquent, ceux-ci sont hautement prioritaires et constituent une cible pour l'éducation à l'hygiène. Toutefois, il arrive quelquefois que ce carré demeure vide: il faudra alors concentrer ses efforts sur les comportements répertoriés dans le carré numéro 2. Ces derniers sont plus difficiles à modifier et il sera important de s'en souvenir afin d'éviter tout espoir irréaliste. Si ces deux premières rubriques comportent une véritable liste de comportements, il sera nécessaire de faire un choix équilibré afin d'éviter que les efforts d'éducation sanitaire ne soient trop dispersés et trop faiblement appliqués.

Il est peu probable que les comportements répertoriés dans le carré numéro 3 forment une cible pour le changement, à moins qu'il n'y ait une "raison politique" de démontrer que le changement est possible. Si un tel besoin se fait sentir, on n'accordera à ces comportements qu'une priorité temporaire. Quant aux comportements de la quatrième rubrique, ils ne requièrent aucune attention, puisqu'ils ne sont ni importants, ni facilement influençables.

A partir du moment où ont été identifiés les comportements en matière de santé qui constituent une cible, on peut alors formuler les objectifs comportementaux immédiats. Ces objectifs doivent, de préférence, être précisément fixés afin d'éviter un éparpillement des efforts éducatifs. Chaque objectif devrait répondre à la question suivante: *qui est sensé parvenir à quel comportement et à quel degré en combien de temps?* Le chapitre 8 étudie également la formulation des objectifs.

En menant à bien cette troisième phase, il faut garder à l'esprit que les problèmes de santé ont à la fois des causes liées au comportement et d'autres sans lien avec celui-ci. Bien que l'éducation sanitaire se concentre sur les causes comportementales, on ne doit pas pour autant négliger les causes étrangères au comportement. Ces causes extérieures au comportement peuvent relever de facteurs personnels (par ex. l'âge, le sexe), socio-économiques, technologiques (par ex. l'adéquation des équipements), politiques et environnementaux (par ex. le climat, le lieu d'habitation, la qualité de l'eau); ils contribuent aux problèmes de santé, mais ne sont pas contrôlables par le comportement de la population-cible. Dans les projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement qui intègrent un volet d'éducation à l'hygiène, on s'attaque en même temps aux causes comportementales et autres, ce qui accroît d'autant le potentiel des bénéfiques, comme nous l'avons déjà vu dans le chapitre 1.

Phase 4

Dans la phase 4, on fait le tri des facteurs qui influencent les comportements en matière de santé sélectionnés au cours de la phase 3. Ceux-ci fournissent les raisons pour lesquelles les individus se comportent comme ils le font. De nombreux facteurs contribuent à un comportement donné et si nous les connaissons, nous pouvons alors les aborder dans le cadre du programme d'éducation sanitaire pour stimuler des adaptations de comportement.

Par commodité, les facteurs sont répartis en 3 catégories: les facteurs de prédisposition, les facteurs/conditions préalables et les facteurs d'incitation (figure 3).

Les facteurs de prédisposition concernent les connaissances, attitudes, croyances, valeurs et perceptions d'un individu. De plus, toute une variété de facteurs démographiques appartient également à ce groupe, tel que le statut socio-économique, l'âge, le sexe et la taille de la famille. Bien que les caractéristiques démographiques dépassent l'influence directe d'un programme d'éducation à l'hygiène, il est important de s'en souvenir. Ce groupe de facteurs va motiver un individu ou un groupe à agir d'une certaine façon.

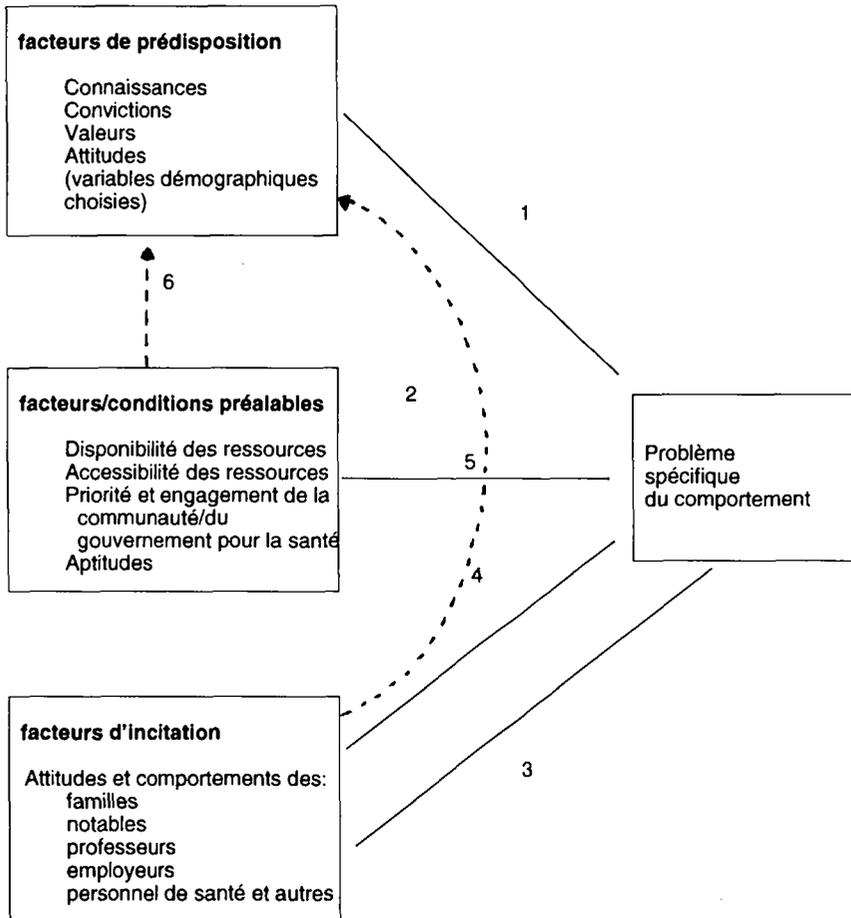


Figure 3: Trois catégories de facteurs contribuent au comportement dans le domaine de la santé (Green et al, 1980). Note: les traits pleins signifient que ces facteurs ont une influence certaine et les traits en pointillé qu'il s'agit d'effets secondaires. Les nombres indiquent l'ordre approximatif dans lequel les actions ont lieu en règle générale.

Il existe actuellement un débat en cours sur la relation entre d'une part, les connaissances et les attitudes, et d'autre part, le comportement. Certaines études ont mis en évidence qu'un accroissement des connaissances était certes un facteur important, mais insuffisant pour conduire à une modification du comportement. La relation existant entre les attitudes et le comportement est plus compliquée et pas tout à fait entièrement comprise à ce jour. Néanmoins, on peut dire sans risque qu'un changement d'attitudes peut influencer le comportement et vice-versa, qu'un changement du comportement peut influencer les attitudes.

Les facteurs/conditions préalables incluent les compétences et ressources personnelles de même que les ressources communautaires nécessaires à la performance d'un comportement en matière de santé. Ces ressources englobent, entre autres, le personnel, l'organisation de la communauté, de l'argent, du temps, des équipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement, des équipements de soins et de transport, un récipient spécial destiné au stockage de l'eau de boisson, un certain espace pour la construction d'une latrine.

Il est important d'examiner ces facteurs pour élaborer un programme d'éducation sanitaire, car il serait irréaliste de s'attendre à ce que les gens adaptent leur comportement si les ressources et les compétences leur font défaut.

Les facteurs incitatifs sont relatifs à l'approbation ou à la désapprobation d'un certain comportement par les personnes auxquelles on s'identifie. Par exemple, si le ou la meilleur(e) ami(e) de X accepte uniquement de boire de l'eau qui provient d'un puits protégé, X sera davantage susceptible d'adopter également ce comportement. Quelle personne ou quel groupe de personnes est assez influent pour encourager ou décourager un changement de comportement peut différer d'un groupe-cible à un autre. Une identification précise et l'implication de ces personnes peut grandement faciliter l'adoption d'un comportement facteur de santé.

Voici un exemple simplifié de l'interaction des trois groupes de facteurs: de nombreuses femmes au sein d'une zone urbaine étaient atteintes de bilharziose. Le comportement qui était à l'origine de leurs problèmes de santé tenait au fait qu'elles avaient l'habitude de rester les pieds dans l'eau -contaminée par la bilharziose-lorsqu'elles faisaient la lessive. Les facteurs contribuant à ce comportement comprenaient l'habitude ancienne et acceptée de tou(te)s de faire la lessive de cette façon (facteur incitatif), une connaissance limitée sur les causes de la maladie (facteur de prédisposition), et l'absence d'installation alternative pour la lessive (condition préalable). Encourager un changement du comportement en matière de lessive pour réduire le contact avec de l'eau contaminée dépend alors de la façon dont tous ces facteurs sont couverts dans le programme d'éducation sanitaire.



Gaver quelqu'un de connaissances ne suffit pas à le faire changer de comportement.

Phase 5

Lorsque de nombreux facteurs ont été identifiés comme influençant un comportement, et c'est généralement le cas, il faut décider à quels facteurs on va faire face en premier lieu et auxquels on pourra faire face simultanément. Dans certains cas, les facteurs de prédisposition passent en premier car les gens refuseront d'adopter un ensemble de comportements pour réduire les risques pour leur santé, s'ils ne sont pas conscients que ces risques existent. Dans d'autres cas, les facteurs/conditions préalables viendront en première ligne: les personnes ne pourront adopter un ensemble de comportements limitant les risques pour leur santé s'ils ne disposent pas des ressources nécessaires pour le faire. On peut baser les facteurs spécifiques qui devront être sélectionnés dans les trois catégories sur les mêmes critères que ceux utilisés pour le choix des comportements initiaux: leur importance et leur modifiabilité (voir phase 3).

Phase 6

Une fois que les facteurs spécifiques pour l'intervention ont été déterminés, nous sommes prêts à élaborer une stratégie d'éducation sanitaire. Celle-ci consiste en un plan d'action qui inclut une combinaison de méthodes et de matériels pédagogique qui peuvent être utilisés pour agir sur les facteurs de prédisposition, d'incitation et les conditions préalables qui affectent les comportements soit directement, soit indirectement.

Il existe une grande variété de méthodes et de matériaux éducatifs, y compris les cours et discussions didactiques, les discussions en petits groupes, la communication individuelle, les visites à domicile, les jeux de rôles, les simulations et les jeux, le développement des compétences, les supports audio-visuels, les émissions pédagogique télévisées, les vidéos et vidéoclips, les films, les diapositives, les démonstrations, les groupes d'écoute radiophonique, etc...

En outre, un certain nombre de méthodes organisationnelles reprennent toute cette liste de méthodes et de matériaux pédagogique. Cette liste inclut: le développement communautaire, l'action sociale, la planification sociale et le développement organisationnel. Le chapitre 10 aborde également ces différents points.

Pour que l'éducation sanitaire soit efficace, il faut choisir la meilleure combinaison possible de méthodes. Toutefois, même si cette condition est remplie, promouvoir des changements de comportement dépendra quand même des qualités de l'éducateur à l'hygiène et du processus participatif. Ce point sera à nouveau évoqué dans les chapitres 10 et 11.

En décidant d'une stratégie d'éducation sanitaire, les disponibilités budgétaires mais aussi en personnel/main d'oeuvre et en temps devront être prises en considération dans le cadre d'une répartition réaliste. Il faut considérer les aspects organisationnels, en particulier les relations de travail au sein du programme d'éducation sanitaire, entre le programme et le projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement, entre le projet et les autres organisations qui travaillent dans le secteur de l'eau, de l'assainissement et de la santé. Dans une certaine mesure, il faut se concentrer sur ces aspects dès le début du processus de planification, mais à ce stade, il faut leur accorder une attention plus particulière et plus détaillée. Les chapitres 4 et 11 abordent également ces aspects.

Phase 7

L'évaluation fait intégralement et en permanence partie du processus de planification et de mise en oeuvre; voilà pourquoi cette phase n'est pas mentionnée séparément dans la figure 1. Mais, alors que pour les phases 1 à 6, nous travaillons en partant de la droite vers la gauche, pour la phase 7, c'est l'inverse, c'est-à-dire que l'on procède en partant des activités et ressources immédiates pour parvenir aux bénéfices ultimes pour la santé et pour améliorer la qualité de la vie.

Les programmes d'éducation sanitaire peuvent être évalués en termes de processus, d'impact et de résultats (figure 4).

Un processus d'évaluation permet de voir jusqu'à quel point le programme d'éducation sanitaire a été bien planifié et bien appliqué. Les questions fondamentales sont: *Qu'est-ce qui a été réalisé par rapport aux allocations en temps, en budget et en personnel? Selon les normes professionnelles en vigueur, cela a-t-il été bien fait?*

Le second niveau consiste en une évaluation de l'impact. L'évaluation se concentre alors sur l'impact immédiat du programme d'éducation sanitaire ou des aspects en question. Elle implique une estimation des changements intervenus dans le domaine des connaissances, attitudes, croyances et en particulier du comportement qui tous résultent du programme d'éducation. Il faut répondre aux questions suivantes: *Les facteurs de prédisposition et d'incitation ainsi que les conditions préalables à la réalisation qui influencent le comportement en matière de santé*

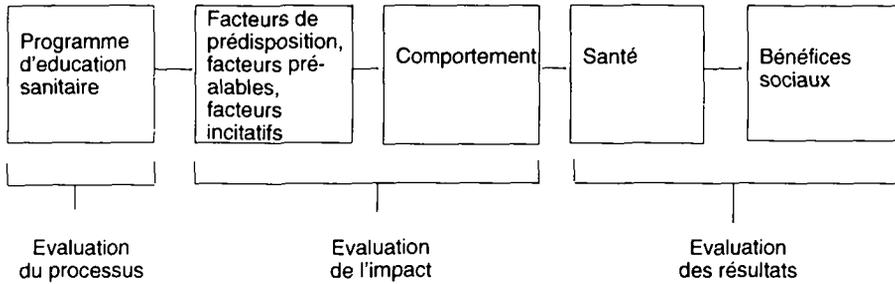


Figure 4: Les trois niveaux d'évaluation relatifs au cadre de planification d'un programme d'éducation sanitaire(cf. figure 1). A noter que Green et al utilisent le terme d'"évaluation des résultats" pour ce qu'on appelle généralement dans le secteur de l'eau et de l'assainissement "l'évaluation de l'impact" et vice-versa. Voir chapitre 12.

ont-ils changé? Les objectifs immédiats du programme ont-ils été atteints?

Remarque-t-on accroissement des comportements favorables à une meilleure santé? L'exposition au risque a-t-elle diminué?

Au niveau de l'évaluation des résultats, les bénéfices du programme d'éducation sanitaire se mesurent en termes d'accroissement du taux de survie, de réduction de la mortalité et de la morbidité. Ce type d'évaluation est une entreprise de longue haleine qui requiert de larges échantillons de population, un personnel très qualifié et un budget considérable. L'évaluation des programmes d'éducation sanitaire sera à nouveau abordée dans le chapitre 12.

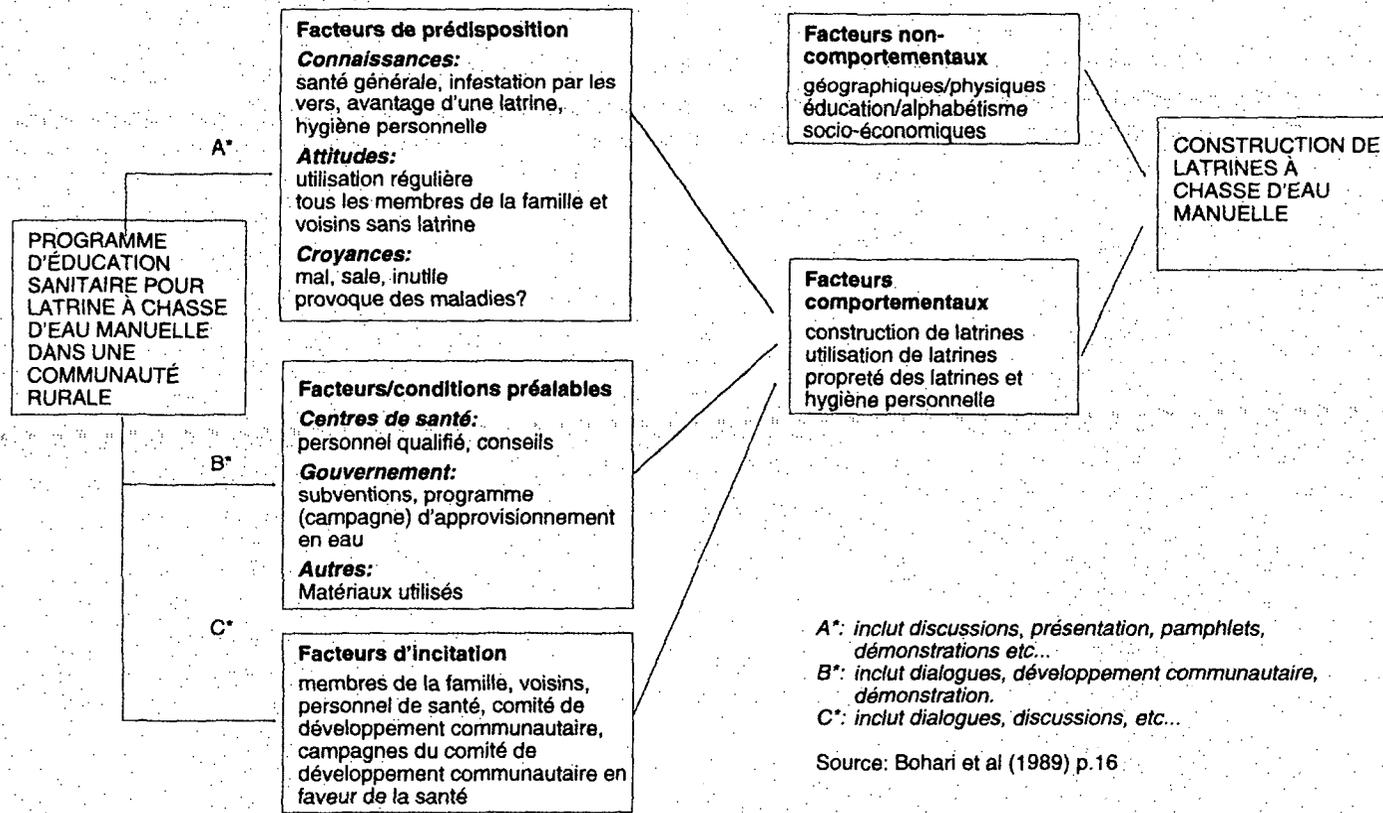
3.3. Les pièges de l'éducation à l'hygiène

Le cadre de planification d'un programme d'éducation à l'hygiène ici décrit ne devrait pas être considéré comme une formule à appliquer de façon rigide, mais plutôt comme une méthode permettant d'éviter les pièges les plus fréquents tendus aux personnes travaillant dans le secteur de l'éducation à l'hygiène. Voici un résumé de ces embûches afin que les éducateurs à l'hygiène puissent les éviter (Green et al, 1980, p. 5-6):

- **Le piège de "l'action pour l'action"**: lorsque les éducateurs à l'hygiène se "noient" dans la conception, la planification et l'émission de messages sans réellement prendre le temps de réfléchir à la finalité de ces actions. Ceci conduit invariablement à une situation de stress, où l'éducateur travaille continuellement; conséquence: il est extrêmement fatigué à la fin de la journée sans pour cela obtenir de résultats satisfaisants.
- **L'erreur de la "Bonne Parole"**: s'applique à l'idée fausse que tout ce qu'il suffit de faire pour que le programme d'éducation sanitaire réussisse, c'est de bourrer les crânes vides de populations -qui vous attendent à bras ouverts- avec une certaine quantité d'informations sur la santé.

- **Le piège de la "panacée"** de certaines méthodes pédagogiques: lorsque les éducateurs à l'hygiène vont promouvoir uniquement une ou deux méthodes, qu'ils considèrent comme la ou les meilleures, et laisser de côté les autres. Ainsi, certains éducateurs ne vont jurer que par la dynamique de groupe, tandis que d'autres seront d'après défenseurs des vidéo-clips ou de la communication individuelle. En fait, il n'existe aucune méthode d'éducation qui soit intrinsèquement bonne ou mauvaise. Chacune présente certaines possibilités et le choix de telle ou telle autre combinaison de méthodes devra être fait en fonction de la situation.
- **L'erreur quantité = qualité**: il s'agit de la conception erronée selon laquelle les résultats seraient proportionnels à l'utilisation des supports audio-visuels, au temps passé, aux contacts pris, à la couverture radio, etc...

Exemple: le cadre de planification de Green adapté à un programme de latrines en Malaisie



4. Organisation

L'intégration d'un volet d'éducation à l'hygiène dans un projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement requiert une organisation adaptée. Une personne devra prendre la responsabilité de l'élaboration et de la mise en oeuvre du programme d'éducation à l'hygiène. Il sera nécessaire de coordonner et d'harmoniser les activités respectives des personnels pédagogiques et techniques.

Quelle est la structure organisationnelle nécessaire pour satisfaire à ces exigences? Il existe plusieurs options, chacune comportant ses avantages et ses inconvénients. Dans une situation donnée, la meilleure option doit être choisie au cours des phases de formulation et de planification du projet (voir chapitre 5 et 6). Ce chapitre établit une brève comparaison des options les plus courantes.

Les options les plus fréquentes sont les suivantes:

- le projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement emploie directement du personnel afin qu'il se charge du volet d'éducation à l'hygiène;
- le ministère de la santé fournit du personnel affecté au projet pour couvrir le volet de l'éducation à l'hygiène;
- le ministère de la santé se charge du volet d'éducation à l'hygiène du projet, grâce à la structure et aux services dont il dispose dans la région;
- d'autres ministères et/ou des organisations non-gouvernementales (O.N.G.) assument le volet de l'éducation à l'hygiène par le biais de leur personnel de terrain.

4.1 Le choix de la structure organisationnelle

En arrêtant la décision sur la meilleure structure organisationnelle pour l'intégration de l'éducation à l'hygiène dans le projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement, il faudra prendre en compte plusieurs exigences.

Le personnel responsable de l'éducation à l'hygiène

L'un des premiers impératifs consiste à désigner le personnel qui sera chargé de l'élaboration et de la réalisation du volet de l'éducation à l'hygiène.

Quelquefois, on décide que le personnel technique sera chargé de toutes ces tâches. Sans nier que cela puisse être possible dans certains cas précis, cet ouvrage fait valoir qu'au moins une personne est nécessaire pour la conception et la coordination d'un programme d'éducation à l'hygiène et que cette personne doit disposer d'une formation et d'une expérience professionnelle dans les domaines de la santé et de l'éducation. Afin de bien mettre en évidence l'analogie entre l'éducation et la participation, on se référera tout au long de ce livre à cette personne comme étant le *coordinateur éducation/participation*.

Lors de la réalisation sur le terrain, il y a deux possibilités soit que le personnel technique entreprenne les activités d'éducation à l'hygiène, soit qu'on travaille avec des formateurs spécialisés en santé. Chaque option connaît des avantages et des inconvénients. Dans ce chapitre, ce sujet sera indirectement abordé, mais il recevra davantage d'attention dans le chapitre 11. Tout au long de ce livre, le terme 'éducateur à l'hygiène' s'entend comme étant la personne qui est chargée des activités d'éducation à l'hygiène, quelque soit sa formation ou ses études.

Au niveau de la direction du projet, il est évidemment avantageux que le responsable de ce projet observe une attitude favorable envers l'intégration de l'éducation à l'hygiène. Dans les projets de taille plus modeste, il n'est pas rare que le responsable soit également l'ingénieur du projet. Sinon, lorsqu'un tel projet a un large volet 'éducation à l'hygiène et participation communautaire', cela vaut la peine de considérer si on peut combiner la fonction de responsable de projet avec celle de coordinateur 'éducation/participation'. Lorsque seront abordées un peu plus loin les différentes options pour la mise en place organisationnelle d'un projet, on prendra comme exemple des projets d'une taille un peu plus importante avec un responsable de projet à plein temps; on ne reviendra plus alors sur l'alternative qui consiste à combiner des fonctions pour de plus petits projets.

Associer les activités techniques et éducatives

Afin d'intégrer au sein d'un projet l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'éducation à l'hygiène, il est essentiel que les activités techniques et éducatives soient harmonisées et adaptées les unes aux autres. Ceci est particulièrement important pendant les phases de planification et de mise en oeuvre des améliorations de l'approvisionnement en eau (surtout au début de celles-ci) (voir chapitre 5) et ne peut vraiment se matérialiser que si l'on accorde une place suffisamment importante aux considérations techniques, sociales et sanitaires. La structure organisationnelle doit être telle que les activités techniques et pédagogiques puissent être liées les unes aux autres.

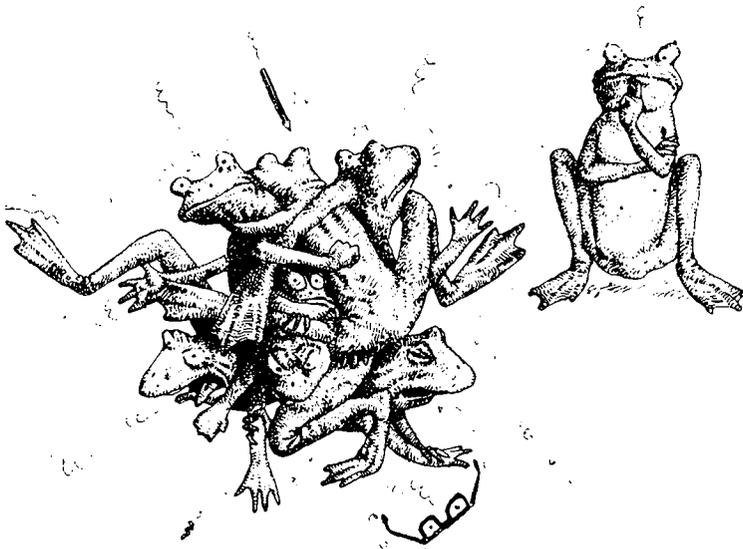
La relation entre l'éducateur ou l'éducatrice à l'hygiène et la communauté

L'éducation à l'hygiène requiert une communication et des rapports satisfaisants entre l'éducateur à l'hygiène et les différents groupes de la communauté, ce qui sera facile lorsque cet éducateur ou cette éducatrice est bien connu(e) et qu'il ou elle bénéficie du respect et de la confiance des membres de la communauté. Avoir un éducateur originaire de la région (parlant la même langue, de la même ethnie, selon les cas de la campagne ou de la ville, etc...) qui entretient de fréquents contacts avec les groupes communautaires constitue bien souvent un avantage. Cela implique que la structure organisationnelle rende possible d'une façon ou d'une autre une implication active des agents communautaires d'éducation à l'hygiène.

La continuité des activités pédagogiques

Les gens ne changent pas instantanément leurs habitudes (voir chapitre 2). Et même lorsqu'ils le font, de nombreuses raisons risquent de les pousser à revenir à leurs anciennes habitudes qui s'avèrent plus dangereuses pour leur santé. En conséquence, l'éducation à l'hygiène exige une certaine continuité afin de consolider dans le temps un nouveau comportement en matière d'hygiène. Cela signifie que l'organisation d'un programme éducatif offre la possibilité d'une éducation à l'hygiène à long terme, après que les améliorations dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement aient été achevées.

Cette exigence ou particularité d'un programme réussi d'éducation à l'hygiène a jusqu'alors été considérée comme l'un des inconvénients majeurs lorsqu'on intègre un volet d'éducation à l'hygiène dans des projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Toutefois, dans la mesure où, de plus en plus, on met l'accent sur la pérennité, l'exploitation et la maintenance à long terme des équipements améliorés, ce problème se résout plus ou moins de lui-même, car une période de retrait progressif est nécessaire une fois la construction achevée pour des raisons techniques et de gestion financière aussi bien que pour poursuivre l'éducation à l'hygiène.



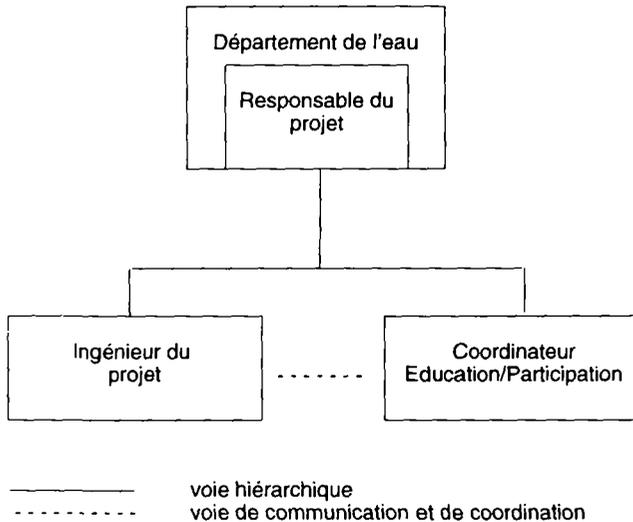
Voyons, voyons! Comment allons-nous nous organiser?

La coordination des activités pédagogique

La coordination des activités d'éducation à l'hygiène avec les autres activités d'éducation sanitaire en cours dans la zone en question est nécessaire pour assurer une utilisation économique des ressources disponibles en personnel, en argent et en moyens de transport. Cette coordination est également requise pour préserver les éducateurs et les groupes communautaires de toute confusion lorsque les différents services chargés de l'éducation à l'hygiène interviennent de manières distinctes. L'organisation du projet devrait permettre que les activités d'éducation à l'hygiène dans une région concernée puissent être soit combinées, soit accordées entre elles. Bien sûr, ceci ne dépend pas exclusivement de l'organisation du projet et de son attitude par rapport au volet d'éducation à l'hygiène, mais également de celles des autres agences.

4.2 Première option: la prise en charge par le projet

Pour le projet, l'option la plus simple afin d'intégrer l'éducation à l'hygiène est d'employer directement du personnel chargé de couvrir ce volet, ce qui donnera l'organigramme suivant (exemple 1):



Organigramme: exemple 1

Dans le cadre de cette organisation, le coordinateur est placé sous la tutelle du responsable de projet, tandis que les éducateurs à l'hygiène agissent sous la responsabilité soit du coordinateur, soit de l'ingénieur. Si le personnel technique assume également les fonctions d'éducateur, il est bien évident qu'il rend compte

de ses activités à l'ingénieur, tandis qu'il reçoit alors supervision et soutien du coordinateur. Si on engage spécialement des éducateurs à l'hygiène, il faudra alors choisir qui portera la responsabilité de leurs activités, soit le coordinateur, soit l'ingénieur du projet qui, souvent, a également la charge d'actions de coordination générale.

Avantages

Les rapports hiérarchiques sont clairs. La planification, la communication et la coordination entre les personnels technique et pédagogique peuvent être facilement organisées, car tous les membres d'un même projet sont placés sous l'autorité d'un même responsable de projet. Un second avantage provient du fait qu'il est alors plus commode d'harmoniser et d'adapter les activités techniques et pédagogiques que si une autre agence, comme par exemple le département de la santé, en est chargée.

Inconvénients

Il arrive souvent pour des raisons budgétaires que le nombre de nouveaux employés par le projet pour les activités pédagogiques à l'hygiène soit très limité (à une ou quelques personnes). Il devient alors ardu d'établir de bons rapports avec les communautés et d'offrir une certaine continuité dans les activités pédagogiques.

Un second inconvénient est le risque de créer ainsi un nouveau canal pour l'éducation à l'hygiène. Pour les communautés qui reçoivent la visite des personnels de différents services de santé abordant les mêmes questions, cela peut entraîner une certaine confusion; mais, cela peut aussi occasionner des conflits, une concurrence ou la démotivation du personnel pédagogique des autres services, surtout lorsqu'ils doivent travailler avec les mêmes personnes sur les thèmes de l'éducation à l'hygiène.

Enfin, bien que le personnel du projet destiné aux activités pédagogiques ait davantage de possibilités pour planifier et organiser les activités à sa façon, indépendamment des services permanents de la santé, il risque de souffrir d'un manque de suivi et de soutien professionnel. Un problème qui survient habituellement est que le responsable du projet, qui dans la plupart des cas a une formation d'ingénieur, accorde un soutien insuffisant à ce personnel.

Conclusion

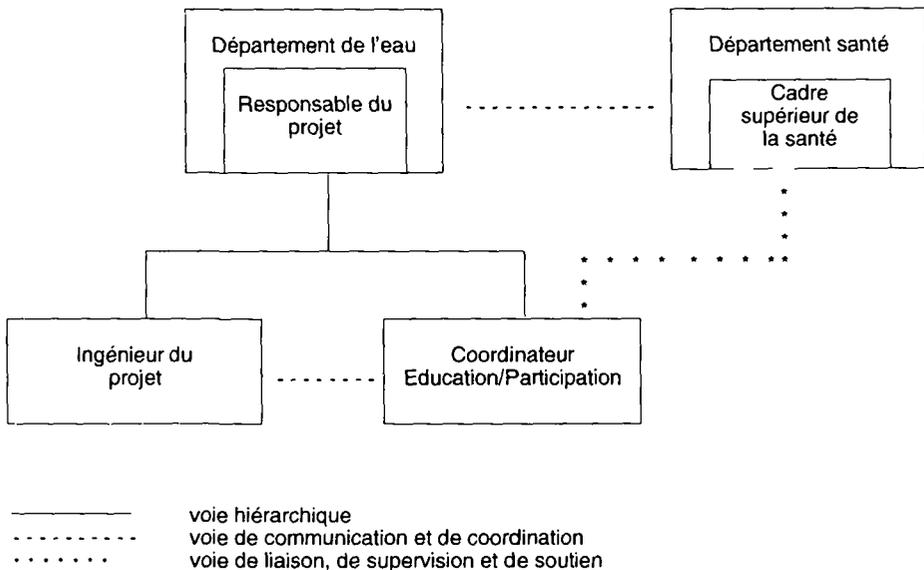
Si cette option doit correctement fonctionner, il est indispensable de disposer d'un coordinateur éducation/participation qui ait un niveau de formation suffisamment élevé; d'une part, cela lui permettra, de discuter à égalité avec le personnel de l'ingénierie et, d'autre part, il sera à même d'obtenir que le responsable de projet l'épaulé et lui fournisse un soutien adéquat.

Il sera également primordial de rechercher les possibilités et façons de travailler avec et par le biais des agents communautaires des services réguliers de santé dans

la région, car ceux-ci peuvent également assurer une certaine continuité. Là où ces services n'existent pas ou ne fonctionnent pas bien, il est souhaitable de trouver une alternative avec des volontaires qui seront formés par le projet. Ceci peut s'avérer être une solution appropriée pendant les phases de planification et de mise en oeuvre des projets, mais ne résoudra pas le problème de continuité pédagogique après l'achèvement du projet (voir également chapitre 11).

4.3 Deuxième option: le projet se fait seconder par le personnel des services de santé

Dans ce cas, le volet 'éducation à l'hygiène' est couvert par du personnel délégué au projet par le ministère de la santé (voir organigramme: exemple 2). Le coordinateur éducation et participation est alors responsable devant le responsable de projet, mais assure la liaison avec ses supérieurs et collègues du ministère de la santé. La situation des éducateurs à l'hygiène peut être similaire à celle observée pour la première option.



Organigramme: exemple 2

Avantages

Pour cette option, les avantages de la première alternative demeurent valables. S'ajoute à cela qu'il est plus probable qu'il existe un lien entre les activités pédagogiques du projet et celles organisées par les services de santé réguliers; le personnel pédagogique peut aussi éventuellement obtenir un suivi et de l'aide de la part du département de la santé.

Inconvénients

Si l'affectation en personnel se limite à une ou quelques personnes, l'organisation risque de souffrir des mêmes problèmes que ceux évoqués pour la première option, à savoir un manque d'éducateurs à l'hygiène pour les activités sur le terrain et une absence de continuité une fois que le projet touche à son terme.

En outre, le fait que le projet ne contrôle pas la procédure de sélection du personnel affecté et qu'il dépende ainsi des choix faits par le département de la santé peut constituer un handicap supplémentaire, d'autant plus que ce dernier risque de ne pas prendre suffisamment en considération les besoins du projet pour un certain type de profil. La politique de gestion du personnel (les mutations par exemple) échappe également largement au contrôle du projet.

Conclusion

Si on veut que cette option marche correctement, il est impératif que le projet établisse une communication satisfaisante avec le département de la santé, en particulier concernant l'affectation du personnel et les obligations mutuelles. La formation scolaire et la position du personnel affecté doivent être telles que celui-ci puisse travailler sur un pied d'égalité avec le personnel technique du projet tout en maintenant un bon contact avec son département. Les autres remarques faites à l'encontre de la première option demeurent valables, en particulier sur la nécessité d'explorer les possibilités et façons de travailler avec et par le biais des services de santé réguliers.

4.4 Troisième option: les services de santé permanents assume le volet pédagogique

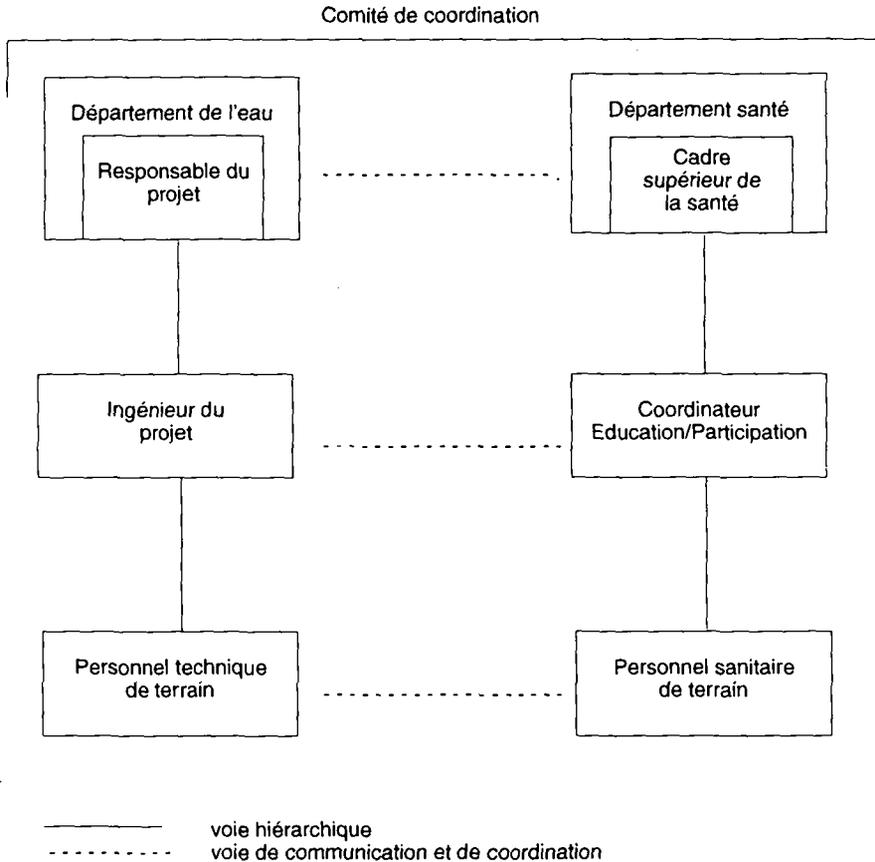
La troisième option consiste à ce que le volet 'éducation à l'hygiène' soit couvert par les agents de santé des services sanitaires permanents de la région. Cela exige une coordination considérable entre les départements respectifs de l'eau et de la santé, par exemple grâce à un bureau de coordination ou un comité de direction. La structure organisationnelle apparaît dans l'organigramme de l'exemple 3 sur la page suivante.

Avantages

L'un des avantages consiste à pouvoir utiliser l'infrastructure du système de santé qui existe déjà. En effet, le volet 'éducation à l'hygiène' vient se greffer sur cette infrastructure existante et repose sur les épaules d'un personnel de santé formé et implanté dans la région. Bien sûr, cela suppose que les services de santé existent à l'échelle de la communauté.

Intégrer l'éducation à l'hygiène à travers les services de santé existants est souvent moins coûteux dans la mesure où cette option implique des coûts en

personnel moindres. Elle peut aussi fournir davantage d'occasions d'établir des relations étroites et continues avec les populations locales, grâce à quoi l'éducation à l'hygiène s'avère souvent plus efficace. Enfin, on évite toute confusion dans l'esprit des populations, car ce seront les mêmes agents sanitaires qui habituellement rendent visite aux communautés pour le compte des autres services de santé qui mèneront à bien l'éducation à l'hygiène dans le cadre des améliorations apportées à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement.



Organigramme: exemple 3

Inconvénients

Il devient plus malaisé d'harmoniser l'organisation des activités techniques et pédagogiques; la communication entre les personnels techniques et sanitaires requiert aussi plus d'attention et peut créer davantage de frustrations. Par ailleurs, il

peut parfois exister une rivalité entre les départements de l'eau et de la santé, qui va alors faire obstacle au bon déroulement des activités. Un problème courant est que le département de l'eau dispose de plus d'influence, de moyens financiers et de résultats visibles. Le département de la santé peut alors être ou se sentir plus faible et donc désavantagé. Toutefois, l'inverse peut également être vrai. Le département de la santé pourra très bien accueillir favorablement de contribuer à des améliorations dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, dans la mesure où cela lui fournira davantage l'occasion de mener à bien ses missions habituelles en obtenant des résultats plus tangibles et souvent des ressources supplémentaires en matériel et moyens de transport.

Il se peut que les agents sanitaires sur le terrain soient confrontés à un surcroît de difficultés. Il n'est pas rare que de nombreux programmes de santé opèrent en même temps ou qu'un programme de santé en plein lancement requiert à brève échéance l'emploi à temps plein des agents sanitaires. Les campagnes d'immunisation et de contrôle familial des naissances en sont des exemples.

Travailler par l'intermédiaire de l'infrastructure de la santé existante signifie oeuvrer avec une autre bureaucratie. Il peut déjà être suffisamment difficile de travailler en passant par la bureaucratie du département de l'eau sans en ajouter une seconde. Canaliser et guider les activités constitue un défi supplémentaire pour la direction d'un projet.

Conclusion

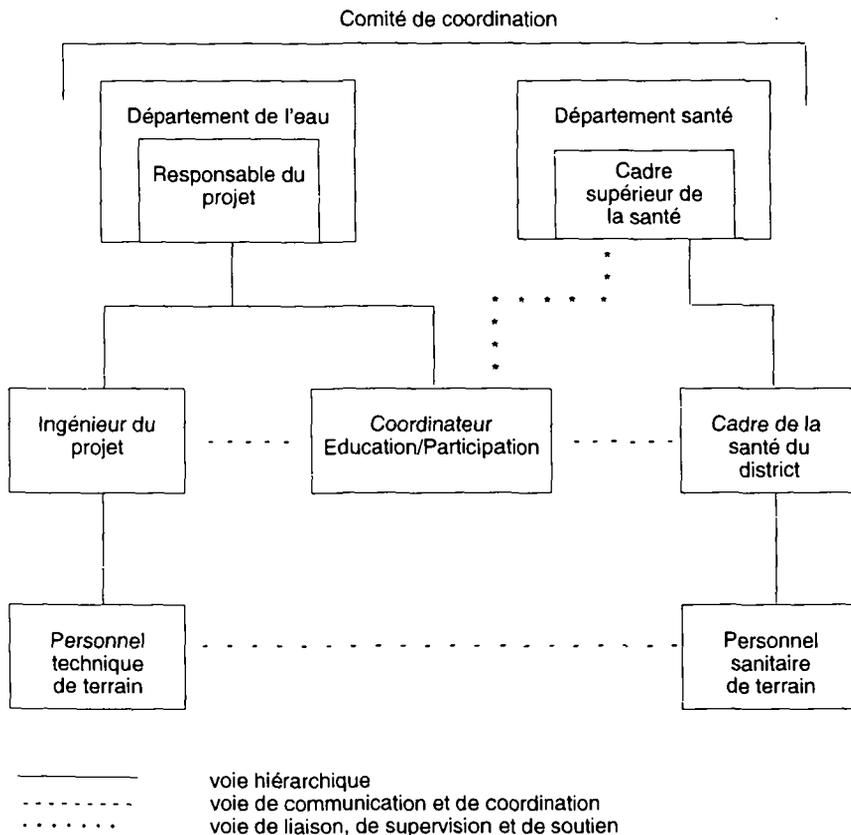
Cette option exige que le département de la santé joue un rôle actif jusqu'au niveau des communautés dans la zone géographique du projet et que le personnel de santé sur le terrain ait suffisamment de temps et de possibilités pour mener à bien des activités d'éducation à l'hygiène. Si on souhaite que cette option fonctionne, les départements de l'eau et de la santé doivent tous deux faire preuve de flexibilité et afficher leur volonté d'agir de telle sorte que cela 'marche'. Cela dépendra beaucoup du fonctionnement du bureau de coordination et dans quelle mesure les décisions pourront être mise en oeuvre dans la pratique.

Un exemple de termes de références destinés à un tel organisme de coordination est soumis au lecteur à la fin de ce chapitre.

Pour toutes ces options, il faut que le personnel technique ait une bonne compréhension de l'importance de l'éducation à l'hygiène par rapport à l'amélioration des équipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement, mais dans le cas présent, cela est capital. Autrement, grand sera le risque de voir les départements de l'eau et de la santé avoir chacun leurs propres programmes, sans harmonisation.

4.5 Quatrième option: une organisation mixte

Cette alternative combine les options 2 et 3; elle a pour but de favoriser une coopération effective entre les départements de l'eau et de la santé en affectant au projet d'eau et d'assainissement un coordinateur éducation/participation, tandis que les activités sur le terrain seront menées à bien par le personnel régulier du ministère de la santé. Il est éventuellement aussi possible de travailler dans le sens contraire, avec un coordinateur technique affecté par le département de l'eau au projet d'un département de la santé. Ceci est tout à fait faisable lorsque, par exemple, les activités eau et assainissement ne concernent que de simples améliorations à faible coût dont le département de la santé porte en premier lieu la responsabilité. L'organigramme ci-après (exemple 4) dévoile ce à quoi ressemble une telle organisation.



Organigramme: exemple 4

Avantage et inconvénient

En comparaison avec les autres options, l'avantage réside ici principalement en la présence d'une seule personne dont la mission est de prendre soin de l'intégration, de la coordination et de la coopération des différents acteurs. En maintenant un pied dans le projet d'eau et d'assainissement et l'autre au sein du département de la santé, il ou elle est le seul ou la seule qui soit à même, de par sa fonction unique, à pouvoir représenter les deux partis. Cet atout peut facilement devenir une pierre d'achoppement, puisque c'est une position délicate et difficile à tenir.

Conclusion

Il est manifeste que sans une personne compétente, capable de former une véritable passerelle entre les deux départements, cette option ne pourra être opérationnelle. Le bon fonctionnement d'un comité de coordination et le soutien vigoureux des plus hautes sphères ministérielles seront également des conditions sine qua non.

4.6 L'implication des autres agences

L'implication des autres départements du gouvernement

Au delà de l'intégration de l'éducation à l'hygiène avec l'appui du département de la santé, il se peut que d'autres départements puissent proposer d'estimables opportunités de coopération et de coordination. Par exemple, dans un certain nombre de pays, il existe des départements des affaires sociales qui sont chargés du développement rural ou urbain, du développement social/communautaire ou de la condition féminine et du développement. La coopération et la coordination peuvent très bien être organisées de la même manière qu'avec le département de la santé.

L'implication des O.N.G.

De plus, il est également concevable d'inviter les Organisations Non-Gouvernementales (O.N.G.) à prendre la responsabilité de l'intégration d'un volet 'éducation à l'hygiène'. Les plus grandes O.N.G. qui disposent d'un effectif suffisant sur le terrain peuvent être à même de mener à bien un programme d'éducation à l'hygiène dans le cadre d'un projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Le personnel des O.N.G. sur le terrain est généralement très engagé dans son travail avec les groupes les plus pauvres des communautés; grâce à leur expérience, ils savent travailler selon une approche participative et entretiennent des relations à long terme avec les communautés.

Avantage et inconvénient

Si une O.N.G. est impliquée, c'est souvent sur la base d'un contrat que le projet d'eau et d'assainissement passe avec elle; selon les termes de ce contrat, le projet se libère du volet 'éducation à l'hygiène'. Pour le projet, cela est facile à réaliser,

puisqu'il laisse alors tout simplement la responsabilité à l'O.N.G. Mais si l'O.N.G. en question n'a pas l'autorité suffisante pour influencer le personnel technique lors de la planification, la mise en oeuvre et la maintenance de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, cela risque d'être un handicap sérieux. En outre, l'O.N.G. risque par manque de fonds de devoir interrompre ses activités d'éducation à l'hygiène, lorsque le projet sera achevé.

Conclusion

Si on veut que la contribution d'une O.N.G. soit fructueuse, il est essentiel que le projet ait une idée précise des résultats qu'il souhaite obtenir de l'O.N.G. et dans quels délais. Au cas où cela n'est pas possible au départ, un contrat par étapes peut constituer une solution. Les termes de références doivent être soigneusement définis et dans la plupart des cas, un suivi régulier sera nécessaire. Comme pour toutes les autres options, l'implication d'une O.N.G. nécessite également que la direction du projet et le personnel technique soient réellement engagés à faire en sorte que cela marche et n'hésitent pas à prêter main forte à l'O.N.G.

Exemple: termes de références pour les comités directeurs chargés de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'éducation sanitaire

1. Statut organisationnel

1.1 Le Comité Directeur Provincial est un corps consultatif placé sous la tutelle du Conseil Provincial pour tous les aspects qui relèvent des programmes d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'éducation sanitaire dans la province. Le Comité opère dans le cadre des accords de coopération au développement existant entre la Zambie et les agences donatrices qui opèrent dans la province, ainsi que dans le cadre des politiques nationales d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'éducation sanitaire.

2. Rôle et responsabilité

Le Comité Directeur assumera la responsabilité complète de la coordination et du contrôle de la mise en oeuvre des programmes d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'éducation sanitaire dans la province. Le Comité guidera les agences chargées de l'exécution lors de la mise en oeuvre des programmes, de façon à assurer une intégration en douceur de ces activités.

En particulier, le comité accepte les termes de références suivants:

- (i) Le Comité planifie, coordonne et contrôle la réalisation des programmes d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'éducation à l'hygiène dans le cadre des politiques nationales.
- (ii) Le Comité procède à une estimation de tous les projets dans le secteur de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'éducation sanitaire dans la perspective d'un développement coordonné et harmonieux des activités.
- (iii) Le Comité collabore avec le Comité d'Action National ainsi que les autres agences nationales ou locales afin de promouvoir l'intégration de l'eau, de l'assainissement et de la santé dans les autres activités de développement.

3. Composition des Comités

3.1 Comité Provincial

3.1.1 Le Comité Directeur Provincial est constitué de représentants des administrations nationales ou provinciales suivantes.

- le secrétaire permanent de la province (président);
- l'ingénieur en chef de l'eau de la province;
- le responsable médical de la province;
- le commissaire aux travaux publics de la province;

suite

- le responsable du développement social de la province;
- le responsable pour l'agriculture de la province;
- le responsable en chef de l'éducation;
- le responsable au plan de la province (secrétaire).

Les autorités du gouvernement central, y compris le Comité National d'Action, sont invitées à prendre part aux réunions du Comité Directeur.

3.1.2 Les représentants des agences donatrices qui sont impliquées dans l'approvisionnement en eau, l'assainissement, la santé et secteurs annexes assistent en tant qu'observateurs aux réunions du Comité. Ils peuvent présenter des propositions et se mêler aux discussions, mais ne peuvent prendre part à aucune décision officielle.

3.1.3 Le Comité Directeur se réunit normalement dans les bureaux du Secrétaire Permanent, à moins qu'il en soit décidé autrement par le Comité. Les réunions ont lieu chaque trimestre sur convocation du Secrétaire. Tous les membres du Comité, y compris les observateurs, ont le droit de demander des réunions ad hoc.

Avant ces réunions, les autorités chargées de l'exécution des projets en cours doivent soumettre au Comité un rapport semestriel sur la progression de leurs activités. Les rapports et tout autre question ayant trait au secteur forment une base permettant de fixer l'ordre du jour des réunions.

Le Secrétaire ou le cas échéant tout autre personne mandatée par le Comité conservent les procès-verbaux des réunions. Les procès-verbaux reçoivent officiellement l'approbation du comité au cours de la réunion suivante ou à une autre date selon la décision du Comité.

3.2 Le Comité du District

Le Comité du District est constitué des représentants du gouvernement ou autres impliqués dans la mise en oeuvre des activités des projets. Les membres de ce Comité sont notamment:

- le secrétaire exécutif du district (président);
- le Secrétaire au développement du district;
- le responsable médical du district;
- le responsable du district pour l'approvisionnement en eau;
- le responsable du développement social du district;
- le responsable de l'éducation du district;
- l'inspecteur en chef de la santé du district;
- le responsable au plan du district (secrétaire).

Source: Gouvernement de Zambie (non-publié).

5. *La conception d'ensemble d'un programme*

Mettre au point un volet 'éducation à l'hygiène' ne diffère pas fondamentalement de l'élaboration des autres volets d'un projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement et comprend dans tous les cas les étapes suivantes: la formulation, la planification, la préparation, la mise en oeuvre, le suivi et enfin, l'évaluation du programme. Ce chapitre offre une vue d'ensemble de la question; les aspects spécifiques seront étudiés plus en détail dans les chapitres suivants.

5.1 Les différentes étapes

Présentation des différentes étapes

La conception d'ensemble de tout programme d'éducation à l'hygiène passe par les étapes ou phases suivantes:

- I *La formulation et la planification*
 - Identification des besoins et des objectifs
 - * évaluation des activités d'éducation à l'hygiène et expériences existantes
 - * étude des pratiques, conditions et problèmes locaux
 - Identification des groupes-cibles spécifiques
 - Identification des objectifs spécifiques

- II *Conception détaillée et mise en oeuvre*
 - Etablissement du plan de travail
 - Mise en oeuvre/réalisation du plan de travail

- III *Suivi et évaluation*

En réalité, l'ordre chronologique et la séparation entre les différentes phases ne sont pas très stricts. Cette présentation a essentiellement pour objectif de servir de guide afin de pouvoir prendre les décisions au moment opportun sur les questions et les actions fondamentales à l'entreprendre lors de la conception d'ensemble d'un volet d'éducation à l'hygiène. Les communautés et le personnel du projet sont tous deux parties prenantes dans le processus de décision. Les lecteurs qui ont parcouru le chapitre 3 auront noté que cette présentation des phases en vue de la mise sur pied d'un programme est très similaire aux principes en matière de planification de l'éducation à l'hygiène dont il a été débattu dans le chapitre en question.

Besoins et objectifs

Pour tout programme d'éducation à l'hygiène intégré, les objectifs du projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement constituent de véritables points de départ. Ces objectifs généraux ont déjà été abordés dans le chapitre 1, mais bien entendu, chaque projet a ses propres particularités. A partir de là, la première étape consiste à étudier de plus près les besoins et les problèmes devant être soulagés dans la zone du projet. Sur la base de cette identification des besoins et des problèmes, il faudra alors définir les objectifs de l'éducation à l'hygiène en incluant une estimation élémentaire des effectifs en personnel et du budget nécessaires.



L'éducation à l'hygiène requiert une bonne préparation.

En général, la détermination des grands objectifs pédagogiques fait partie de la formulation et de l'estimation financière globales du projet. Sinon, ceci doit être l'une des premières activités du projet, et si le projet d'eau et d'assainissement a déjà commencé, une manœuvre de rattrapage sera nécessaire.

Après une première formulation des objectifs pédagogiques, il faudra définir des objectifs plus spécifiques et immédiats en se fondant sur une évaluation des expériences locales en matière d'éducation à l'hygiène, des problèmes locaux et des actions prioritaires.

Activités existantes et expériences antérieures

Dans la plupart des pays ou des zones de projet, il existe déjà sous une forme ou une autre des activités d'éducation à l'hygiène. Avant de se lancer dans la

conception globale d'un volet d'éducation à l'hygiène intégré à un projet d'eau et d'assainissement, il est important de faire l'inventaire des activités qui existent déjà, à la fois pour tirer profit de leur expérience et pour étudier dans quelle mesure on peut combiner les efforts respectifs. Il ne faut pas non plus ignorer quelles sont les responsabilités officielles des différents ministères et départements ministériels; il faudra explorer leur degré d'intérêt et les possibilités de mettre sur pied en commun les activités du programme. La coordination des efforts et la coopération en matière d'éducation à l'hygiène (voir également chapitre 4) contribuent également à obtenir un meilleur rapport coût-efficacité. L'inventaire des activités existantes et des expériences ainsi que leur utilisation lors de l'élaboration du programme d'éducation à l'hygiène sont abordées dans le chapitre 6.

Conditions, pratiques et problèmes locaux

Une compréhension complète de la situation locale est une condition sine qua non pour donner tout son sens à un programme d'éducation à l'hygiène au niveau communautaire. De même que l'on doit faire un relevé topographique et d'autres études préliminaires pour la conception d'un système d'approvisionnement en eau par canalisation, il sera également nécessaire de réaliser une enquête sociale et sanitaire avant de concevoir un programme d'éducation à l'hygiène. Les informations recherchées et les méthodes d'investigation peuvent éventuellement différer selon la situation, comme nous le verrons dans le chapitre 7.

Les groupes-cibles spécifiques

En fait, l'intégralité de la population de la zone concernée par le projet ainsi que tous le personnel et toutes les autorités qui, le cas échéant, peuvent influencer le succès des activités du projet peuvent être considérées comme des groupes-cibles du programme d'éducation à l'hygiène (voir chapitre 1). Toutefois, l'éducation à l'hygiène ne s'adresse pas indifféremment à chacun. Un responsable de projet a besoin de connaissances et de compétences différentes de celles d'une mère de famille, d'un adolescent, d'un professeur d'école primaire ou encore d'un homme politique. Plus l'éducation à l'hygiène est pour ainsi dire 'faite sur mesure' et adaptée aux différents groupes-cibles, plus il y a de chances qu'elle réussisse. L'identification de groupes-cibles spécifiques en matière d'éducation à l'hygiène sera étudiée dans le chapitre 8.

Objectifs spécifiques

Une fois que l'on dispose d'une véritable vue d'ensemble des activités d'éducation à l'hygiène déjà entreprises et en cours, d'une meilleure compréhension des conditions, pratiques et problèmes locaux ainsi que des principaux groupes-cibles, on peut alors formuler les objectifs spécifiques du programme d'éducation à

l'hygiène. Voici un exemple de but spécifique ou immédiat: "90% des enfants de 6 à 10 ans auront appris à utiliser systématiquement les latrines".

Décider quels seront les objectifs spécifiques représente un pas important, dans la mesure où cela aura un impact direct sur le plan de travail et les résultats espérés à l'issue des activités d'éducation à l'hygiène. Toutes les parties concernées par l'éducation à l'hygiène doivent tomber d'accord sur ces objectifs, afin d'éviter tout malentendu ou toute déception ultérieurs. Le chapitre 8 sera consacré à la sélection des objectifs spécifiques ou immédiats.

Préparation et mise en oeuvre d'un plan de travail

Après avoir choisi les groupes-cibles et objectifs immédiats, on peut préparer un plan d'action. Dans la mesure du possible, ceci doit être fait de pair avec la préparation d'un plan d'actions détaillé qui servira pour la planification et la construction des équipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

Il est souhaitable que le plan d'éducation à l'hygiène prenne en considération la disponibilité en main d'oeuvre féminine et masculine, en temps, en argent et en matériaux et qu'il remédie aux lacunes dans ces différents créneaux, soit en assurant des ressources supplémentaires, soit en revoyant à la baisse les objectifs. Il n'est pas exceptionnel que le projet s'avère manquer de personnel et de fonds pour un programme d'éducation à l'hygiène qui est pourtant réaliste. Les nouveaux projets devraient constituer dans le budget total une provision suffisante pour l'intégration d'un volet d'éducation à l'hygiène. Quant aux projets en cours, il est souhaitable qu'ils redistribuent une partie de leurs moyens financiers pour l'éducation à l'hygiène. L'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan de travail sont étudiées dans les chapitres 9 et 10 et les moyens requis dans le chapitre 11.

Le suivi et l'évaluation

L'intégration d'un volet d'éducation à l'hygiène exige un suivi et une évaluation consciencieux afin de pouvoir apporter des adaptations opportunes à la mise en oeuvre du programme et de permettre une planification plus réaliste des activités futures. Le suivi est important, dans la mesure où il fournit un feedback immédiat à la direction et au personnel du projet, et ceci non seulement sur les activités pédagogiques, mais aussi sur l'intégration de l'éducation à l'hygiène dans l'ensemble des activités. Le chapitre 12 est consacré au suivi et à l'évaluation.

5.2 Les approches

Lorsqu'on met sur pied un programme d'éducation à l'hygiène, il faut choisir une *approche*. Par ce terme, nous entendons la manière ou la méthode sensée mener aux résultats désirés. Ainsi, lorsque notre but est une utilisation correcte des latrines par les enfants, l'approche définit la façon d'accomplir cela. Il y a de nombreuses approches en matière d'éducation à l'hygiène, qui sont reprises sous

des noms divers tels que l'approche pédagogique, l'approche didactique, de marketing social, l'approche participative, promotionnelle, organisationnelle ou encore l'approche directive. Ces différentes approches constituent une véritable gamme qui va d'une approche du type 'tout communautaire' (qui repose entièrement sur la communauté) à une approche du type 'tout projet' (où tout est déterminé par le projet).

L'approche du type 'tout communautaire'

L'approche communautaire place les populations au centre de toutes les décisions et de toutes les actions. L'éducateur à l'hygiène joue un rôle d'animateur afin d'aider les habitants à analyser leurs problèmes de santé et à définir leur propres priorités au niveau de la modification des conditions et pratiques sanitaires. Grâce à des entretiens individuels ou des discussions de groupes, l'éducateur stimule les membres de la communauté à prendre des décisions et des initiatives afin d'améliorer leur santé personnelle et l'hygiène du milieu. Cela signifie que les gens prennent eux-mêmes en charge la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation de l'éducation à l'hygiène.

Le principal avantage de cette approche est que l'éducation à l'hygiène est entièrement basée sur les intérêts et besoins immédiats des individus et que ceux-ci se sentent engagés à prendre en charge les améliorations à apporter dans le domaine de la santé. Comme nous en avons discuté dans les chapitres 2 et 3, cela accroît grandement les probabilités d'une amélioration durable des conditions de santé et des pratiques de l'hygiène.

La principale contrainte est que cette approche requiert une foule de personnel bien formé qui ait des compétences sociales et techniques suffisantes pour travailler par le biais du dialogue et qui soit préparé à établir des relations à long terme avec les groupes communautaires. Cette approche nécessite une flexibilité considérable dans la planification et la gestion du projet, dans la mesure où les habitants des communautés sont alors les principaux décideurs en matière de rythme, de type et de contenu des activités.

L'approche du type 'tout projet'

Dans cette approche, le personnel du projet ou du programme détermine dans une large mesure, la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation du programme pédagogique, tandis que la communauté se contente de recevoir ce que le projet ou le programme a à lui offrir. L'éducateur à l'hygiène détermine les besoins et fixe les priorités du programme, les conditions et comportements qui doivent être modifiés en tenant compte de la main d'oeuvre, du budget et du temps disponibles. Par conséquent, l'éducation à l'hygiène se préoccupe essentiellement d'encourager les changements souhaités par le projet en essayant de convaincre les gens des bénéfices que cela implique.

L'avantage de cette approche réside dans le fait que le programme d'éducation à l'hygiène est alors facile à planifier, à gérer, à évaluer et à intégrer aux autres activités techniques en particulier lorsqu'il s'agit de projets d'eau et d'assainissement à plus grande échelle, puisque, dans une large mesure, le projet garde alors en main les rênes du programme pédagogique.

L'ennui, c'est que cette approche ne peut réussir qu'à condition que les changements recherchés soient relativement simples, correspondant à un besoin urgent des communautés et demeurant dans le cadre de leurs moyens. Mais, comme les changements de comportement sont habituellement plus compliqués, que les besoins et moyens disponibles varient d'une communauté à l'autre, ces conditions sont rarement satisfaites.

De nombreux villageois continuent à négliger de se laver les mains après être allés aux toilettes et avant de manipuler de la nourriture ou de manger; ils n'utilisent pas systématiquement les latrines: ils ne mettent pas toujours le couvercle sur les jarres d'eau et continuent de puiser l'eau par l'ouverture supérieure, même lorsqu'il y a un bec verseur ou un orifice d'écoulement, et contaminent ainsi l'eau de pluie. Les enfants ont le droit de déféquer autour du village ainsi que dans les champs attenants et les paysans continuent de déféquer dans leurs champs. Le programme actuel manque d'une stratégie claire pour modifier les comportements et ne dispose d'aucun système permettant de mesurer le degré de changement de ces comportements. Le programme compte sur des matériaux pédagogiques et des messages dispensés par les mass-média -tous deux produits centralement par le gouvernement- pour inciter la population à de meilleures pratiques de l'hygiène: mais cette approche, bien qu'elle soit le fruit d'un travail de professionnel, est probablement trop passive pour susciter un changement.

Source: Simpson-Hébert, M. (1987) p. 18.

En outre, les populations peuvent facilement rejeter ces changements, lorsqu'elles ont le sentiment qu'ils sont imposés de l'extérieur. Les personnes se plaignent fréquemment de se sentir reprochées par les éducateurs d'avoir une façon de vivre qui ne soit pas hygiénique. Un autre problème est que l'approche du type 'tout projet' est orientée vers le transfert de connaissances concernant la façon de réduire les risques pour la santé. Pourtant, comme précédemment évoqué, les connaissances ne constituent que l'un des éléments parmi tant d'autres qui amènent les populations à modifier leur comportement (voir chapitres 2 et 3).

Les approches combinées

Les approches les plus connues combinent des aspects des deux modèles précédents, c'est à dire du type 'tout communautaire' et du type 'tout projet'. Le projet a pour mission de parvenir à une combinaison telle que les avantages de ces deux approches puissent être utilisés dans toute la mesure possible; et ce, en partant de l'idée que l'accent doit être mis, autant que possible sur les activités

communautaires, afin d'accroître les chances de succès du programme d'éducation à l'hygiène intégré dans le projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Ce point sera à nouveau soulevé dans la section 5.3 et explicité plus en détail dans le chapitre 10.

Il arrive fréquemment que la dénomination sous laquelle se 'cache' une approche ne fournisse qu'une indication insuffisante sur sa signification réelle. A titre d'exemple, une approche *participative* peut varier d'une approche intégralement communautaire à une approche presque entièrement maîtrisée par le projet. L'approche du type "*marketing social*" implique une préparation et une recherche substantielles et sérieuses en conformité avec les principes de l'approche communautaire; mais souvent, ce concept s'avère malmené et réduit plus ou moins à la simple production et à la distribution de slogans qui reposent sur une approche du type 'tout projet'. Pour assurer une prise de décision en toute conscience, une description succincte de l'approche proposée est indispensable; celle-ci doit aussi indiquer ses principaux avantages, inconvénients et implications.

"La petite taille des villages nous a permis de nous adresser à l'ensemble de la communauté plutôt que de travailler par l'intermédiaire de ses représentants. La procédure choisie consistait à aborder la communauté par une série de quatre réunions au cours desquelles chaque sujet était développé, de la prise de décision concernant l'emplacement du puits jusqu'aux bénéfices inhérents à l'utilisation d'une plus grande quantité d'eau de meilleure qualité. Lors de la troisième réunion, c'est-à-dire une fois la pompe mise en place, c'est l'équipe même chargée de son installation qui abordait les aspects techniques de la maintenance et de la réparation. Le personnel chargé de la participation communautaire et de l'éducation à l'hygiène assurait la conduite des autres réunions. En prenant conscience de l'inefficacité des messages du type directif et du fait que les messages devaient être directement liés aux besoins de la communauté, nous avons opté en faveur d'une méthode participative selon laquelle le personnel responsable introduisait les thèmes en suivant un modèle d'approche standardisée; mais ensuite, la discussion était largement ouverte et dépendait dans une large mesure de ce que les villageois avaient à dire pendant la réunion."

Source Hammeijer, J. (1988) p.20.

5.3 Travailler sur deux niveaux

Le cycle de la formulation, de la mise en oeuvre, du suivi et de l'évaluation d'un programme intervient au niveau du projet, mais se répète au niveau communautaire (à moins, bien sûr, que les deux niveaux n'aillent parfaitement de pair, comme dans les projets ruraux et urbains de petite envergure). Au niveau du programme, les besoins, les objectifs et les groupes-cibles généraux qui ont été identifiés servent de guide pour la définition des besoins, des objectifs spécifiques et des groupes-cibles au niveau communautaire. Prenons l'exemple d'un projet qui couvre 45 communautés par an et pour lequel les femmes âgées de 15 à 45 ont

été identifiées en tant que groupe-cible spécifique: au niveau communautaire, il faudra identifier les membres réels de ce groupe-cible. L'élaboration, la réalisation, le suivi et l'évaluation d'un plan de travail interviennent également aux deux niveaux.

Si on prend à nouveau comme exemple un projet qui couvre 45 communautés par an, il nous faut alors un plan de travail clair pour l'éducation à l'hygiène qui couvre les 45 communautés et un plan de travail pour l'éducation à l'hygiène au niveau communautaire qui recouvre la planification et la mise en oeuvre des activités réelles.

Cet ouvrage donne la préférence et promeut une approche participative et communautaire, car elle s'avère plus efficace qu'une approche directive du projet. Lorsqu'on considère les deux niveaux de travail, on peut ajouter que cela est particulièrement valable au niveau communautaire. Au niveau du projet, d'autres facteurs doivent être pris en compte, y compris les facteurs organisationnels et les ressources disponibles; mais au niveau communautaire, l'approche peut et devrait être largement communautaire.

6. *L'inventaire des activités existantes*

Procéder au début du projet à un bref inventaire des activités d'éducation à l'hygiène et des expériences existantes peut permettre à longue échéance d'économiser beaucoup de temps, d'argent et d'éviter certains déboires. Prendre le temps de réaliser cette brève étude contribuera à éviter de faire deux fois la même chose et de retomber dans les erreurs passées; cela peut également faciliter la coopération et la coordination de futures activités dans la zone du projet. Ce chapitre fournit des informations de base sur la façon de réunir un inventaire des agences et des projets qui sont impliqués dans l'éducation à l'hygiène et des instituts qui offrent des informations pratiques et du matériel audio-visuel.

6.1 **L'inventaire**

L'étude des activités d'éducation à l'hygiène et expériences existantes doit porter essentiellement sur la collecte d'informations pratiques concernant les points suivants:

- qui fait quoi?
- comment est-ce réalisé?
- quelles sont les leçons à en tirer pour l'avenir?
- quelles sont les possibilités de coopération et de coordination?

A moins que le projet ne dispose déjà de telles informations, cette enquête peut également servir à:

- obtenir une compréhension plus approfondie de l'infrastructure de la santé placée sous la houlette du ministère de la santé afin de fournir une base de discussion en vue d'une éventuelle coopération et d'éviter tout conflit entre les diverses activités d'éducation à l'hygiène;
- rassembler des données générales en matière de santé et des statistiques sur les maladies afin de réaliser une estimation des principaux problèmes de santé auxquels le programme d'éducation à l'hygiène devra s'attaquer.

Dans la plupart des cas, la durée de cette recherche ne doit pas excéder quelques semaines, mais elle peut éventuellement prendre un peu plus de temps si l'information n'est pas déjà disponible ou si le personnel responsable n'est pas familiarisé avec la situation dans la zone géographique du projet.

On peut utiliser toutes les méthodes d'investigation pour obtenir un inventaire rapide des organisations/agences, activités et expériences. Normalement, un assortiment des méthodes suivantes permet d'atteindre cet objectif.

L'utilisation des informations existantes

La documentation existante peut offrir des informations déjà disponibles et comprend entre autres: les rapports annuels ou autres du ministère de la santé et des différentes organisations impliquées dans l'éducation sanitaire ou l'éducation à l'hygiène, les rapports réalisés par les personnels de santé sur le terrain, les données sur la santé et statistiques sur les maladies, les enquêtes et études spéciales, le descriptif du profil des différents postes du personnel d'éducation à l'hygiène, le matériel de formation destiné au personnel pédagogique ainsi que les supports audio-visuels qui seront utilisés avec des groupes-cibles particuliers.

Les entretiens individuels avec des informateurs-clés

Ces informateurs sont les personnes qui disposent de connaissances particulières sur le sujet qui nous intéresse. Dans le cas présent, il s'agit des responsables du ministère de la santé, des centres de formation à l'éducation, des autres organisations qui travaillent dans le domaine de l'éducation sanitaire ou de l'éducation à l'hygiène, mais aussi des éducateurs à l'hygiène et de leurs superviseurs, des médecins, des enseignants, etc... Ces personnes peuvent fournir de précieuses informations à la fois sur l'organisation au sein de laquelle ils ou elles travaillent, sur leurs expériences professionnelles et personnelles en matière d'éducation à l'hygiène dans la zone du projet. Ces interviews seront menées en suivant une petite liste de questions ouvertes préalablement préparée; cela permet de n'oublier aucun point important et on peut sur la base des réponses données au cours de la discussion y ajouter des questions supplémentaires.



Quelle est votre expérience en matière d'éducation à l'hygiène?

Les entretiens avec de petits groupes d'informateurs-clés

Outre les entretiens individuels précédemment mentionnés, il peut être opportun d'organiser un ou plusieurs entretiens avec de petits groupes d'informateurs-clés, afin de pouvoir tirer profit de leurs connaissances et de leur expérience, par exemple avec un groupe d'éducateurs à l'hygiène ou à la santé. Ces interviews peuvent être l'occasion de voir les expériences et problèmes dans le domaine de l'éducation à l'hygiène sous un jour très réaliste et de discuter des possibilités d'activités nouvelles, de coopération et de coordination des efforts. On peut organiser ces entretiens en suivant les mêmes principes que pour les discussions de groupes thématiques abordées dans le prochain chapitre.

Observations et conversations

Pour obtenir un véritable aperçu des activités d'éducation à l'hygiène en cours, il peut s'avérer très utile de demander l'autorisation de suivre quelques sessions d'éducation à l'hygiène auxquelles procèdent les organisations ou personnes dans la zone du projet. On peut ainsi constater quels sont les sujets abordés en matière d'éducation à l'hygiène, de quelles façons, et avec qui; cette méthode offre également d'amples opportunités de pouvoir s'entretenir avec l'éducateur à l'hygiène et les personnes présentes lors des activités sur ce qu'ils aiment et n'aiment pas dans ces sessions. La participation à des activités réelles est souvent plus enrichissante que les entretiens au bureau, si on veut savoir ce qui se passe réellement et connaître les obstacles au quotidien.

6.2 Les activités du ministère de la santé

Les services de santé permanents

Le ministère de la santé est généralement constitué d'une combinaison de différents services orientés soit vers la médecine curative, soit vers la prévention ou encore vers l'éducation et qui sont répartis en différents départements et divisions. Au niveau de la province, du district et des communautés, le personnel de santé peut avoir un rôle spécifiquement curatif ou préventif, mais bien souvent il assume les deux à la fois. Une catégorie bien précise de personnel de santé peut également avoir des fonctions qui vont empiéter sur celles d'autres catégories. Par conséquent, établir un plan des activités d'éducation sanitaire des services permanents risque de demander quelques efforts, en particulier pour les personnes qui ne sont pas familières avec l'infrastructure de la santé.

Lorsqu'on passe en revue les services de santé permanents, il est capital de porter une attention particulière au nombre et aux types de personnel de santé féminin ainsi qu'à leurs principales activités; ainsi, on peut avoir une idée de la possibilité d'engager des agents de santé féminins dans les activités d'éducation à l'hygiène, en particulier au niveau communautaire.

Programmes spécifiques de santé

Qu'ils soient ou non intégrés aux services permanents de la santé, le ministère a souvent un certain nombre de programmes spécifiques, dont certains peuvent inclure des aspects pédagogique relatifs à l'eau et à l'assainissement. Ces programmes reçoivent souvent le soutien de donateurs internationaux ou bilatéraux. Suite à quoi, ils disposent de ressources humaines et financières, de matériel et de moyens de transport dont les programmes de santé ordinaires ne disposent pas toujours.

Les programmes de soins primaires de santé existent dans la majorité des pays. Ces programmes ont pour but de procurer à un coût moindre les soins de santé élémentaires à l'ensemble de la population vivant dans la région donnée. Ces programmes portent essentiellement sur huit aspects:

1. l'éducation concerne les problèmes de santé prépondérants et les méthodes de prévention et de contrôle;
2. la promotion de l'approvisionnement alimentaire et de la nutrition;
3. un approvisionnement en eau saine et un assainissement adéquats;
4. la santé des mères et des enfants, y compris le planning familial;
5. la vaccination contre les principales affections;
6. la prévention et la lutte contre les endémies locales;
7. le traitement approprié des maladies et blessures courantes;
8. la fourniture de médicaments de base.

Un des principes-directeurs des programmes de soins de santé primaires est de travailler par l'intermédiaire d'agents de santé communautaires (y compris les assistants bénévoles, agents-secouristes etc.) à:

- a) l'extension des services de santé aux lieux de résidence et de travail des populations, b) aider les communautés à identifier leurs besoins en matière de santé, c) aider les populations à résoudre leurs problèmes de santé.

Les agents de santé communautaires des programmes de soins de santé primaires sont des femmes et des hommes que la communauté a choisis et qui ont reçu une formation leur permettant de faire face aux problèmes de santé des individus et des communautés, et aussi de travailler en étroite collaboration avec les services de santé. Ces agents sont supposés avoir achevé le cycle complet de l'école primaire afin qu'ils sachent lire, écrire et faire des calculs simples.

Les tâches confiées aux agents de santé communautaires varient d'un pays à l'autre, mais incluent souvent: les premiers secours, les conseils pédiatriques, la sensibilisation à une bonne nutrition, à l'hygiène personnelle et à l'assainissement de l'environnement, la prévention des maladies transmissibles/contagieuses, la thérapie par réhydratation orale, l'administration de médicaments (O.M.S., 1987, p.6-13).

Les autres programmes plus ou moins courants sont les suivants:

- *les programmes de contrôle des maladies diarrhéiques* qui ont pour objectif la diminution de la morbidité et de la mortalité chez les enfants de moins de 5

ans, notamment grâce à la promotion de l'hygiène personnelle, de l'hygiène alimentaire et de l'utilisation d'une solution de réhydratation orale lorsque l'enfant souffre de diarrhée;

- *les programmes de santé maternelle et infantile* où on prodigue des conseils en matière de santé destinés en priorité aux femmes enceintes, aux jeunes mères et aux mères ayant des enfants de moins de 5 ans;
- *les programmes de contrôle de la malaria et/ou de la bilharziose* visent à éradiquer ces maladies au moyen d'une série d'actions affectant l'environnement et d'interventions curatives;
- *les programmes de vaccination* ont pour but de protéger les enfants de maladies telles que la rougeole, la poliomyélite, le typhus.

Les problèmes courants

Il n'est pas seulement essentiel de connaître la structure officielle de la santé, la répartition du travail et des activités des différents personnels de santé responsables de l'éducation sanitaire, mais il faut également savoir ce qui se passe dans la pratique et quels sont les problèmes auxquels les personnels et ces agences sont confrontés. Une difficulté fréquente réside dans le fait que les effets de la médecine curative sont plus visibles et que celle-ci en tire donc davantage de prestige. Au sein des grandes instances nationales, l'éducateur à l'hygiène risque d'avoir à souffrir d'un statut et d'une influence moindres par rapport à ses collègues de la médecine curative. Au niveau communautaire, les agents sanitaires peuvent être tentés d'accorder plus d'attention à leur mission curative, parce que celle-ci est source d'une plus grande reconnaissance de la part de la population qu'ils servent.

Cela peut entraîner un autre problème, à savoir, que la formation des agents qui travaillent au niveau des districts et des communautés est souvent davantage destinée à accroître leurs connaissances en matière de santé, plutôt qu'à perfectionner leurs compétences en matière de communication, ce qui est pourtant essentiel pour mener à bien l'éducation à l'hygiène. En conséquence, les agents de santé risquent de se sentir incapables ou de manquer de confiance en eux pour mettre sur pied des activités d'éducation sanitaire au niveau communautaire.

En troisième lieu, il est fréquent que les salaires, moyens de transport et la supervision accordés aux agents communautaires soient dérisoires. Cela peut restreindre d'autant le temps consacré à l'éducation sanitaire et le nombre de personnes touchées. Cela peut également créer des problèmes de motivation.

De nouvelles opportunités

Le démarrage de programmes spéciaux, tels que l'intégration d'un volet d'éducation à l'hygiène dans un projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement permet de s'attaquer à un certain nombre de ces problèmes, du moins pendant la durée du projet, car cela fournit de nouvelles possibilités en terme de formation, des moyens de transport supplémentaires et davantage de

supervision. Cela peut alors conduire les agents et les éducateurs à bénéficier d'un plus grand prestige grâce aux activités éducatives, et en même temps contribuer au développement des ressources humaines. A la fin de ce chapitre, un exemple illustre comment un projet d'approvisionnement en eau villageois peut se lancer dans des activités conjointes.

6.3 Les activités des autres ministères et projets

Les autres ministères et projets ont souvent des activités d'éducation à l'hygiène ou à la santé qui peuvent être une précieuse source d'informations sur l'expérience acquise et les possibilités de coopération.

Les autres projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement

Il se peut que d'autres projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement interviennent dans la zone du projet ou dans le même pays et que ceux-ci disposent d'une certaine expérience en matière d'intégration de l'éducation à l'hygiène dans l'ensemble de leurs activités. Ce savoir peut être d'un grand intérêt pour votre propre projet dans la mesure où il permet d'établir une comparaison directe des possibilités et obstacles divers. Les matériaux éducatifs que les autres projets ont mis au point peuvent également servir, bien que leur adaptation aux conditions particulières du projet soit fréquemment nécessaire (cf. chapitre 10).

L'éducation sanitaire dans les écoles

L'éducation sanitaire fait généralement partie des programmes des écoles primaires et secondaires. Quelquefois, ce sont les professeurs qui en assurent l'enseignement; d'autres fois, un personnel chargé de cette mission passe dans les écoles. Dans certains pays, l'éducation à l'hygiène fait déjà l'objet d'un immense intérêt; dans certains autres, on l'ignore complètement. Nombre de pays souffrent d'un manque d'enseignants qui soient formés aux méthodes de formation participatives, lesquelles sont pourtant indispensables lorsqu'il s'agit d'encourager un comportement facteur de santé.

Les autres formes d'éducation

L'éducation pour adultes ou les autres formes d'éducation peuvent inclure l'éducation à l'hygiène et à la santé, notamment lorsque les programmes sont destinés aux femmes. L'éducation non-traditionnelle autorise souvent une plus grande participation et traite essentiellement des problèmes quotidiens des populations. Là aussi, on peut donc trouver des informations utiles et des exemples sur l'élaboration d'un volet d'éducation à l'hygiène.

Les autres projets et activités de développement

Les ministères affectés au développement rural ou social, à la participation des femmes et au logement peuvent également très bien avoir des projets ou activités qui comportent un volet 'éducation à l'hygiène'; il est alors souhaitable de les passer en revue. Exemple: dans tel pays, le ministère au logement travaille activement à la création et à la distribution de films vidéo sur l'amélioration de l'hygiène du milieu. Dans tel autre pays, l'éducation à l'hygiène est intégrée à un projet de développement rural. On peut aussi s'adresser aux organisations non-gouvernementales (O.N.G) qui peuvent faire profiter de leur expérience les autres projets.

Les campagnes nationales ou régionales

Certains pays disposent de programmes radio ou de télévision sur les problèmes liés à l'eau et l'assainissement, soit de manière régulière, soit en réponse à une catastrophe telle qu'une inondation ou une épidémie de diarrhée. Cela vaut toujours la peine de passer en revue ces programmes et d'apprécier dans quelle mesure le projet peut éventuellement s'aligner sur une telle campagne quelle soit régionale ou nationale; on peut aussi envisager de réutiliser une partie de ces programmes au cours des activités du projet (en utilisant des cassettes ou des films-vidéo).

6.4 Les activités des institutions spécialisées

Un certain nombre d'institutions offrent du matériel audio-visuel, des guides et documents de références, des formations ou une assistance technique pour soutenir l'éducation à l'hygiène. Parmi ces institutions, certaines sont locales ou nationales, d'autres agissent à l'échelle internationale. On peut s'informer de l'existence de ces organisations nationales en s'adressant aux autorités compétentes ou à des spécialistes de ces secteurs. Quelquefois, les organisations internationales ou bien les donateurs bilatéraux peuvent fournir cette information. Voici plusieurs exemples d'institutions spécialisées qui opèrent à plus grande échelle:

- AMREF: African Medical and Research Foundation, Wilson Airport, P.O.Box 30125, Nairobi, Kenya.
- AHRTAG: Appropriate Health Resources and Technology Action Group, 1 London Bridge Street, London, SE1 9SG, Royaume-Uni.
- A.M.A.: Atelier de Matériel pour l'Animation, B.P. 267, Yaoundé, Cameroun
- American Public Health Association. International Health Programmes, 1015 15th. Street, NW, Washington D.C. 20005, Etats-Unis.
- Bureau d'Etudes et de Recherches pour la Promotion de la Santé, B.P. 1977, Kangu-Mayumbe, Zaïre.
- CEMAT: Centro de Estudios Mesoamericanos Sobre Tecnologia Apropiada, 1a Av.32-21, Zona 12, Apartado 1160, Guatemala City, Guatemala.
- Child-to-Child Programme, Room 833, Institute of Education, 20 Bedford Way,

London WC1H OAL, Royaume-Uni.

- G.R.A.A.P.: Groupe de Recherche et d'appui pour l'autopromotion Paysanne, B.P. 305, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.
- Health Education Unit, Leeds Polytechnic (Centre Collaborateur de l'O.M.S. pour la recherche et la formation aux aspects psycho-sociaux et économiques de la santé), Calverley Street, Leeds LS1 3HE, Royaume-Uni.
- I.N.A.D.E.S.: Institut National Africain de Développement Economique et Social, B.P. 8, Abidjan 8, Côte d'Ivoire ou B.P. 5717 Kinshasa/Gombe, Zaïre.
- IRC, Centre International de l'Eau et de l'Assainissement, B.P. 93190, 2509 AD La Haye, Pays-Bas.
- OXFAM, 274 Banbury Road, Oxford OX2 7DZ, Royaume-Uni.
- Save the Children Federation, 48 Wilton Road, Westport, CT 06880, Etats-Unis.
- TALC: Teaching Aids at Low Cost, P.O.Box 49 St. Albans Hertfordshire, AL24AX, Royaume-Uni.
- UNICEF: United Nations Children's Fund, 3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, Etats-Unis.
- VHA: Voluntary Health Association of India, 40, Institutional Area, South of I.I.T., New Delhi, 110016, INDE.
- WASH: Water and Sanitation for Health Project, 1611 N. Kent Street, Room 1002, Arlington, VA 22209, Etats-Unis.
- World Education, 210 Lincoln Street, Boston, MA 02111, Etats-Unis.
- O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé, Unité de l'approvisionnement public en eau et de l'assainissement, Division de l'hygiène du milieu, 20, Via Appia, CH-1211 Genève 27, Suisse.
- World Neighbours, 5116 North Portland Ave., Oklahoma City, OK 73112, Etats-Unis.

Exemple: Travailler ensemble

En octobre, les représentants du Ministère de la Santé du district, l'équipe de la santé de l'O.N.G. et l'équipe d'animation du projet d'approvisionnement en eau acceptent de travailler ensemble à la mise sur pied d'un programme de maintenance des systèmes d'approvisionnement en eau.

Le programme de maintenance du projet d'approvisionnement en eau a maintes similitudes avec le programme de soins de santé primaires du ministère de la santé. Tous deux ont l'intention de sélectionner et de former des villageois et des villageoises à la diffusion au sein de chaque village de messages promotionnels de santé. Ces assistants bénévoles tenteront aussi d'organiser leurs concitoyens afin de mettre sur pied des activités qui ont pour but d'améliorer leur santé grâce à la consommation d'une eau potable, à l'utilisation des latrines etc... Les deux programmes assurent la formation de leur personnel sur les maladies liées à l'eau et à l'assainissement. Dans certains villages, les mêmes individus sont sélectionnés pour être à la fois agents de soins de santé primaires et membres des équipes de maintenance.

Les programmes ont tous deux à faire face aux problèmes inhérents à la stimulation de volontaires pour mener à bien ces missions; cela exige un suivi régulier. L'expérience montre que les agents de soins de santé primaires éprouvent des difficultés à susciter l'intérêt de leurs concitoyens en faveur de l'éducation à l'hygiène. Ils se plaignent du fait que ceux-ci ne les écoutent pas. De nombreux agents de santé font une sorte de cours aux villageois, mais au sein de ces villages à structure hiérarchique, il n'est pas dans les usages qu'une jeune femme ou un jeune homme dise aux plus âgés ce qu'ils ou elles doivent faire. D'autres critiques portent sur le manque de soutien, à la fois des villageois et des institutions de la santé. Les antennes sanitaires ne disposent pas du personnel, des moyens de transport ou de l'argent indispensables pour rendre visite aux villageois. Les comités villageois de santé ne fonctionnent pas.

A ce stade, les représentants des différents corps administratifs et du projet d'approvisionnement en eau sentent qu'il vaudrait la peine de mettre leurs efforts en commun afin de pouvoir s'attaquer à ces problèmes. L'une des premières mesures consiste à préparer un tronc commun en matière de formation pour les agents de santé et pour les équipes de maintenance. A présent, les équipes de maintenance prennent part à la formation des agents de santé lorsque celle-ci aborde les causes et la prévention des maladies liées à l'eau et à l'assainissement. Inversement, les agents de santé prennent part à la section du programme de maintenance destinée aux différentes méthodes de communication et d'organisation des communautés qui inclut notamment:

suite

1. le développement des capacités de communication et d'organisation - les différentes manières de faire passer un message et de mobiliser les communautés à l'action;
2. la discussion des missions respectives des équipes de maintenance et des agents de santé, de leurs activités, principaux problèmes et solutions envisageables;
3. la conception des plans d'action pour les équipes de maintenance et les agents de soins de santé primaires afin de s'attaquer aux besoins et vœux spécifiques de leur village;
4. la discussion avec les équipes de maintenance et les agents de santé sur la façon dont, selon eux, le village, les services de santé et le projet d'approvisionnement en eau peuvent les assister dans leurs activités.

Source: Murre, T. (1990) p. 9-10.

7. Les études préliminaires

Comme nous l'avons déjà indiqué dans les chapitres 2 et 3, on ne peut élaborer et mettre en oeuvre un programme d'éducation à l'hygiène avec succès, sans comprendre au préalable la situation locale et les différentes perceptions de la population en matière de santé (problèmes et solutions). Si on étudie les aspects sociaux et sanitaires, c'est fondamentalement pour les mêmes raisons que celles qui conduisent à la réalisation d'études techniques. Qui voudrait gaspiller son argent à creuser un puits sans avoir fait auparavant une étude hydrogéologique? Il en va exactement de même pour l'intégration d'un volet d'éducation à l'hygiène; il ne sert à rien d'investir à perte dans des activités improductives. S'ajoute à cela que c'est l'étude des aspects sociaux et sanitaires qui va fortement influencer le succès du volet technique et de son développement. Par exemple, dans un projet d'assainissement urbain, il est indispensable de connaître la densité de la population et la couverture en latrines non seulement afin de pouvoir élaborer un plan d'éducation à l'hygiène mais aussi afin d'assurer une conception technique correcte du projet.

7.1 Le type d'informations

Le type et la précision des informations nécessaires dépendent de la phase du projet considérée et des raisons pour lesquelles on a besoin de ces informations. S'il s'agit d'une étape de démarrage, lorsqu'il s'agit de prendre toute une série de décisions sur la portée du programme d'éducation à l'hygiène et sur les ressources indispensables, on peut se contenter de faire une estimation provisoire des problèmes sanitaires auxquelles les populations ont à faire face, et des différentes manières de résorber ces difficultés. Par contre, s'il s'agit d'un plan d'action d'éducation à l'hygiène détaillé, il faut alors en savoir davantage sur les comportements des individus, les raisons qui sont à l'origine de ces comportements, les difficultés auxquelles les personnes sont confrontées lorsqu'elles tentent de les améliorer, et quelles sont les possibilités qui permettront au programme d'aider ces populations à surmonter ces difficultés. Ces informations peuvent aussi servir à définir des groupes-cibles et des objectifs spécifiques. A la fin de ce chapitre, le tableau 3 fournit une liste non-exhaustive des informations utiles susceptibles d'être récoltées sur les aspects sociaux et sanitaires.

7.2 Le type d'étude

La récolte d'informations sur les aspects sociaux et sanitaires qui interviennent au cours des premières phases d'un projet porte plusieurs noms. Ces différents noms ne reflètent que partiellement la diversité des types d'études, comme l'indiquent les

brèves descriptions ci-après. Toutes constituent une sorte d'étude du milieu ou d'évaluation à valeur de formation. Ces études ou enquêtes ont pour but d'aider le programme d'éducation à l'hygiène à prendre forme et fournissent une base pour le suivi et l'évaluation.

"La population utilisait généralement du sable pour se nettoyer les mains après avoir déféqué. Le savon était hors de portée pour les budgets de la majorité de ces familles. Dans le programme d'éducation à l'hygiène, on recommanda alors l'utilisation de la cendre -comme détergent- pour se laver les mains après la défécation. "

Source: Aziz, K.M.A. et al(1990) p.6.

L'analyse de la situation

Une analyse de la situation est une entreprise assez large dont la finalité est de rassembler les données nécessaires à une planification et une programmation rationnelles du programme. Il s'agit d'essayer d'identifier les principaux problèmes de santé liés à l'eau et à l'assainissement et les possibles actions en vue d'une amélioration. C'est une activité souvent plutôt à part; l'objectif est d'obtenir des informations destinées au projet plutôt que de chercher à motiver et à impliquer la communauté. De cette analyse, il ressort une série de données quantitatives (par exemple, des données chiffrées sur la population) ainsi que des impressions qualitatives générales (par exemple, sur la situation sanitaire générale ou les besoins d'amélioration de l'approvisionnement en eau et la nécessité de modifier les pratiques des utilisateurs).

L'étude C.A.P.

Une étude *C.A.P.* explore les *Connaissances*, les *Attitudes* et les *Pratiques* des populations. Le but est que le personnel du projet dispose d'une compréhension plus intime des connaissances, des attitudes et des pratiques en relation avec l'eau, l'assainissement et la santé. Certains ont tendance à utiliser ce type d'étude en présumant à tort que si 'les gens savent', cela les conduit automatiquement à une modification de leurs attitudes, et par la suite de leur comportement. Voici un exemple: une étude *C.A.P.* révèle que le lavage des mains après avoir changé les langes de bébé n'est pas une pratique courante et que le fèces des bébés n'est pas considéré comme étant une source possible de transmission des maladies. Dans ce cas-là, il sera faux de penser que les populations vont commencer à se laver les mains lorsqu'on leur aura expliqué que le fèces d'un bébé est aussi dangereux que celui d'un adulte et que par conséquent, il est recommandé de se laver les mains après avoir changé bébé. Le transfert d'informations ne conduit pas automatiquement à une modification du comportement (voir également les chapitres 2 et 3). Toutefois, une telle étude peut s'avérer intéressante en vue de la

conception d'un programme d'éducation à l'hygiène, si on ne considère pas l'existence d'un rapport direct de cause à effet entre les connaissances, les attitudes et les pratiques, mais au contraire qu'on les envisage comme étant trois facteurs importants distincts ayant chacun une certaine influence.

L'étude du milieu

L'étude du milieu va au delà de l'étude C.A.P. dans la mesure où elle inclut un supplément d'information sur la situation économique et les conditions locales d'approvisionnement en eau et d'assainissement. En outre, alors que l'étude C.A.P. prend essentiellement pour cible deux niveaux - l'individu et le ménage -, l'étude du milieu s'intéresse aussi au niveau communautaire. Voilà qui est capital, notamment lorsqu'on va examiner les différents aspects liés à l'hygiène de l'environnement.

Les informations collectées à l'issue de l'étude du milieu vont servir de fondement pour la conception du programme d'éducation à l'hygiène et pour l'évaluation ultérieure du programme.

La définition populaire d'une 'bonne eau potable' correspond à une eau limpide, pure (c'est-à-dire ici sans goût ou odeur désagréable), et adaptée à une bonne/rapide cuisson des aliments. A l'inverse, une eau qui n'est 'pas bonne' est une eau trouble, avec une certaine couleur, un certain goût (de sel ou de métal) et dans laquelle les céréales et légumes secs mettent longtemps à cuire. Cette définition populaire d'une 'bonne eau potable' couvre donc à la fois les sources d'eaux saines et dangereuses pour la santé. Les critères dont se servent les populations pour distinguer une 'bonne' d'une 'mauvaise' eau potable peut parfois conduire à classer l'eau saine de certaines sources comme étant "impropre à la boisson", par exemple, si l'eau d'un puits profond puisée à l'aide d'une pompe à main a un goût de métal ou la couleur de la rouille. L'étude indique que si elles ont à choisir entre une pompe à main et un puits non-protégé, les populations vont souvent opter, lorsqu'il s'agit de l'eau destinée à la boisson et à la cuisson, pour l'eau du puits non-protégé.

Source: Mukherjee, N. (1990) p. 10.

7.3 Les méthodes d'investigation

L'observation et la communication

Il existe fondamentalement deux façons de rassembler des informations sur les aspects sociaux et sanitaires:

- par l'observation (regarder, sentir, toucher, écouter, goûter);
- par la communication (interviewer, discuter, lire, écrire).

Les méthodes d'observation et de communication sont aussi valables pour la collecte d'informations quantitatives que qualitatives. A titre d'exemple, lorsque le représentant d'une communauté rapporte que les habitants rejettent la nouvelle source d'approvisionnement en eau en raison de son goût, celui-ci fournit une information qualitative; tandis que lorsqu'il compte le nombre de personnes qui refusent d'utiliser cette eau pour la boisson en raison de son mauvais goût, il apporte alors une information quantitative.

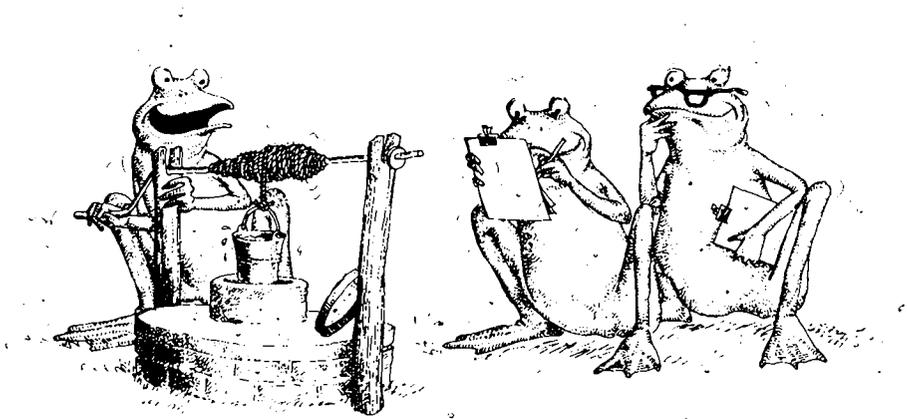
L'opposition qualitatif/quantitatif

Les informations quantitatives peuvent être collectées par le biais d'enquêtes, en posant à un certain nombre de personnes ou de groupes la même série de questions, ou encore en réalisant un certain nombre d'observations dans des situations identiques. Pour la collecte de ces informations, on utilise des questionnaires et des formulaires d'observation qui, après classification et analyse, permettent de disposer de statistiques. Par contre, les informations qualitatives sont ramassées de façon moins structurée et moins prédéterminée. Seules des listes de contrôle seront utilisées.

Savoir si ce sont des informations qualitatives ou quantitatives dont on a besoin dépend en premier lieu de l'objectif de la collecte. Les études qualitatives confèrent un aperçu plus profond des raisons pour lesquelles les personnes pensent et se comportent de telle ou telle manière. Les études quantitatives révèlent dans quelle mesure on trouve une situation ou un comportement donné. Le premier type d'informations permet essentiellement de façonner les activités d'éducation à l'hygiène, tandis que les secondes permettent d'arrêter des décisions en termes d'effectif et de moyens financiers, et peuvent aussi servir de base pour le suivi et l'évaluation.

Il faut éventuellement prendre également en compte d'autres considérations. Si les ressources en personnel et le temps sont limités, une étude qualitative peut être indiquée. Certaines informations peuvent également être tenues pour trop politiques, trop personnelles ou trop délicates pour qu'on puisse les collecter selon la méthode quantitative. Lorsque les responsables ou les cadres qui sont amenés à jouer un rôle important dans le succès d'un programme d'éducation à l'hygiène, affichent de fortes préférences sur la nécessité d'utiliser l'une ou l'autre méthode, il faut accorder une grande attention à la question afin d'accroître les chances d'utilisation effective des résultats de l'enquête.

Quelque soit la décision prise, une bonne étude quantitative telle que l'analyse d'un questionnaire requiert au préalable une étude qualitative, car il faut absolument savoir quelles sont les questions à poser et comment les poser, si on veut obtenir des résultats utiles. Trop souvent, le personnel ne résiste pas à la tentation de se lancer dans l'élaboration d'un questionnaire: les résultats d'enquête alors obtenus sont souvent maigres et ne fournissent aucune information sur certains aspects cruciaux.



Nous observons, nous communiquons: bref. nous échangeons des informations!

Comment recueillir des informations

Recueillir des informations peut se faire de différentes manières, notamment par le biais:

- de discussions informelles avec des individus ou groupes de personnes;
- d'entrevues individuelles (discussions avec utilisation d'une liste de contrôle) par exemple un des membres du ménage, un(e) instituteur/-trice, le/la représentant(e) d'une communauté, un agent sanitaire, un responsable ou leader féminin;
- d'interviews de groupe (avec liste de contrôle) par exemple pour des mères d'enfants en bas âge, des membres d'une organisation locale, un groupe de voisins, des enfants d'âge scolaire;
- de discussions de groupe thématiques où un groupe homogène échange librement ses réflexions et expériences sur un sujet précis;
- d'enquêtes auprès des ménages avec utilisation d'un questionnaire; dans ce cas précis, il faut s'assurer qu'hommes et femmes participent tous deux; sinon, on risque fort d'obtenir une image déformée de la situation;
- d'observation au niveau du ménage et de la communauté, par exemple en visitant les sites d'approvisionnement en eau et d'assainissement au cours de promenades dans le village et ses alentours;
- d'observation in situ: l'enquêteur reste plusieurs semaines ou plusieurs mois au sein de la communauté afin d'observer et de prendre note des activités et événements de la vie quotidienne;
- de l'examen de la littérature et des données statistiques disponibles.

Selon les informations recherchées, les raisons invoquées et le degré d'avancement du projet, l'idéal est de combiner ces différents outils de travail. Par principe, on doit commencer par un examen de l'information qu'on peut tirer de la littérature et des différents responsables (ces informateurs-clés en savent généralement assez long sur des sujets précis, par exemple un médecin sur les problèmes de santé de la population dans une région donnée). Il n'est pas rare que l'information déjà ainsi disponible dépasse nos attentes. Ensuite, on peut choisir quels sont les suppléments et les sources d'information nécessaires à la prise de décision et à l'élaboration du programme.

De nombreux ouvrages offrent de précieux instruments de travail et des conseils dans le domaine de la collecte de l'information sur les aspects sociaux et sanitaires. Pour tout lecteur qui désire mener une étude, nous le prions de se référer à ces publications (voir bibliographie). Depuis peu, on assiste à la percée des discussions de groupe thématiques dont un exemple est présenté à la fin de ce chapitre.

7.4 Les impératifs de fréquence, de personnel et de temps

La fréquence et la durée

Bien qu'il soit souvent affirmé que les études sociales et sanitaires requièrent davantage de temps que les études techniques, l'expérience indique que cela n'est généralement pas le cas. En fait, celles-ci paraissent longues en raison de l'absence de familiarisation avec les impératifs d'une telle étude ou encore à cause d'un retard dès le début.

Dans la première phase d'un projet, une étude préliminaire ou préparatoire peut habituellement avoir lieu dans le même laps de temps que celui accordé aux études techniques qui ont été précisément prévues pour cette phase. Certaines études préliminaires ne prennent que quelques semaines, d'autres par contre peuvent s'étendre sur une année complète. Selon les estimations, il apparaît qu'en général quelques mois suffisent. Le plus souvent, une telle investigation n'a lieu qu'une fois; mais, elle sera réitérée lors de la phase d'évaluation ou pour la préparation d'une nouvelle étape d'un projet.

Pour les études préparatoires plus spécifiques ou détaillées, il n'y a aucune règle de fréquence. L'important, c'est de disposer de l'information à temps en réponse à un problème ou en relation avec les besoins de la planification du projet. Il est préférable d'avoir plusieurs petites études, qui s'intègrent facilement aux activités en cours, plutôt qu'une étude extensive longue aux résultats tardifs dont ne peuvent profiter de suite les activités en cours. Par exemple, une étude sociale et sanitaire spécifique en vue de l'élaboration d'un plan d'éducation à l'hygiène peut prendre en tout et pour tout trois mois. Par la suite, une étude très pointue d'une durée d'environ deux semaines pourra être faite dans chacune des communautés concernées par le projet. Celle-ci servira également au démarrage des activités spécifiques du projet avec les différents groupes-cibles.

Le personnel et le soutien

Il est souhaitable que ces études préliminaires soient conduites par le personnel chargé du volet de l'éducation à l'hygiène et les groupes communautaires. C'est l'occasion de faire connaissance avec les populations et conditions locales de la zone du projet et il sera aussi plus facile de faire le lien entre les résultats des études et la préparation d'un plan d'éducation à l'hygiène. Au cours de l'étude, toutes les différentes catégories de personnel de terrain peuvent être à même d'apporter des contributions très utiles, non seulement en tant que fournisseurs et collecteurs d'informations, mais aussi en tant qu'acteurs à part entière dans le processus d'élaboration du plan d'action d'éducation à l'hygiène.

Les personnels et communautés qui ne sont pas familiarisés avec ces études ont besoin d'être guidés et soutenus lors de l'organisation de l'étude, de l'interprétation des résultats de l'enquête et aussi pour éviter qu'ils ne dépassent le calendrier fixé. Tout spécialiste expérimenté appartenant ou non au projet est capable de leur offrir cet encadrement.



"Nous pourrions faire mieux avec davantage d'études participatives".

La participation de la communauté

L'implication des populations dans ces investigations peut varier d'un rôle de 'fournisseur' passif de l'information à celui de participant actif. Dans un cas extrême, le personnel du projet détermine les informations qu'il souhaite recueillir, leur provenance, par quel intermédiaire ces informations vont passer, le lieu et le moment où ces informations seront collectées. Dans l'autre extrême, les groupes communautaires et les agents locaux participent activement à toutes les activités.

Le degré le plus élevé de participation consiste en une sorte d'auto-étude de la communauté, où le projet prodigue seulement des conseils à la requête de la communauté même. La figure suivante illustre les différents degrés de participation communautaire au niveau des études locales.

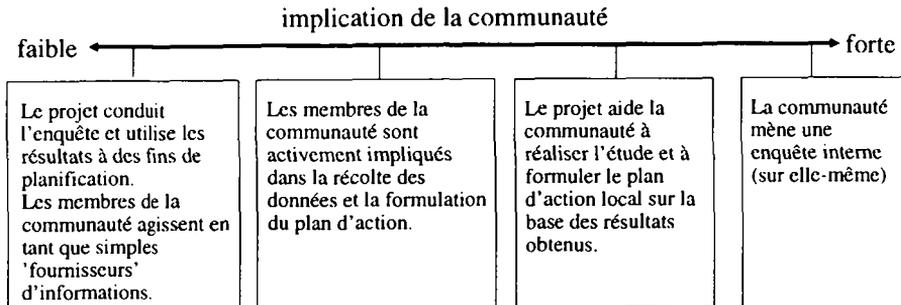


Figure 5: Les degrés de participation communautaire au niveau des études locales.

Plus l'étude est destinée à l'élaboration et la mise en oeuvre des activités pratiques d'éducation à l'hygiène, plus il est important de mener celle-ci dans le cadre d'un étroit partenariat avec les groupes communautaires et les agents communautaires. L'expérience actuelle semble indiquer qu'il existe une relation entre le degré d'implication des groupes communautaires dans l'identification des priorités d'action et l'adoption réelle de nouveaux équipements et pratiques. Une étude qui laisse suffisamment de place à une participation active des groupes communautaires et des agents de santé locaux (y compris les assistants bénévoles) peut être considérée comme une activité éducative en soi. Les populations examinent leur propre situation, ainsi que les possibilités et les priorités d'amélioration.

7.5 Eviter les problèmes et la sous-exploitation des résultats

En plus des suggestions ci-dessus, il est conseillé de garder en tête les éléments suivants lorsqu'on réalise une étude préliminaire:

- l'enquête sera planifiée et réalisée avec un maximum de participation des communautés;
- une personne sera nommée coordinateur de l'enquête;
- deux à trois membres du personnel, au maximum, seront responsables de l'enquête;
- un plan d'étude sera préparé et indiquera les objectifs de cette investigation, les méthodes, le personnel, le calendrier, le budget et la logistique nécessaires. Un tel plan ne doit pas excéder plus de quelques pages;

- le plan d'étude sera brièvement contrôlé avant de passer à l'exécution:
 - les objectifs de l'enquête seront dans la droite ligne des objectifs du projet, des problèmes identifiés ou des besoins en information;
 - on observera la règle des 50/50 pour la durée de l'étude, c'est à dire que la préparation et la récolte des informations ne dépasseront pas plus de 50% du temps total. Les autres 50% seront employés à l'analyse des informations recueillies, la rédaction d'un rapport et l'utilisation des résultats pour l'élaboration du plan d'éducation à l'hygiène, bien que cela ne soit pas toujours fait;
 - les méthodes d'investigation seront aussi simples que possible, mais permettront d'obtenir des résultats utilisables (voir section 7.3);
 - les besoins en personnel, temps, moyens financiers et en logistique pour recueillir l'information seront calculés en fonction des méthodes d'investigation sélectionnées (par exemple, temps moyen d'une interview, nombre d'interviews, formation des enquêteurs, indemnités journalières, transport, articles de bureau). Si les disponibilités en temps, argent et personnel sont inférieures à ce qui est nécessaire, il faudra alors revoir les méthodes d'investigation sélectionnées.
- le plan de l'étude sera discuté avec le personnel technique, non seulement pour en expliquer le contenu, mais aussi pour obtenir leur avis et, là où cela s'avère nécessaire, leur coopération et leur soutien;
- on organisera régulièrement de courtes réunions afin d'évoquer les progrès de l'enquête; il ne s'agira pas seulement d'informer, mais aussi d'aborder les adaptations opportunes et de faire une ébauche du plan d'éducation à l'hygiène;
- le rapport provisoire des résultats de l'enquête sera discuté avec le personnel technique. Ceci s'avérera utile non seulement dans l'optique de leur propre travail, mais aussi pour qu'ils puissent apprécier le travail effectué par l'équipe pédagogique ainsi que les intérêts et priorités définis par les groupes communautaires;
- l'élaboration du plan d'éducation à l'hygiène se fera en étroite consultation avec le personnel technique.

Tableau 3: éventail des informations sociales et sanitaires

1. *Démographie*
 - Population, densité, taux d'accroissement, mobilité (hommes, femmes)
 - Groupes de population (sociaux, économiques, ethniques, religieux)
 - Taille des ménages et composition (caractéristiques telles que femmes chefs de famille, familles polygames)
 - Division des tâches et des responsabilités au sein des ménages, rôle de la femme
2. *Logement*
 - Structure de l'habitat
 - Types d'habitation, état et agencement
 - Types de matériaux de construction utilisés
 - Espace disponible à l'intérieur et à l'extérieur de l'habitation
 - Equipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans l'enceinte de l'habitation
3. *Infrastructure*
 - Routes, état des routes/transports publics
 - Ecoles primaires pour filles et garçons, école secondaire pour filles et garçons
 - Centre de soins primaires de santé, clinique
 - Magasins, marché, poste
 - Centres religieux (mosquée, église, temple), centres communautaires
 - Petite industrie, usines
 - Equipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement (publics ou privés)
 - Besoins d'amélioration des équipements actuels / obstacles à cette amélioration
4. *Santé*
 - Problèmes de santé majeurs et importance relative des maladies liées à l'eau et l'assainissement (par sexe, groupes d'âge et groupes socio-économiques)
 - Variations saisonnières
 - Connaissances et perceptions en matière de maladies et de santé (selon le sexe, l'âge et le groupe socio-économique)
 - Utilisation des services de santé gouvernementaux ou non-gouvernementaux (selon le sexe, l'âge et le groupe socio-économique)
 - Disponibilité en personnel de santé (par sexe, niveau d'éducation et de formation)
 - Activités d'éducation sanitaire formelles ou informelles en cours; groupes-cibles
 - Dangers particuliers liés à l'hygiène de l'environnement

5. *Disponibilité en eau*
 - Source(s) d'eau, point(s) d'eau, distance, accessibilité, fiabilité/permanence, quantité, qualité (selon les facteurs socio-économiques)
 - Variations saisonnières
 - Coût de l'eau, vente
 - Mesures de protection/risques pour la santé aux points/sources d'eau
 - Droits et gestion des points d'eau

6. *Pratiques de consommation de l'eau (selon le sexe, l'âge et le groupe socio-économique)*
 - Sources/points d'eau préférés selon l'utilisation
 - Pratiques en usage pour le puisage, le transport et le stockage de l'eau
 - Utilisations personnelle et domestique de l'eau (boisson, lavage des mains, bain, lessive, vaisselle, nettoyage des légumes, nettoyage, toilette anale)
 - Utilisation de l'eau pour les animaux, le maraîchage et autres activités productives
 - Répartition des quantités d'eau utilisées, réutilisation
 - Critères de décision (des populations) qui déterminent l'adéquation de l'eau à utiliser selon les différents desseins
 - Obstacles à l'adoption de meilleures pratiques

7. *Pratiques en matière d'assainissement (selon le sexe, l'âge et le groupe socio-économique)*
 - Pratiques de défécation existantes
 - Pratiques et matériaux utilisés pour le nettoyage et les ablutions (y compris la prédominance de la pratique du bain dans la latrine)
 - Croyances et restrictions quant à l'utilisation de la latrine (par exemple, l'emplacement ou l'utilisation en commun)
 - Pratiques de nettoyage et de maintenance des latrines
 - Pratiques pour la vidange de la latrine et l'utilisation des sédiments organiques
 - Pratiques d'évacuation des eaux usées et des déchets solides
 - Pratiques de préparation, de manipulation et de conservation de la nourriture
 - Hygiène de la cuisine / hygiène domestique
 - Disponibilité et utilisation de savon pour l'hygiène personnelle
 - Obstacles à l'adoption de meilleures pratiques

8. *Occupations*
 - Principales occupations et répartition approximative (hommes/femmes)
 - Caractère saisonnier des emplois

9. *Organisation et participation*

- Présence d'organisations locales et type d'adhésion
- Autorités locales (femmes/hommes) et structures des responsabilités, processus de décision local
- Responsables/chefs informels et personnes éminentes (hommes/femmes)
- Facteurs politiques et sociaux locaux prédominants qui peuvent éventuellement influencer sur la participation
- Intérêt et participation lors des précédentes activités d'approvisionnement en eau, d'assainissement ou de développement (par sexe, par groupes d'âge et selon les facteurs socio-économiques)
- Caractéristiques primordiales qui déterminent l'acceptation d'inconnus travaillant pour le compte du projet dans la zone
- Traditions et pratiques locales d'exploitation, de maintenance et de réparation des structures d'approvisionnement en eau, d'assainissement ou autres

10. *Degré d'intérêt*

- Manifestation d'intérêt de la communauté (femmes/hommes) en faveur de l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement par rapport à d'autres améliorations possibles
- Signes de l'engagement des autorités en faveur d'améliorations
- Accessibilité pour tous (non-discriminatoire) aux ressources et activités du projet

11. *Bon-vouloir et capacité de financement (par sexe et selon les facteurs socio-économiques)*

- Possession de terre, d'une maison, de biens personnels
- Revenus
- Distribution des dépenses
- Habitudes en matière d'emprunt et d'épargne

12. *Disponibilité des technologies et des ressources locales*

- Disponibilité de matériaux de construction locaux
- Disponibilité d'une main d'oeuvre qualifiée ou non (hommes, femmes, variations saisonnières)
- Disponibilité des ressources liées à la technologie (comme par exemple de l'eau pour des latrines avec chasse d'eau)

13. *Education et communication (par sexe et selon les facteurs socio-économiques)*

- Education et degré d'alphabétisation
- Nombre d'enfants scolarisés (filles/garçons), d'enfants en situation d'abandon scolaire
- Nombre d'instituteurs et de professeurs, niveau scolaire et formation
- Enseignement pour adultes et formation professionnelle
- Disponibilité et importance relative des canaux de communication (du bouche à oreille jusqu'à la télévision)

Adapté de: Simpson-Hebert, M. (1983).

Exemple: description d'une interview de groupe thématique

Une interview de groupe sur un thème précis offre à un groupe homogène l'occasion de pouvoir s'exprimer librement sur un sujet particulier. En ce sens, cette interview n'en est pas vraiment une, mais consiste plus en un échange d'idées au sein d'un groupe. La mission du facilitateur ou de l'animateur (attention, ce n'est pas un intervieweur) est de stimuler les échanges d'idées, mais non de les restreindre ou de les diriger. Dans de telles circonstances, cette expérience permet aux participants de mieux dénouer l'essentiel des contradictions éventuelles et des subtilités de leurs attitudes et perceptions, plus qu'ils ne le feraient au cours d'une interview directe. La discussion de groupe à thème a donc pour but d'acquérir une plus grande compréhension des attitudes, perceptions, croyances et souhaits d'un groupe précis de personnes afin de parvenir à un programme d'éducation à l'hygiène pertinent.

En général, 6 à 12 personnes participent à une interview de ce type. Mais on peut avoir un nombre inférieur de participants tant que cela ne porte pas atteinte à la qualité des échanges. Il est capital que le groupe soit plus ou moins homogène, afin de pouvoir recueillir des éclaircissements plus poussés. Pour être sûr que les participants d'un tel groupe soient bien représentatifs d'un groupe-cible plus large (voir chapitre 8), il peut être nécessaire de comparer brièvement les résultats de l'interview avec un certain nombre d'enquêtes quantitatives.

On peut résumer les recommandations pour la conduite d'une interview de groupe thématique précise comme suit:

il est recommandé de...

1. constituer un guide des questions que le facilitateur utilisera afin d'encourager la discussion et les réactions;
2. rédiger les questions de telle sorte qu'elles sollicitent autre chose que de simples réponses du type oui/non; ces questions appelleront de préférence des réponses sur ce que les gens font, ce qu'ils ressentent et sur ce qu'ils pensent, plutôt que des réponses basées sur des faits;
3. écouter attentivement les réponses, car la façon de dire les choses peut se révéler aussi importante que les réponses elles-mêmes; certaines nuances ou variations dans l'expression, l'humeur et le choix des mots peuvent stimuler de nouvelles orientations dans les échanges ou révéler une information plus intéressante sur une certaine attitude;
4. formuler de nouvelles questions qui découlent des réponses données ou encourager les autres participants à réagir;
5. si les participants rechignent à s'exprimer ou hésitent, il est souhaitable d'utiliser la forme indirecte ou une tierce personne;
6. enregistrer la session entière de telle sorte qu'on puisse réécouter les échanges et capter des éléments qui ont pu passer inaperçus au cours de la session.

Source: Manoff, R.K. (1985) p.124-126.

8. Objectifs et groupes-cibles

8.1 Fixer les objectifs généraux, spécifiques et pratiques

L'ensemble des objectifs d'un programme d'éducation à l'hygiène dérivent:

- des objectifs généraux du projet (d'approvisionnement en eau et d'assainissement) (voir chapitre 1);
- des résultats de l'inventaire des activités d'éducation à l'hygiène ou sanitaire en cours dans la zone du projet (voir chapitre 6);
- des résultats obtenus à l'issue des études préparatoires au niveau communautaire (voir chapitre 7).

Les objectifs généraux des projets

Les objectifs généraux du projet fournissent le cadre dans lequel on va sélectionner des objectifs plus spécifiques pour l'éducation à l'hygiène. Bien que cela puisse paraître évident, cet élément est souvent relégué aux oubliettes. Ainsi, il n'est pas inaccoutumé de voir des projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement où le volet de l'éducation à l'hygiène est sensé assurer la promotion des latrines, bien que ceci n'ait pas été défini dans les objectifs généraux et qu'aucun moyen financier et en personnel n'ait été prévu à cet effet. Dans de tels cas, la question est de savoir si on doit alors élargir les objectifs généraux du projet ou revoir les objectifs de l'éducation à l'hygiène à la baisse.

Mais l'inverse peut également se produire. Par exemple, un projet d'assainissement urbain avait défini des objectifs éducatifs pour son programme d'évacuation des déchets solides, mais non pour son programme de latrines qui devait intervenir six mois plus tard. La direction du projet s'aperçut de ce problème trop tard et le projet manqua des fonds et du personnel nécessaires pour promouvoir la construction des latrines et leur utilisation.

L'inventaire des activités d'éducation à l'hygiène en cours

Lorsqu'on combine l'inventaire des activités d'éducation à l'hygiène avec les estimations préalables concernant l'effectif et les moyens financiers requis qui proviennent de sources différentes, cela permet d'en tirer des informations utiles sur lesquelles on va pouvoir centrer le programme d'éducation à l'hygiène. Par exemple, là où l'éducation à l'hygiène est encore inconnue, il se peut qu'on décide de ne pas accorder d'attention particulière aux écoles ou alors justement de lui en accorder beaucoup. Dans le second cas, il est manifeste que cela implique un énorme travail pour le personnel éducatif du projet. Ou encore, là où le programme de soins de santé primaires fonctionne bien, des objectifs spécifiques d'éducation à l'hygiène pourront porter sur l'établissement d'une coopération étroite entre les

activités de soins primaires de santé et celles du projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement avec pour conséquence des besoins financiers et en personnel moindres.

Les études au niveau communautaire

Les études préliminaires au niveau communautaire fournissent également des informations déterminantes pour la définition des objectifs pratiques. A titre d'exemple, une étude du milieu peut faire apparaître que les eaux usées des ménages qui disposent d'un robinet dans leur cour constituent un sérieux problème; que les populations savent peu de chose sur les différents types de latrines qui pourraient correspondre à leurs souhaits et à leurs moyens financiers; que l'organisation de la communauté n'est pas suffisamment développée et solide; que les populations expriment certaines préférences en ce qui concerne les différentes sources d'eau et la variété de leurs besoins en eau; que se laver les mains est généralement considéré comme une pratique importante que les enfants ont pourtant tendance à oublier.

Un processus progressif

La définition des différents types d'objectifs est souvent un processus progressif. Au début d'un projet, lorsqu'on dispose uniquement d'informations générales, les objectifs de l'éducation à l'hygiène doivent essentiellement aller dans le sens des objectifs généraux du projet. Lors des premières phases du projet, alors même que l'on dispose de davantage d'informations et d'expérience, on peut fixer des objectifs plus spécifiques et plus pratiques.

Au niveau communautaire, on ne peut définir des objectifs pratiques réalistes que si la communauté y contribue, car les populations, les priorités et les expériences locales diffèrent considérablement. Par exemple, une étude a montré que dans tel endroit, les conditions étaient favorables à la promotion de la latrine ce qui n'était pas le cas à tel autre endroit. Dans le premier cas, il s'agissait d'une région à forte densité de population où la plupart des ménages avaient déjà une installation qu'on pouvait assimiler à une latrine, même si elles ne correspondaient pas encore tout à fait aux normes de l'hygiène. Dans le second cas, la densité de la population était peu élevée et la défécation en plein air était la seule pratique en usage, tandis que la nature du sol s'opposait à la construction de fosses d'aisances. Incontestablement, les améliorations à apporter (qui sont traduites en objectifs pratiques et quantifiables) en matière d'assainissement dans ces deux endroits ne pourront être identiques et intervenir dans des délais comparables.

8.2 La nécessité de définir des objectifs bien clairs

Un problème fréquemment rencontré dans les programmes d'éducation à l'hygiène intégré correspond à une mauvaise définition de ses objectifs, si bien sûr ceux-ci

ont toutefois été définis. L'inexistence ou la mauvaise définition des objectifs entraîne, pour les personnels techniques et éducatifs, une confusion certaine quant aux missions et délais d'exécution du programme d'éducation à l'hygiène.

Sans objectifs clairs pour l'éducation à l'hygiène, le personnel technique aura souvent tendance à avoir des attentes démesurées par rapport au bénéfice global que le projet est sensé enregistrer en intégrant un volet éducatif. Il faut à nouveau insister ici sur le fait que l'éducation à l'hygiène peut certes faire la différence, mais dans le même temps, il faut rester réaliste. L'éducation à l'hygiène peut servir d'outil permettant par exemple d'influer positivement sur le bon vouloir des utilisateurs à prendre en charge une partie des coûts de maintenance d'un approvisionnement en eau par canalisation; toutefois, cet outil sera inopérant lorsque la contribution ainsi requise dépassera les moyens des utilisateurs, lorsque les points d'eau seront mal situés ou encore lorsque l'approvisionnement en eau sera précaire (voir chapitre 2).

Une définition médiocre des objectifs de l'éducation à l'hygiène augmentera d'autant les probabilités de voir le personnel éducatif se précipiter dans la mise en oeuvre des activités éducatives sans avoir au préalable pris en compte les priorités et les délais existants. Cela peut facilement conduire à un surcroît de travail sans pour autant que cela se traduise par des bénéfices tangibles.



L'éducation à l'hygiène sera d'autant plus efficace si je repère bien ma cible.

Comment définir clairement les objectifs

Il est important de parvenir à des objectifs pratiques d'éducation à l'hygiène qui:

- permettent aux personnels éducatifs et techniques de savoir quelles sont leurs missions précises et les délais d'intervention dans le programme d'éducation à l'hygiène;
- puissent guider l'intégration des volets techniques et non-techniques du projet;
- soient une base permettant de formuler un plan de travail avec les ressources en temps, en argent et en effectif nécessaires;
- constituent un critère pour le suivi et l'évaluation des progrès et des résultats.

Certains exemples d'objectifs d'un programme d'éducation à l'hygiène sont présentés à la fin de ce chapitre et illustrent bien qu'il n'existe aucune règle stricte pour la détermination des objectifs.

8.3 Déterminer les groupes-cibles

Les groupes-cibles directs

En ce qui concerne l'éducation à l'hygiène, les groupes-cibles directs correspondent à l'ensemble des populations des communautés qui sont affectées par le projet. La santé des communautés et des familles ne peut seulement évoluer que si chacun a accès et utilise de façon adéquate en termes d'hygiène les équipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

Toutefois, tous les membres d'une communauté ne sont pas identiques, et ne vivent pas de la même manière. Les situations socio-économiques, l'habitat, les milieux politiques, culturels et religieux diffèrent. De même, les rôles et les comportements des enfants, des femmes et des hommes seront distincts.

Dans un programme de promotion de l'assainissement, l'une des raisons du succès limité de ce programme fut identifié: on avait accordé trop peu d'attention à la diversité des groupes-cibles. Les activités s'adressaient essentiellement aux hommes et ignoraient les femmes, les adolescents et les enfants. En outre, on avait insuffisamment pris en compte les ménages qui n'étaient pas propriétaires de leur habitat -et qui donc étaient récalcitrants à apporter des améliorations- ainsi que les ménages trop pauvres pour pouvoir rembourser un emprunt pour les travaux d'assainissement.

Source: Simpson-Hebert, M. (1987) p. 13.

Les différences entre les personnes reflètent la diversité des problèmes de santé et d'hygiène ainsi que des priorités et des possibilités de réduire les risques sanitaires liés à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement. Il faut discerner ces différences en identifiant des groupes-cibles spécifiques. Les études préparatoires au niveau communautaire offrent des informations précieuses sur les différences locales entre les membres de la communauté.

Lorsque les ressources en temps, en argent et en effectif sont réduites, il est alors souhaitable de sélectionner des groupes-cibles prioritaires. Généralement, les femmes des catégories socio-économiques les plus faibles ou les femmes avec des enfants de moins de cinq ans font partie des premiers groupes-cibles choisis.

Lorsqu'on se concentre sur les femmes, il faut garder trois éléments en mémoire:

- le temps dont disposent les femmes pendant la journée peut être très limité en raison de leur nombreuses obligations pour subvenir à leur famille et effectuer leurs tâches ménagères; par conséquent, les horaires de travail des éducateurs à l'hygiène doivent être modulables;

- il ne faut pas seulement considérer les femmes dans leurs rôles d'épouse, de mère et de 'gardien' assurant l'entretien du foyer; elles ont également beaucoup à dire sur les choix technologiques, l'emplacement des équipements, les contributions en espèce ou en nature destinées à la réalisation, l'exploitation et la maintenance des installations;
- lorsque les efforts portent essentiellement sur les femmes, il ne faut pas complètement ignorer les hommes, car la plupart d'entre eux sont mariés et pères de famille; ils sont donc impliqués dans les affaires de la famille, mais aussi, ils ont leurs besoins et leurs responsabilités propres en matière d'eau et d'assainissement.

Il n'est pas facile de décider de l'emplacement d'un réservoir d'eau (barrage de retenue). Les différents groupes au sein d'une population c'est-à-dire les hommes, les jeunes femmes et les femmes plus âgées, les habitants des différents villages, etc... peuvent -et c'est en pratique souvent le cas- exprimer des intérêts et des mobiles divers. Par exemple, les hommes veulent disposer d'une eau abondante pour leur bétail et considèrent qu'un barrage destiné au bétail renforce le prestige du village. Les jeunes femmes, qui, en fait, sont celles qui transportent l'eau, veulent que l'eau se trouve aussi près que possible de la maison; si le réservoir est placé plus loin qu'un autre point d'eau non-amélioré, il est plus que probable qu'elles iront puiser de l'eau à cet endroit, surtout si cette eau est considérée comme propre. Toutefois, le projet a connaissance du fait que ce point d'eau est infesté par le ver de Guinée et donc impropre à la consommation (boisson). Mais, la population n'est pas convaincue que le ver de Guinée provienne de l'eau.

Malgré ces difficultés, si on met en oeuvre une véritable communication par étapes entre les groupes de villageois et le projet, et si on bâtit l'éducation à l'hygiène sur la base de discussions de groupes, il est possible la plupart du temps de parvenir à une solution qui satisfasse toutes les parties en présence.

Source: Murre, T. (1990) p. 3.

Les groupes-cibles indirects

Au niveau communautaire, il se peut qu'un certain nombre de personnes puissent jouer un rôle principal dans la promotion de l'hygiène si elles acceptent d'agir en tant que 'promoteur' ou en tant qu'éducateur auprès des différents groupes. L'identification de ces personnes doit s'appuyer sur des sélections faites par les communautés mêmes. Ce processus de sélection pourra être orienté grâce aux études préliminaires. Les chapitres 2 et 3 indiquent de quelles façons les membres les plus respectés d'une communauté peuvent influencer notablement la promotion d'un comportement facteur d'hygiène. Pour parvenir à ce résultat, ces personnes ont besoin d'une formation et d'un soutien particuliers que le programme d'éducation à l'hygiène doit être en mesure de leur fournir. Le rôle et la formation de ces 'agents-promoteurs' et des éducateurs locaux sont également abordés dans le chapitre 11.

Dans de nombreux projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement, des comités d'approvisionnement en eau et d'assainissement communautaires ou des comités de santé communautaire sont créés et ont leur mot à dire sur la planification, la mise en oeuvre, l'exploitation et la maintenance des équipements en cours d'amélioration. Dans ces cas-là, on peut éventuellement décider de mener à bien le programme local d'éducation à l'hygiène avec et par l'intermédiaire des membres de ces comités. Les membres des comités reçoivent alors une formation adéquate afin qu'ils puissent agir en tant que promoteur de l'hygiène auprès de leurs voisins et de leurs concitoyens.

Les groupes-cibles intermédiaires

Les groupes-cibles du programme éducatif ne se trouvent pas seulement au niveau des communautés. Afin de réduire les risques sanitaires liés à l'eau et à l'assainissement, il faut également prendre en compte les groupes-cibles intermédiaires. A la fin du chapitre 1, le tableau 2 offre une vue d'ensemble du rayon d'action de l'éducation à l'hygiène. Les principaux groupes-cibles intermédiaires sont:

- le personnel technique du projet qui a besoin d'avoir une idée précise sur les aspects sociaux et sanitaires liés à l'eau et à l'assainissement afin qu'ils puissent agir en tant que partenaire du programme d'éducation à l'hygiène;
- les animateurs locaux de l'état ou des organisations non-gouvernementales qui peuvent jouer un rôle actif dans les activités d'éducation à l'hygiène au niveau communautaire au cours des phases successives du projet;
- les personnels régionaux et des districts des organisations gouvernementales et non-gouvernementales, afin de donner naissance à un réel élan en faveur de l'intégration de l'éducation à l'hygiène et de soutenir des efforts de coopération;
- les représentants du gouvernement et les personnalités politiques, afin de solliciter un réel engagement de leur part en faveur d'une approche intégrée de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'éducation à l'hygiène.

Pour ces groupes intermédiaires également, il est capital de déterminer les vraies priorités afin d'être sûr de s'adresser à la bonne personne avec le bon message. A titre d'exemple, le personnel technique qui est chargé du fonctionnement des plate-formes de forage, constitue un groupe-cible distinct de celui du personnel technique impliqué dans l'assainissement à faible coût au niveau des ménages.

Exemple: les objectifs et groupes-cibles d'un projet au Lesotho

Pour les objectifs éducatifs du programme d'assainissement urbain (latrines), on a particulièrement pris en compte des groupes cibles spécifiques. Ces objectifs se traduisent concrètement comme suit:

- a. inciter à la construction de latrines à fosse ventilée les groupes qui ne disposent d'aucune installation d'assainissement, en particulier les ménages, les propriétaires de maisons louées, les directeurs des écoles, les autorités locales, les responsables des lieux publics, les administrateurs des hôpitaux;
- b. inciter les groupes qui disposent de certaines installations d'assainissement telles qu'un pot de chambre ou une latrine à fosse à passer à un niveau supérieur, c'est-à-dire aux latrines à fosse ventilée;
- c. encourager l'utilisation systématique des latrines par tous les membres de la famille, en particulier par les enfants;
- d. s'assurer que le nettoyage et l'entretien des latrines sont bien faits, que les moustiquaires ne sont pas endommagés, que des ordures, des matières toxiques ou des désinfectants ne sont pas jetés dans la fosse;
- e. encourager des pratiques de l'hygiène telles que le lavage des mains avec du savon, l'évacuation des fèces des enfants, la propreté lors de la préparation des repas et un stockage propre de l'eau potable;
- f. la promotion des pratiques destinées à la santé des enfants, c'est-à-dire la thérapie de réhydratation orale pour les enfants atteints de diarrhée et de préférence, l'allaitement au sein plutôt que l'allaitement au biberon avec des laits de substitution.

Au niveau intermédiaire, de nombreux groupes-cibles ont été identifiés et comprennent les agents de santé, les responsables du Conseil Local d'Urbanisation, les constructeurs de latrines et les enseignants des écoles primaires. En effet, tous peuvent apporter un certain soutien à la mission du programme d'assainissement urbain et assurer certaines activités spécifiques de l'éducation à l'hygiène.

Source: Hubleby, J., Jackson, B. and Khaketla T. (1987).

Exemple: les objectifs et groupes-cibles d'un projet en Thaïlande

1. Les objectifs généraux du programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement rural sont: a) de pourvoir 50% de la population avec au moins deux litres par personne et par jour d'eau potable grâce à la production de jarres en ciment destinées à la collecte d'eau de pluie et; b) d'équiper 75% des ménages en zone rurale de latrines à chasse d'eau manuelle, afin de réduire l'incidence des maladies diarrhéiques et parasitaires sur tous les groupes d'âge de la population.
2. Les objectifs spécifiques du volet de l'éducation à l'hygiène sont entre autres:
 - a. d'encourager les populations à construire des latrines et à les utiliser quotidiennement;
 - b. d'inciter les populations à utiliser de l'eau potable pour la boisson, la cuisine et la vaisselle;
 - c. de promouvoir des équipements adaptés pour l'évacuation des déchets solides et liquides ainsi que la propreté de l'environnement familial et domestique;
 - d. de promouvoir la salubrité de l'alimentation auprès des ménages, des restaurants, sur les marchés et dans les cantines scolaires;
 - e. d'encourager les mesures de protection contre la prolifération des insectes et des rongeurs.

3. Les groupes-cibles sont identifiés à deux niveaux.

Avec au niveau intermédiaire:

- les sages-femmes locales;
- les agents d'assainissement;
- les artisans-agents d'assainissement (hommes et femmes) du village;
- les volontaires villageois de la santé (femmes et hommes);
- les enseignants;
- les moines;
- les agents de développement communautaire;
- les agents d'animation pour l'agriculture.

Toutes ces personnes sont priées d'être membres de l'équipe éducative du village; le projet leur fournit la formation et le soutien qui leur permettent de faire passer plusieurs messages précis en matière d'éducation à l'hygiène aux groupes-cibles spécifiques.

Au niveau villageois:

- les mères d'enfants en bas-âge (de un à trois ans), d'enfants d'âge pré- scolaire (de 4 à 6 ans) pour leur enseigner les pratiques d'utilisation des toilettes, le lavage des mains et la salubrité alimentaire;

- les associations de femmes, de jeunes, de cultivateurs pour les informer sur les pratiques de base de l'hygiène;
 - les ménages qui ne disposent pas de latrine et de source d'eau potable, afin de les aider à accéder à ces services fondamentaux;
 - les élèves;
 - les centres de nutrition, afin de leur enseigner à apprendre aux enfants d'âge pré-scolaire comment faire leur toilette, se laver les mains (les centres de nutrition dépendent de l'état et s'occupent pendant la journée des enfants âgés de 2 à 5 ans dont les parents travaillent tous les deux).
4. Les dix objectifs pratiques pour l'hygiène au village sont:
- 100% de la population villageoise a accès et utilise quotidiennement une latrine. (On demande à tous les chefs de famille -qui ont ou non leur propre latrine- si tous les membres de leur famille ont accès à une latrine et l'utilisent quotidiennement. Sinon, les agents de l'assainissement, les moines, sages-femmes et agents de développement communautaire devront faire des efforts afin de rendre cet accès possible.);
 - 90% des ménages qui disposent d'une latrine les entretiennent et les nettoient régulièrement. (L'agent peut faire des contrôles à l'improviste de ces latrines suivant un calendrier proposé par le Centre Régional pour l'Assainissement. Lors de sa visite, l'agent d'assainissement encouragera le ménage à maintenir la propreté de la latrine.);
 - 100% des latrines scolaires sont nettoyées chaque jour (la suppression des odeurs comprise). (L'agent effectue des visites-surprises au cours de l'année scolaire et encourage les enseignants à mettre en place un système de nettoyage journalier des latrines.);
 - pour 100% des latrines scolaires et familiales, on a installé de l'eau et un pot à l'intérieur de la latrine, tous deux étant utilisés pour chasser les excréments après toute défécation (l'agent effectuera des contrôles);
 - 100% des ménages et des écoles disposent de savon ou d'un détergent pour se laver les mains (l'agent d'assainissement effectue des contrôles-surprises);
 - la totalité des latrines familiales et scolaires sont équipées d'un autocollant pour la promotion de l'hygiène (l'agent vérifie);
 - la totalité des jarres d'eau de pluie ont un couvercle (l'agent vérifie si c'est le cas);
 - la totalité des jarres d'eau sont en permanence couvertes (l'agent effectue des contrôles-surprises);
 - 90% des ménages et des écoles ont accès à l'eau potable (l'agent vérifie);
 - 50% des enfants entre 4 et 5 ainsi que 90% des enfants âgés de plus de 6 ans ont appris à utiliser systématiquement la latrine. (L'agent d'assainissement interroge les mères de ces enfants).

Source: Simpson-Hebert, M. (1987).

Exemple: les objectifs et les groupes-cibles d'un projet au Bangladesh

1. Le projet a pour objectifs de tester un nouveau type de pompe à main et un modèle expérimental de latrine à chasse d'eau manuelle, de mettre au point et de tester l'efficacité d'un programme d'éducation à l'hygiène intégré.
2. Les objectifs immédiats du programme d'éducation à l'hygiène sont l'amélioration des pratiques locales en matière d'utilisation de l'eau, d'utilisation des latrines et des pratiques d'hygiène personnelle avec en particulier:
 - a. la promotion de l'utilisation de l'eau provenant exclusivement de la pompe à main pour tous les usages personnels et domestiques;
 - b. l'augmentation quantitative de la consommation de l'eau pompée;
 - c. l'encouragement à un 'bon' stockage et une 'bonne' utilisation -en termes d'hygiène- de l'eau pompée;
 - d. l'assurance que les latrines avec syphon hydraulique sont acceptées, utilisées, nettoyées et entretenues correctement;
 - e. la promotion de l'évacuation dans les latrines des fèces des jeunes enfants;
 - f. transmettre les connaissances nécessaires et sensibiliser les populations sur la nécessité d'améliorer leur hygiène personnelle.
3. Sur la base de ces objectifs, on a élaboré et on a eu recours à 9 messages-clés.

Pour ce qui concerne l'eau

- Utilisez uniquement l'eau de la pompe à main pour vos besoins personnels et domestiques.
- Lavez les légumes et les fruits avant de les cuire ou de les manger et se laver sur le site là où se trouve la pompe.
- Après avoir fait la vaisselle avec une quantité suffisante d'eau de la pompe, rangez-la dans un endroit protégé.
- Lorsque vous puisez de l'eau, le récipient qui sert au puisage ainsi que les autres conteneurs doivent toujours être minutieusement lavés. Couvrez toujours le récipient qui contient l'eau potable avec un couvercle. Laissez le récipient de puisage de l'eau potable sur la margelle (de telle façon qu'il ne soit pas sali).
- Lavez-vous soigneusement les mains avec de l'eau potable avant de manger ou de servir à manger aux autres.

suite

Pour ce qui concerne l'assainissement

- L'utilisation des latrines sanitaires contribue considérablement à prévenir la propagation des maladies diarrhéiques et des vers.
 - Il faut évacuer les fèces des jeunes enfants dans les latrines.
 - Gardez la latrine propre en versant 1 ou 2 pots d'eau après défécation.
 - Après toute défécation, lavez-vous méticuleusement les mains avec du savon ou de la cendre et une quantité suffisante d'eau de la pompe.
4. Le groupe-cible est composé des ménages qui sont concernés par les activités d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Les groupes-cibles spécifiques sont les femmes vivant dans la zone du projet à la fois en tant que membres d'un ménage et membres du voisinage.

Source: Aziz, K.M.A. et al (1990).

9. *Elaboration et mise en oeuvre du plan de travail*

Le plan de travail destiné à la planification et à la mise en oeuvre d'un volet d'éducation à l'hygiène ne diffère pas vraiment de celui d'un volet technique. En fait, ces deux volets devraient non seulement faire partie du plan de travail global du projet, mais ils devraient aussi être élaborés de façon sensiblement similaire et être faciles à intégrer. Le plan doit comprendre toutes les activités essentielles permettant d'atteindre les objectifs spécifiques de l'éducation à l'hygiène avec les différents groupes-cibles et proposer un calendrier. Bien sûr, il se peut qu'il soit nécessaire d'adapter ultérieurement ce plan de travail, au fil et à mesure que l'on dispose d'informations supplémentaires pour le suivi et l'évaluation.

L'élaboration et la mise en oeuvre du plan de travail dépendent de la disponibilité en personnel et en moyens financiers. Dans ce chapitre-ci, ces questions sont sommairement abordées, mais elles seront étudiées en détail dans le chapitre 11.

9.1 La planification du plan de travail de l'éducation à l'hygiène

Introduction

En règle générale, un programme d'éducation à l'hygiène requiert deux niveaux de planification, c'est-à-dire au niveau du projet et au niveau des communautés (cf. également chapitre 5).

Au niveau du projet, l'élaboration du plan de travail intervient en étroite collaboration avec le personnel technique du projet et comprend l'ensemble des activités liées à la mise sur pied et à la mise en oeuvre d'un programme, c'est-à-dire la planification, la formation du personnel, les études préliminaires, l'éducation à l'hygiène communautaire, la mise au point des supports audio-visuels, le suivi et l'évaluation.

A l'échelon communautaire, le plan est établi en étroite collaboration avec la communauté et inclut toutes les activités d'éducation à l'hygiène qui sont organisées sur le terrain avec les différents groupes-cibles concernés. Tandis que le plan global d'éducation à l'hygiène intégré au projet peut, par exemple, couvrir 60 sites par an, il sera nécessaire de définir un plan d'éducation à l'hygiène communautaire pour chacun de ces 60 sites, si on souhaite que le programme ait un impact maximal.

Le plan de travail au niveau du projet

Au niveau du projet, le plan de travail comporte l'ensemble des activités nécessaires à la bonne marche d'un programme d'éducation à l'hygiène. En règle générale, les différentes phases d'un programme telles que nous les avons présentées dans le chapitre 5, figurent dans ce plan; mais, elles y sont alors précisément définies dans le temps. Les activités les plus courantes d'un plan sont:

- l'inventaire des activités d'éducation à l'hygiène en cours dans la zone du projet;
- les études communautaires préliminaires;
- l'identification et la sélection des sites du projet (souvent grâce à des études du milieu social, sanitaire et technique);
- l'identification des objectifs pratiques (et si possible quantifiables) ainsi que des groupes-cibles;
- la préparation d'un programme d'éducation à l'hygiène au niveau communautaire;
- la formation des éducateurs à l'hygiène;
- la mise en oeuvre du programme d'éducation à l'hygiène au sein des communautés;
- la préparation des stages de formation pour les différents groupes-cibles concernés (aux niveaux communautaire, du projet et du district),
- la réalisation des stages de formation pour les différents groupes-cibles concernés;
- la préparation du matériel audio-visuel;
- la formation sur le terrain et la supervision des éducateurs à l'hygiène;
- l'organisation et les réunions internes;
- la coopération et les échanges avec les autres agences;
- le compte-rendu, le suivi et l'évaluation.

Le plan de travail au niveau communautaire

Lorsqu'on met au point et en application un plan de travail d'éducation à l'hygiène au niveau des communautés, il faut prendre garde à ce que l'enchaînement et le contenu des activités techniques d'une part, et éducatives d'autre part, correspondent effectivement. Cette synchronisation implique une certaine indulgence par rapport aux possibilités et limitations de chacun et ne signifie pas qu'aucune adaptation ou variation ne soit plus envisageable par la suite. La figure 6 donne un exemple précis. Dans le plan initial, les activités éducatives et participatives étaient basées sur des visites d'une journée; mais, à l'issue des tests et d'une évaluation, le plan de travail a été modifié en faveur de plusieurs séries de visites, ceci afin d'accroître l'impact du programme et la satisfaction de l'ensemble des personnels.

Les plans de travail au niveau communautaire peuvent considérablement différer en fonction du type de projet, des agences éducatives et d'animation qui sont

impliquées, du budget et du personnel disponibles. Dans un projet d'assainissement urbain réalisé au Népal, le plan de travail évoluait sur la base d'un cycle mensuel: chaque mois, les agents communautaires recevaient une formation de quatre jours et mettaient en pratique ce qu'ils avaient appris durant le reste du mois. La formation suivante tenait systématiquement compte des progrès et des expériences réalisés au cours des activités éducatives et techniques du mois précédent. Dans un projet rural en Thaïlande, on incitait l'ensemble des agents communautaires à intégrer l'éducation à l'hygiène en tant qu'élément de leurs activités journalières grâce à des actions de formation sporadiques et grâce au soutien des agences gouvernementales. Dans un projet rural en Zambie, le plan de travail au niveau des communautés consistait en une série de visites au cours desquelles les activités éducatives étaient liées aux activités techniques du projet en cours de réalisation. Certains exemples sont présentés à la fin de ce chapitre.

Il n'existe pas de plan de travail idéal au niveau communautaire. Cependant, lorsqu'on détermine ce qui convient le mieux pour un projet donné, les éléments qui ont trait à la communication (chapitre 10), aux ressources humaines et financières (chapitre 11) méritent vraiment d'être pris en considération. D'autres aspects, tels que la disponibilité et la charge de travail des groupes-cibles, le calendrier et les devoirs religieux, les saisons de grande activité pour l'agriculture, le climat (par exemple, la période de la mousson) ainsi que les périodes de forte poussée des maladies liées à l'eau et à l'assainissement ou de multiplication des moustiques et mouches, doivent retenir l'attention.

Bien que le plan de travail éducatif au niveau communautaire s'appuie en principe sur des études et des échanges préliminaires avec les communautés, l'une des premières mesures à adopter lors de la mise en oeuvre réelle du plan de travail au niveau communautaire consiste à encourager au maximum la participation de la communauté; la double finalité de cette mesure est de parvenir à un programme d'éducation à l'hygiène qui fasse réellement appel à la communauté et d'avoir un plan de travail 'taillé sur mesure' qui reçoive le plein accord de celle-ci.

Les impondérables

La mise en oeuvre d'un plan de travail au niveau communautaire peut éventuellement se heurter à des obstacles à ranger dans la catégorie des 'impondérables', par exemple des problèmes de logistique ou d'approvisionnement en matériel. Ces impondérables peuvent aussi prendre la forme d'une épidémie, d'un mariage, de funérailles ou encore d'un conflit. Le personnel éducatif et la direction générale du projet devront alors en tenir compte.

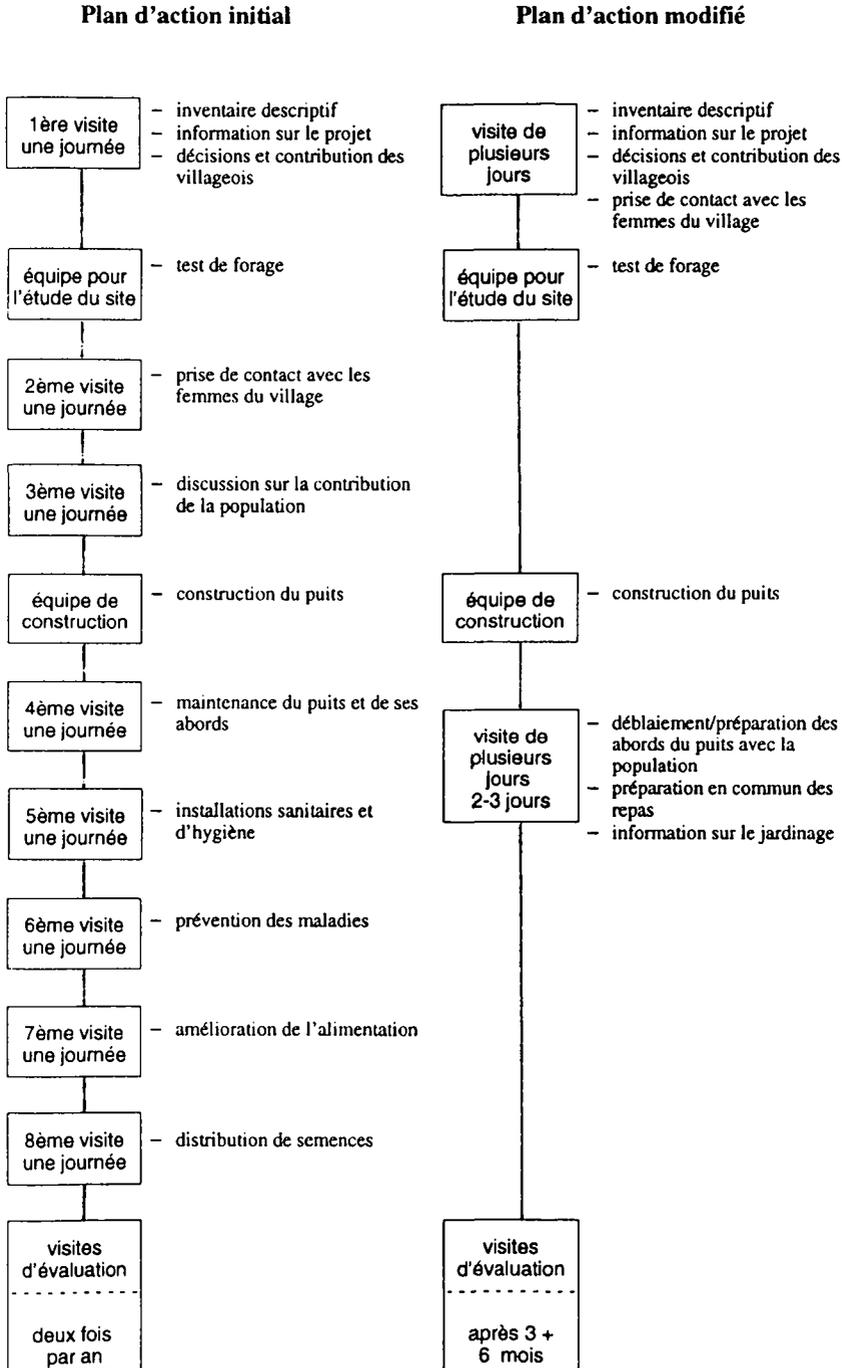


Figure 6: Plan de travail initial et modifié après une évaluation.
Source: Visscher, J.T. et Hofkes, E. (1982)

9.2 L'intégration des activités techniques et éducatives

Pour assurer un maximum de réussite aux projets intégrés, il faut harmoniser non seulement le calendrier, mais aussi le contenu des activités techniques et éducatives (cf chapitre 2). Il est souhaitable que le plan de travail de l'éducation à l'hygiène soit le fruit d'un échange entre les personnels technique et éducatif, au cours duquel l'harmonisation et la coordination des activités respectives seront placées au centre de toutes les préoccupations. Ceci est d'autant plus important au cours des premières phases d'un projet, lorsqu'il faut arrêter des décisions en matière de conception technique et procéder à une évaluation des options possibles en matière d'exploitation et de maintenance. Cette coopération entre les deux types de personnel sera également vitale durant les étapes de mise en oeuvre.

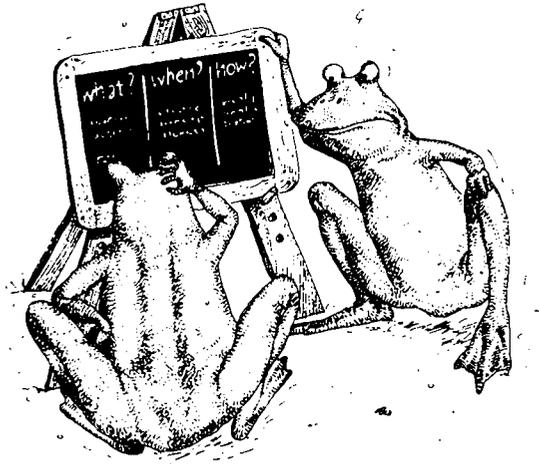
L'intégration des activités techniques et éducatives demande de la flexibilité et une certaine compréhension réciproque, ce qui ne va pas toujours de soi et peut conduire de part et d'autre à certaines frustrations. Pour partir du bon pied, il est éventuellement sage d'organiser un atelier interne destiné aux personnels éducatifs et techniques; cela leur fournit mutuellement l'occasion de connaître les données fondamentales des volets éducatifs et techniques et de s'expliquer mutuellement les jargons ou terminologies respectivement utilisés. Par la suite, il sera aussi conseillé d'organiser des réunions internes à intervalles réguliers.

Au cours de l'élaboration et de la mise en oeuvre du plan de travail, le directeur du projet aura notamment pour tâche d'organiser la coordination et la coopération entre les personnels techniques et éducatifs. Dans la mesure où, souvent, la directrice ou le directeur du projet a une formation technique, elle/il risque de devoir faire un effort particulier pour apprécier les exigences et les obstacles du volet d'éducation à l'hygiène. Elle/il devra faire preuve de doigté et de créativité pour éviter, voire tuer dans l'oeuf les éventuels problèmes. Sinon, la coopération et la coordination de l'éducatif et du technique risque d'en souffrir énormément et d'entraver la progression du projet.

On pourra faciliter l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan de travail intégré en observant les points suivants:

Concertation et élaboration du plan de travail

On élaborera plus facilement un plan de travail intégré lorsque les personnels technique et éducatif définissent ensemble dès le départ les objectifs globaux du projet et considèrent, ensuite, 'qui (c'est-à-dire le personnel de quelle discipline) fera quoi à quel moment'. Si on organise des réunions à cet effet, l'idéal est de préparer minutieusement les points à l'ordre du jour ; cela permet de mettre en lumière les impératifs et les problèmes des volets technique et éducatif et de prendre sur-le-champ des décisions. A cet égard, un exercice participatif de formation pourra s'avérer d'une extrême utilité (cf. exemple en fin de chapitre).



Lorsque le technicien et l'éducateur se concertent . . .

Utiliser un seul calendrier global

On entend souvent dire qu'un volet éducatif exige plus de temps qu'un volet technique. Par conséquent, on prétend que le volet de l'éducation à l'hygiène doit débiter de préférence plusieurs semaines, voire un an, avant le volet technique et s'achever au moins un an après que la construction des équipements ait été terminée. Derrière cette critique, se cache le raisonnement suivant: le changement de comportement prend du temps.

Sans nier l'exactitude du raisonnement, on peut toutefois mettre en doute le fait que cela doive affecter automatiquement le calendrier global du projet. Dans la mesure où on accorde de plus en plus d'importance à la nécessité de construire ou d'améliorer des équipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement qui soient viables à moyen et long terme, les volets -techniques et éducatifs- ont tous deux besoin d'une période de démarrage et d'achèvement aux niveaux aussi bien du projet que de la communauté. A partir de là, l'idéal est bien d'adopter une approche intégrée du début jusqu'à la fin du projet.

D'un autre côté, il peut s'avérer qu'au niveau communautaire, les activités éducatives et techniques ne suivent pas le même rythme. Dans le cas d'un projet d'approvisionnement en eau par canalisation, la conception et la construction des équipements prennent environ une à deux années, voire davantage. On dispose alors largement du temps nécessaire pour mener à bien toutes sortes d'activités d'éducation à l'hygiène. Mais, il en va autrement pour un projet de puits peu profonds avec pompe à main ou pour un programme de latrines où la construction prend à peine quelques jours ou quelques semaines. Dans ces cas-là, l'éducation à

l'hygiène au niveau communautaire devra effectivement durer plus longtemps que les activités techniques.

Malheureusement dans la réalité, le volet d'éducation à l'hygiène démarre souvent beaucoup plus tard que le volet technique et ne fait pas long feu. L'une des raisons de cette situation est que les dotations budgétaires et en personnel n'ont pas été prévues correctement et à temps. Et, facteurs aggravants, le personnel technique s'attend à ce que les activités d'éducation à l'hygiène aillent dans le même sens que les décisions techniques qu'ils ont prises et justifient celles-ci auprès des communautés. Ce sont ces facteurs qui sont sources de problèmes pour le personnel éducatif et qui entravent la réussite de la mise en oeuvre de leur programme, et non le prétendu fait que l'éducation à l'hygiène requiert du temps.

Porter le même degré d'attention aux deux volets

Il n'est pas rare - au moins aux yeux du personnel éducatif - que les retards dus aux aléas techniques soient excusés, tandis que les retards des activités éducatives sont mal vus. En fait, il est souhaitable que soit admis une fois pour toutes que les deux volets -éducatif et technique- ont leurs propres contraintes; Celles-ci peuvent nécessiter un rééchelonnement des activités aux niveaux communautaire et du projet dont il faudra informer les parties en présence le plus tôt possible. Par exemple, si le personnel technique avertit suffisamment tôt le personnel éducatif qu'il n'y a plus de ciment, cela permet un réaménagement précoce des activités d'éducation à l'hygiène. Réciproquement, si le personnel éducatif avise rapidement le personnel technique que la communauté n'est pas prête à commencer le travail de construction, cela leur permettra de modifier à temps l'ordonnancement des activités techniques.

Expérimenter la meilleure méthode de coordination des activités

Au niveau communautaire, il existe fondamentalement deux options possibles pour coordonner au mieux les activités d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'éducation à l'hygiène. Dans le premier cas, le travail est assuré séparément par les services (ou agences, cf. chapitre 4) techniques et socio-éducatifs. Dans l'autre cas, les personnels technique et socio-éducatif forment des équipes au sein d'un seul service. (Bien sûr, cela ne s'applique pas si le personnel technique assume les activités éducatives).

Chacune de ces deux options a ses avantages et ses inconvénients. Si le projet passe par des services séparés ou agences distinctes, cela donne au personnel avec la même expérience professionnelle davantage de sécurité de l'emploi et des possibilités supplémentaires en termes de soutien et de formation continue.

Travailler avec une équipe mixte (où travaillent côte à côte techniciens et éducateurs) permet d'avoir au niveau communautaire une plus grande coopération et une meilleure coordination des activités au jour le jour. Il n'y a pas de règle précise qui dicte quelle option ou combinaison d'options il faut choisir dans telle

ou telle circonstance. Quelque soit l'option retenue au départ, le projet sera amené à la reconsidérer dès que l'harmonisation et la coordination des activités techniques et éducatives seront confrontées à de sérieuses difficultés.

Le plan de travail constitue un outil de travail

Un plan de travail clair peut contribuer à prévenir un certain nombre de problèmes et de confusions entre les personnels impliqués dans la mise en oeuvre du projet. Toutefois, cet outil ne doit pas devenir contraignant. Au contraire, il doit être utilisé pour le suivi et l'évaluation (y compris pendant les réunions), afin de procéder aux ajustements qui sont souhaitables par rapport aux nouveaux éléments ainsi mis en évidence.

Exemple: exercice d'intégration des aspects techniques, sociaux et participatifs

But: sensibiliser les participant(e)s à l'importance d'associer les aspects sociaux au projet technique et vice-versa, de façon à concilier la nécessité de promouvoir la participation des communautés avec l'autre nécessité qui est de respecter les délais d'installation des équipements (techniques).

Durée: 1 1/2 - 2 heures.

Matériel: grandes feuilles de papier (format d'un journal), paire de ciseaux, gros feutres, ruban adhésif.

NOTE AU FORMATEUR:

Cet exercice est très stimulant, puisque les groupes travaillent ensemble à l'élaboration d'un plan intégré. Cela permet d'éveiller une compréhension mutuelle vis-à-vis des besoins respectifs des différents groupes et vis-à-vis des aspects complémentaires de ces besoins.

Procédure:

- Répartissez les participants en deux groupes: l'un regroupe ceux qui sont plutôt spécialisés dans les aspects sociaux et l'autre ceux qui sont plutôt spécialisés dans les aspects techniques.
- Demandez au groupe des techniciens de préparer une liste des activités techniques (par exemple, la conduite de l'étude géologique, la sélection du site pour une pompe, le forage d'un puits, l'approvisionnement en pièces détachées, etc...). Indiquez que ces activités doivent être mises dans l'ordre d'exécution réel sur le terrain. Demandez au groupe d'éducateurs ou d'animateurs d'en faire autant pour les activités sociales/éducatives (par exemple, la conduite d'une étude de milieu participative, la sélection d'un site pour une pompe, la constitution d'un comité d'eau et d'assainissement, la formation des agents de santé, la conduite de l'éducation à l'hygiène,...).
- Demandez aux groupes de rédiger leur liste respective sur une grande feuille de papier et collez ces feuilles sur le mur.
- Facilitez une discussion générale au cours de laquelle ces deux listes seront comparées et intégrées le mieux possible.
- Demandez aux participants d'identifier les activités qui peuvent à leur avis faire l'objet d'une planification conjointe avec les membres de la communauté, y compris pour les points qui semblent être essentiellement du ressort exclusif de la communauté ou de l'agence. Cette réflexion devrait leur permettre d'acquérir une compréhension plus large du travail de planification et de gestion des activités.

Adapté de: Srinivasan, L. (1990) p.143-145.

Exemple: plan de travail d'un projet au Népal

Le projet d'assainissement et d'approvisionnement gravitaire en eau par canalisation comporte un volet d'éducation à l'hygiène qui met l'accent sur l'implication des femmes. En raison d'une insuffisance dans le domaine des ressources humaines, le projet a été réparti comme suit:

- a. Un programme d'éducation à l'hygiène intensif de deux ans qui est destiné à un nombre restreint de sites du projet. Le programme est coordonné par le coordinateur éducation/participation et mis en oeuvre par des animatrices qui travaillent par deux. Ces animatrices concentrent leurs activités sur le comité d'eau et d'assainissement communautaire; celui-ci est formé de l'un des représentants des utilisateurs de chaque fontaine publique. Les membres de ce comité reçoivent une formation et acquièrent une certaine expérience au cours de leurs réunions avec les animatrices, puis sont ensuite chargés à leur tour de transmettre cet acquis aux ménages qu'ils ou elles représentent dans leur quartier.
- b. Une campagne de promotion de l'hygiène d'une durée de six semaines pour tous les autres sites du projet. Cette campagne est mise sur pied par le technicien responsable de la construction du système d'approvisionnement en eau. Pour mener à bien cette mission, il a reçu une formation préalable et du matériel d'information. En outre, il bénéficie de l'appui et de la supervision du coordinateur éducation/participation.

En plus de ces deux programmes d'éducation à l'hygiène, le personnel éducatif participe aux études de faisabilité techniques et sociales et aux études détaillées qui interviennent avant le choix d'un site. Sur la page suivante, nous présentons la série et le calendrier des activités retenues.

Source: Bolt, E. (1989).

suite

PLAN DE TRAVAIL 1989-1990

Activité	1989				1989			
	1	2	3	4	1	2	3	4
A. Avant le choix global des sites								
Participation aux études techniques et sociales de faisabilité			—				—	
Participation aux études détaillées				—				—
B. Après le choix global des sites								
Information et orientation des techniciens pour les campagnes non-intensives de promotion de l'hygiène de courte durée	—							
Formation du personnel d'animation	—				—			
Sélection des sites et planification des activités intensives d'éducation à l'hygiène	—							
Premières présentations et réunions dans les quartiers et les écoles des sites sélectionnés	—							
Etudes du milieu	—							
Création des comités d'eau et d'assainissement (C.E.A.)		—						
Estimation des besoins			—					
Réunions mensuelles avec les C.E.A.					—	—	—	—
Cours mensuels dans les écoles					—	—	—	—
Cours de formation des C.E.A. (4 jours)			—					—
Formation des responsables des fontaines (2 jours)								—
Suivi	—	—	—	—	—	—	—	—
Rapports de progression	—	—	—	—	—	—	—	—
Evaluation et prise de décision concernant l'après-programme								—

Exemple: mise en oeuvre d'un plan de travail dans un projet au Bangladesh

Ce programme d'éducation à l'hygiène d'un projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement a été mis en oeuvre entre février et décembre 1987, comme l'indique la figure ci-dessous.

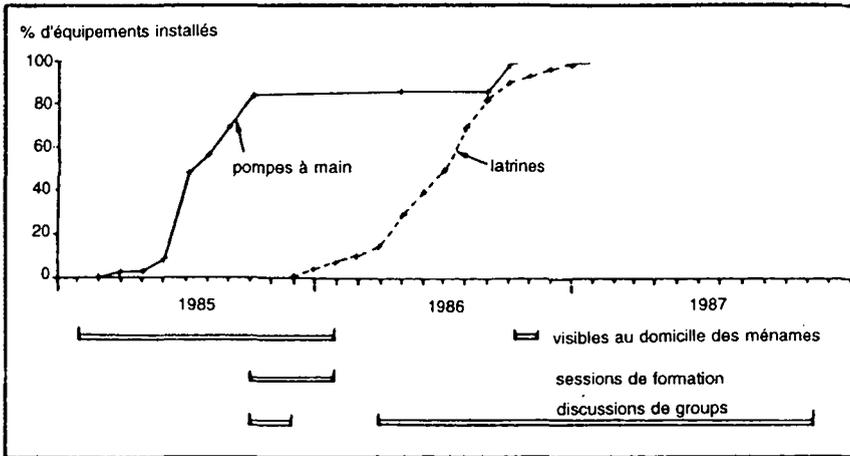


Figure: installation progressive des pompes à main (n=148) et des latrines (n=754) et structuration des interventions éducatives

a. Les visites au domicile des ménages

Au moment où la pompe à main était en cours d'installation, un agent de santé féminin rendait visite à chaque foyer et discutait pendant environ une demi-heure de l'éducation à l'hygiène liée à l'utilisation et à la consommation de l'eau (sur la base des messages préalablement sélectionnés). Par la suite, l'agent sanitaire rendait sept autres visites successives aux ménages, ce qui fait que chaque ménage recevait au total 8 visites. Il fallut un mois pour achever la série des premières visites, c'est-à-dire pour couvrir une première fois l'ensemble des ménages vivant dans la zone du projet. Au cours des trois premières visites, les messages éducatifs se limitaient à l'utilisation de l'eau; mais au cours des cinq dernières visites, l'agent sanitaire combinait les messages portant sur l'utilisation de l'eau et les pratiques liées à l'assainissement. Au cours des deux dernières visites, l'agent montrait aux femmes des photographies (au format d'une carte postale); ces photographies illustraient les messages-clés de l'éducation à l'hygiène et s'avérèrent très utiles pour maintenir l'attention des interlocutrices. Une série supplémentaire de visites eut lieu fin 1986 pendant la mousson afin d'encourager les femmes à ne pas utiliser de l'eau de surface -partout accessible pendant les crues saisonnières- pour leurs besoins domestiques et personnels.

suite

b. Discussions de groupe

Les réunions avec une discussion de groupe sur l'éducation à l'hygiène ont eu lieu après les 8 séries de visites aux domiciles des ménages. Au niveau des quartiers, on organisa 80 réunions, comprenant en moyenne 25 participants. Toutes les femmes du quartier furent invitées à ces réunions. Elles étaient d'ailleurs majoritaires dans l'assistance, même si quelques hommes et des enfants y participèrent également. On organisa 3 séries de réunions de telle sorte que de nombreuses femmes y assistèrent plus d'une fois. Ces réunions duraient environ 3/4 d'heure. Etant donné la claustration traditionnelle à laquelle sont tenues ces femmes, il était important d'organiser cette réunion à l'intérieur d'un lieu clos. Ces réunions étaient animées par le personnel -généralement des hommes- du projet et les agents sanitaires féminins qui avaient au préalable été recrutés au sein des communautés. Au cours de ces réunions, les messages éducatifs étaient progressivement soumis à la discussion et avec quelques ustensiles de puisage et autres, on démontrait dans la pratique les points-clés. Les participants étaient encouragés à poser leurs questions.

C. Les sessions de formation

La phase finale et la plus intensive de l'éducation à l'hygiène consistait en un stage de formation d'une durée de 2 jours pour l'une des femmes de chaque foyer. Cette formation était organisée dans les locaux du projet et à proximité du lieu d'habitation des femmes participant au stage. Seules huit femmes participèrent au premier cours, mais ensuite, 25 à 30 femmes participèrent aux stages ultérieurs. Presque toutes les participantes avaient des enfants de moins de cinq ans, mais quelques femmes plus âgées prirent également part au premier cours et contribuèrent ainsi largement à susciter une participation plus importante des femmes aux stages suivants. Au début, les stagiaires venaient des foyers appartenant aux catégories socio-économiques relativement modestes. Toutefois, au fur et à mesure, des femmes de toutes les catégories finirent par prendre part à ces stages. Le projet assurait le transport et offrait une petite indemnité de stage s'élevant exactement à 1 dollar américain, afin d'encourager la participation. Les cadres du personnel de terrain du projet assumaient le rôle de formateur, mais les agents sanitaires féminins de la communauté assistaient également au stage. Un stage durait deux fois six heures (2 jours) et à toute discussion succédait une démonstration.

Pendant la première journée, le stage se déroulait dans une salle dans les locaux du projet et portait en particulier sur les 9 messages éducatifs (cf. exemple à la fin du chapitre 8) auxquelles les stagiaires avaient préalablement été familiarisées au cours des phases antérieures du programme d'éducation à l'hygiène. Ces messages

suite

suite

éducatifs étaient discutés plus en profondeur et le formateur illustrait ces messages grâce à des séries de petites images. Des démonstrations venaient également consolider des éléments de la discussion, par exemple, avec le lavage des mains en situation réelle avant de manger. On priait aussi toutes les stagiaires de se laver les mains avant de déguster les rafraîchissements servis dans la salle. Les formateurs observaient la façon dont les participantes se lavaient les mains. S'il s'avérait que la méthode suivie ne correspondait pas aux critères des messages éducatifs d'hygiène, les formateurs intervenaient et prodiguaient les conseils nécessaires. La deuxième journée était consacrée à la démonstration des pratiques liées aux messages éducatifs de l'hygiène dans l'environnement domestique du foyer. Des groupes de participantes se rendaient visite à tour de rôle et discutaient de ce qu'elles avaient noté. Sur le site de la pompe à main, on priait les stagiaires de montrer les meilleures méthodes de manipulation (puisage de l'eau, etc...). On leur expliquait et faisait également une démonstration (avec une latrine) de l'utilisation, de la maintenance, du nettoyage des latrines avec syphon hydraulique et de la procédure d'évacuation des fèces des enfants. Au niveau domestique, la démonstration concernait essentiellement la méthode de stockage de l'eau et des ustensiles. On procédait à une observation dans la maison et aux alentours pour identifier et discuter de toute irrégularité concernant les pratiques d'utilisation de l'eau et d'assainissement.

Au total, 785 femmes assistèrent à ces sessions, ce qui signifie que 90% des ménages de la zone d'intervention du projet furent couverts, et notamment tous les ménages avec des enfants de moins de 5 ans.

Adapté de: Aziz, K.M.A. et al (1990).

10. Communication

L'éducation à l'hygiène fonctionne grâce à la communication. La communication, c'est le partage d'informations (y compris des idées, émotions, connaissances et compétences) entre deux ou plusieurs individus. Dans la mesure où tout le monde communique chaque jour avec un certain nombre de personnes, la communication semble être quelque chose de facile et d'évident à réaliser. Toutefois, lorsque l'objectif est d'influencer les connaissances, les attitudes ainsi que les comportements qui sont des facteurs de santé (ou de maladie), la qualité de la communication devient alors déterminante.

10.1 La communication: caractéristiques fondamentales

La communication est un processus complexe qu'il n'est pas facile d'appréhender dans toutes ses subtilités. Il existe différents schémas simplifiés qui tentent de décrire ce qu'est la communication. Celui présenté ci-dessous est en vérité très simple et fait uniquement état des caractéristiques fondamentales. Le but de ce schéma est de mettre en évidence les facteurs de base qui influent sur le succès de la communication.

La communication implique au moins deux individus. Une personne dit ou montre quelque chose à une autre; à son tour, celle-ci réagit en déclarant ou en indiquant quelque chose à la première personne. En termes techniques, la première personne est l'ÉMETTEUR qui envoie un MESSAGE au RÉCEPTEUR. Celui-ci devient à son tour un émetteur lorsqu'il renvoie un message à la première personne qui devient alors le récepteur. Prenons un exemple. Un éducateur à l'hygiène (émetteur) pose à un groupe de femmes (récepteur) la question suivante (message): "ne serait-il pas préférable d'utiliser des latrines?" Lorsque l'une des femmes (réceptrice qui devient alors émettrice) répond: (message) "pourquoi? cela ne représente-t-il pas davantage de travail pour nous puisque nous devons alors porter l'eau pour nettoyer la cuvette?", l'éducateur devient alors le récepteur. Ce schéma simplifié de communication est présenté ci-dessous.

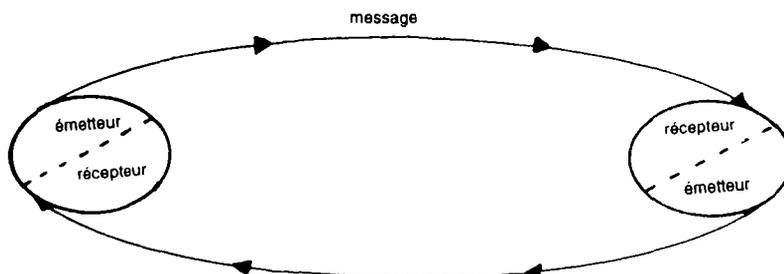


Figure 7: Schéma simplifié de communication

L'émetteur et le récepteur

La communication sera plus efficace si l'émetteur, c'est-à-dire dans le cas présent l'éducateur à l'hygiène, remplit les conditions suivantes:

- il a la confiance du récepteur qui constitue son groupe-cible;
- le récepteur et l'émetteur partagent les mêmes caractéristiques importantes telles que le sexe, l'âge, la culture, l'éducation et l'expérience;
- l'éducateur essaie de comprendre les perceptions, les pensées et les motivations de ces interlocuteurs;
- il a un statut suffisamment reconnu et est considéré comme étant digne de confiance par le récepteur (Hubley, 1988b).

Ainsi, un éducateur à l'hygiène qui a les mêmes antécédents que les communautés avec lesquelles il travaille, est davantage susceptible de partager leur langage, leurs idées et leurs motivations, et par conséquent d'être un meilleur communicateur. A moins bien sûr que d'autres éléments ne troublent les cartes. Par exemple, un jeune éducateur à l'hygiène masculin risque de ne pas avoir la confiance des mères lorsqu'il s'agit de discuter des soins et de la croissance des enfants, bien que celui-ci ait les mêmes antécédents. Cette question sera davantage développée dans le chapitre 11.

Messages

Le message constitue le contenu de la situation de communication. Lors d'une rencontre, de nombreux messages sont échangés entre les émetteurs et récepteurs. Mais, pour garantir l'efficacité de l'éducation à l'hygiène, il faut que ces messages s'articulent de préférence autour d'un seul message central par discussion ou activité: par exemple, le lavage régulier des mains ou la maintenance des latrines. Le message principal doit être attractif, pertinent, précis et adapté au groupe-cible (récepteur), ce qui rend de fait nécessaire une étude préalable (voir chapitre 7).

Les messages peuvent être enrichis d'informations basées sur des faits, d'une certaine dose d'humour ou d'émotions. Dans l'ensemble, les messages concernant l'éducation à l'hygiène ont tendance à dire "éviter de faire ceci" ou "ne faites pas cela". Pourtant, il est préférable de promouvoir un comportement en optant pour la forme affirmative plutôt que de dire aux gens de ne pas faire ce qui peut s'avérer nuisible pour eux. Par exemple, "utilisez l'eau du robinet pour la boisson" est mieux reçu que "n'utilisez pas d'eau de surface pour la boisson". En règle générale, les messages ont un impact plus important si on tient compte des éléments suivants:

- un seul thème ou un nombre restreint de messages doit être abordé au cours d'une même discussion;
- les messages doivent être adaptés en fonction du groupe-cible;
- ils sont transmis à la forme affirmative.

- ils doivent être répétés, de préférence de différentes manières et au cours de différentes sessions.

Dans les sections suivantes, nous reviendrons sur l'élaboration et l'utilisation des messages.

Méthodes et matériel

Dans l'exemple cité précédemment où l'éducateur est en discussion avec un groupe de femmes, la discussion de groupe constitue un moyen sensé faire passer le message. La discussion de groupe est appelée canal ou méthode de communication. Fondamentalement, il existe deux grandes catégories de MÉTHODES permettant de faire passer un message d'un émetteur à un récepteur: les méthodes interpersonnelles et les mass-média. La section 10.2 traite plus en détail de ces méthodes. Afin de faciliter le processus de communication, on utilise souvent des SUPPORTS de communication tels que des dessins, des affiches, des brochures, des schémas, chansons, histoires, diapositives, films et vidéos. Cet aspect sera développé dans la section 10.4.

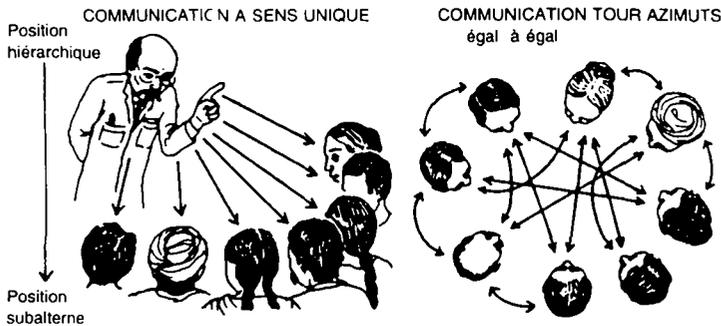
10.2 Méthodes de communication

A. Les méthodes interpersonnelles

La communication interpersonnelle se caractérise par l'existence d'un contact direct entre l'éducateur et le groupe-cible. Voici quelques exemples:

- les discussions individuelles, telles que les visites à domicile;
- les petits groupes de discussion comprenant jusqu'à 12 personnes;
- les grands groupes de discussion comprenant de 12 à 30 personnes;
- les réunions publiques de plus de 30 personnes.

Le point fort de la communication interpersonnelle est qu'elle permet d'obtenir une réaction, de poser des questions, de demander des éclaircissements, d'échanger des impressions, des idées et d'agir en concertation. En tant que tel, ce type de communication peut être un outil solide quand il s'agit d'influer sur les connaissances, attitudes et pratiques inhérentes à l'amélioration de la santé. Toutefois, lorsqu'on utilise la communication interpersonnelle comme une sorte d'enseignement unilatéral où l'éducateur se contente de dire au groupe-cible ce qu'il doit faire, cela s'avère rarement fructueux.



Source: "Teaching Aids at Low Cost".

La communication interpersonnelle devrait autant que possible être utilisée pour encourager la communication participative: dialogue, discussions de groupe, échange d'expériences, apprentissage et résolution des problèmes en commun. L'illustration ci-dessus montre la différence qui existe entre la communication calquée sur le modèle de l'enseignement traditionnel et la communication participative.

La discussion individuelle

Les discussions individuelles s'inscrivent en général dans le contexte de visites à domicile ou dans des lieux publics tels que les centres de santé, mais peuvent également intervenir au cours d'une promenade dans la communauté ou lors de la visite d'installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement. L'opportunité de ce type de discussions peut également se présenter lors des pauses ou à la fin de réunions de groupe.

Les discussions informelles d'individu à individu sont importantes: elles permettent d'établir une atmosphère de confiance et de compréhension mutuelle entre l'éducateur à l'hygiène et les membres du groupe-cible. Elles peuvent également procurer à ces personnes un sentiment d'acceptation et d'encouragement quelquefois nécessaire pour leur donner une plus grande confiance en elles-mêmes notamment lorsqu'il s'agit de les faire changer de comportement. Des discussions individuelles plus structurées, telles que les visites à domicile, sont particulièrement utiles pour aborder des thèmes dits 'sensibles' ou qui requièrent une attention plus soutenue ou encore des solutions personnelles. Là où les femmes, pour des raisons culturelles, ne peuvent se rassembler en public, les visites à domicile peuvent être une alternative acceptable. En outre, celles-ci ont également l'avantage de permettre à l'éducateur d'avoir une idée précise des conditions de vie du groupe-cible et donc d'intégrer immédiatement ce constat dans la discussion.

Par contre, si elle est utilisée comme unique ou principale méthode de

communication, les discussions individuelles ont le désavantage de prendre beaucoup de temps et d'être coûteuses si on veut contacter tous les membres du groupe-cible. Il se pourrait aussi qu'il soit moins facile de savoir si la performance de l'éducateur à l'hygiène correspond à la norme (voir aussi chapitre 11).

Des discussions individuelles informelles ne nécessitent pas de planification ou de préparation particulière. Mais, il faut s'assurer que cette appréciable méthode de communication soit utilisée avec régularité et que toutes les informations et expériences collectées profitent rétroactivement aux activités générales d'éducation à l'hygiène ainsi qu'à celles du projet. D'autre part, pour les visites à domicile ou d'autres discussions individuelles structurées, l'éducateur à l'hygiène doit y être bien préparé si on veut rendre possible une réelle communication. Celui-ci devrait tout au long de l'entretien garder en mémoire l'objectif spécifique de la discussion et le(s) principal(-s) message(s); il doit aussi complètement maîtriser le sujet, y compris les supports qui seront utilisés au cours de la discussion (voir aussi section 10.3).

Les discussions individuelles plus structurées se découpent en trois phases. Durant la phase d'introduction, l'éducateur et le participant devront mutuellement faire connaissance afin d'établir un climat de confiance et d'ouverture. L'éducateur exposera le but de la discussion et s'assurera que celui-ci correspond bien aux attentes de son interlocuteur. Dans le cas contraire, l'objectif sera adapté à l'issue d'une concertation.

Au cours de la principale phase de discussion, le sujet est abordé conjointement en détail; on y examine également les solutions alternatives ou les options d'amélioration. Les principales tâches de l'éducateur à l'hygiène consistent à écouter attentivement et à poser des questions supplémentaires permettant d'accroître la compréhension mutuelle du ou des problèmes abordés. Le cas échéant, il/elle peut aussi fournir des informations qui permettent une meilleure prise de décision de la part de l'interlocuteur, par exemple sur la transmission des maladies ou les procédures du projet. De temps en temps, l'éducateur résumera les différents points abordés au cours de la discussion afin de structurer celle-ci et de s'assurer que tous les deux se situent toujours bien sur la même longueur d'onde. Au cours de la discussion sur les solutions alternatives et les options d'amélioration, l'éducateur aidera son interlocuteur à envisager les éventuelles conséquences de son choix. C'est le participant qui devra toujours prendre la décision finale.

Pendant la phase finale, on fera un résumé de la discussion puis on élaborera par concertation un plan d'action; enfin on discutera du suivi. Avant d'achever l'entretien, il est recommandé que l'éducateur fasse une brève évaluation de la discussion, afin de vérifier que l'objectif a effectivement été atteint; il s'assurera également du degré de satisfaction du participant par rapport au résultat obtenu (Wapenaar et al, 1989, p. 172-180).

Les discussions de groupe

Les discussions de groupe sont souvent une méthode particulièrement bien adaptée à l'éducation à l'hygiène dans la mesure où elles permettent de mettre en marche un processus de groupe dans lequel les participant(e)s communiquent directement entre eux et peuvent unir leurs efforts. Les discussions de groupe sont un instrument permettant non seulement d'influencer les connaissances, mais aussi et surtout les comportements et les pratiques en place. Ce type de discussion est fondamentalement construit sur le même modèle que la discussion individuelle, sauf qu'en plus pendant la session, l'éducateur veillera particulièrement à stimuler la communication directe entre les participants. Les spécificités d'une discussion de groupe thématique que nous avons déjà évoquées dans le chapitre 7 contribuent largement à obtenir une compréhension approfondie des attitudes et des perceptions de la population.

Pour une plus grande efficacité de cette méthode, l'éducateur doit, au cours de la discussion, appliquer les recommandations suivantes:

- prendre l'initiative, par exemple en entamant le débat, en donnant des suggestions et en établissant un tableau des possibles solutions;
- structurer la discussion, en suivant le fil de l'objectif original, en gardant la notion du temps, en proposant régulièrement de petites synthèses intermédiaires qui permettent de s'assurer que tout le monde "suit";
- offrir les informations utiles et rectifier celles qui sont erronées;
- guider la dynamique de groupe et soutenir individuellement la participation de tous; cela signifie par exemple, permettre à chacun de s'exprimer, encourager les personnes timides à prendre une part active au débat, s'assurer que chacun(e) soit écouté(e) avec attention et pris(e) au sérieux, créer une atmosphère d'ouverture, aider à établir un consensus et à prendre une décision commune;
- faire une évaluation de la discussion.

Le groupe de participants peut partiellement ou complètement répondre de lui-même à ces exigences. Le rôle de l'éducateur se limite alors à combler les lacunes et à accorder une attention particulière à la dynamique de groupe et à la prise de décision. Lorsqu'un groupe se réunit régulièrement, il se peut que certains de ses membres entrent dans une sorte de lutte d'influence, avec pour résultat de créer des sentiments de sympathie ou d'antipathie qui conduisent à la formation de sous-groupes. L'éducateur prendra soin que ceci ne vienne pas remettre en cause le succès de l'éducation à l'hygiène. Si la situation se dégrade réellement, il peut même s'avérer préférable de diviser le groupe.

La composition d'un groupe requiert toujours une attention particulière. Si le groupe est composé de personnes aux antécédents trop divergents, cela peut porter atteinte à la qualité des échanges, car les problèmes perçus et les solutions potentielles seront trop divergentes; ou encore, dans un groupe éclectique, il sera difficile aux femmes et aux groupes sociaux les plus faibles de prendre la parole et

de se faire entendre. Les différences d'antécédents concernent aussi bien la culture, l'ethnie, le lieu de résidence que le statut social et la situation économique. L'âge et le sexe sont d'autres variables importantes qui entrent en compte dans la constitution d'un groupe. Ainsi, certaines raisons peuvent conduire à former un groupe mixte ou au contraire deux groupes (l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes). Le même principe s'applique quant à l'âge. La condition essentielle pour favoriser une bonne discussion de groupe est que chaque participant(e) puisse s'exprimer au sein du groupe et qu'il/elle se sente tout à fait libre de le faire.

L'histoire suivante n'a apparemment rien à voir avec l'approvisionnement en eau, à moins que ...

LE CADEAU

Il était une fois un homme qui habitait dans un village; son fils, lui, travaillait à Lusaka. Ce dernier vint rendre visite à son père et lui apporta un cadeau: une nouvelle chemise et un pantalon. Le père était bien content et remercia chaleureusement son fils. Six mois plus tard, celui-ci reçut un colis contenant la chemise et le pantalon accompagnés d'un petit mot qui disait ceci: "s'il te plaît mon fils, la chemise et le pantalon sont sales et doivent être raccommodés. J'attends ta réponse car je n'ai plus rien à me mettre".

- *Qu'en pensez-vous?*
- *Que faites-vous si on vous donne quelque chose?*

Voici une façon d'introduire avec tact la nécessité de prendre en charge les responsabilités qui découlent de la fourniture de nouveaux dispositifs d'approvisionnement en eau ou de la réhabilitation d'équipements. Les gens réagissent toujours avec compréhension à cette histoire; en fait, ils apprécient l'esprit astucieux de l'animateur.

Source: Zambie, Gouvernement de, (1987).

Les réunions de groupe ou publiques

Les réunions de groupes plus importants, comprenant de 25 à 30 participants, sont utiles notamment pour une dissémination rapide de l'information, pour sensibiliser les individus et pour obtenir un soutien initial aux activités d'éducation à l'hygiène. Comme il est impossible de poursuivre un dialogue avec autant de participants, ces types de réunions ont tendance à impliquer un flux d'information unilatéral. Cela ne veut pas dire que ces réunions doivent être fondées sur un mode d'enseignement traditionnel unilatéral précédemment évoqué (voir section 10.1). Tout doit être mis en oeuvre pour aider les participants à s'impliquer et à s'engager dans le processus de discussion. Voici quelques suggestions à l'intention des éducateurs pour favoriser une communication efficace avec cette méthode:

- l'éducateur doit décider explicitement de l'objectif poursuivi et des messages qu'il veut transmettre; il doit également s'assurer que la réunion de groupe soit le canal de communication le plus approprié;
- limiter le temps de l'exposé à 20 ou 30 minutes et le rendre plus intéressant grâce à l'emploi de transparents (avec un projecteur), d'un tableau noir, de séries d'images, par le récit d'un drame, par une démonstration, des diapositives, films-vidéo, etc...;
- être sûr que l'exposé est adapté au groupe-cible. Les informations présentées doivent toujours être étroitement liées aux connaissances effectives et aux expériences du groupe au moment donné; ces informations doivent naturellement être pertinentes pour eux. Par principe, un exposé est plus digeste si la proportion d'informations nouvelles se limite à 30%;
- faire un test de l'exposé avant la réunion et y ajouter des adaptations si cela s'avère nécessaire;
- le groupe-cible doit être invité en temps et en heure à assister à la réunion. L'invitation doit préciser pourquoi leur participation est appréciée. L'éducateur doit s'assurer que femmes et hommes prennent part à la réunion. Sinon, il est souhaitable d'organiser deux réunions séparées. L'heure et la date de réunion doit convenir à tous les participants conviés;
- il est nécessaire que le lieu de réunion soit prêt à l'avance. S'assurer que des sièges soient disponibles pour tout le monde;
- au début de la réunion, l'éducateur fera une introduction brève et claire sur l'objectif, l'organisation, les attentes liées à la réunions et sur les participants;
- prendre le temps nécessaire pour le "feedback", les éclaircissements, et pour répondre aux questions;
- si cela est possible, la présentation sera suivie de discussions en petits groupes ou par une visite sur le terrain, ce qui fournira l'occasion d'entamer des discussions informelles;
- résumer les principaux éléments à la fin de la réunion et donner une idée claire du suivi, notamment lorsque les participants sont impliqués;
- ne pas oublier d'évaluer la réunion (Wapenaar et al, p. 180-187).

B. Moyens de diffusion de l'information

Les moyens de diffusion de l'information ou mass media englobent les affiches, les panneaux d'affichage, la radio, la télévision, le cinéma, les magazines, journaux, livres, haut-parleurs mobiles, etc... Le facteur commun à tous ces média est qu'ils n'impliquent pas de face à face direct entre l'éducateur à l'hygiène et le groupe-cible. Les média sont particulièrement utiles lorsqu'il s'agit de faire part de faits simples et d'influencer l'opinion publique. Ils sont moins susceptibles de contribuer à des modifications de comportements et d'attitudes, à moins qu'ils ne soient associés ou renforcés par une communication interpersonnelle (Hubley, 1988b).

Concernant l'utilisation des mass-media, il est nécessaire de mettre au point du matériel de communication, tels qu'un programme radio, une affiche, un texte, une vidéo (voir section 10.4). Puisque cet ouvrage concerne l'éducation à l'hygiène en tant qu'élément des projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement, l'accent sera mis sur le matériel servant à la communication interpersonnelle entre les éducateurs et les groupes-cibles. Le matériel destiné aux media requiert des aptitudes et une spécialisation différentes, dans la mesure où l'éducateur n'est pas là pour susciter l'intérêt des personnes, lever les ambiguïtés et discuter du thème en question. Le lecteur qui souhaite davantage d'informations sur ce point pourra notamment consulter l'ouvrage de Manoff (1985), pour acquérir une idée de la difficulté d'élaborer un message destiné aux mass-media. Voici une brève comparaison des différentes spécificités de la communication interpersonnelle et des mass media.

<i>Spécificités</i>	<i>Mass media</i>	<i>Communication interpersonnelle</i>
rapidité de couverture de la population	importante	faible
précision et absence de déformation	grande précision	facilement déformée
possibilité de sélectionner une audience précise	difficile	peut être très sélective
direction	unilatérale	bilatérale
possibilité de satisfaire les besoins locaux de communautés particulières	fournit uniquement une information non-spécifique	peut s'adapter aux exigences locales
"feedback"	"feedback" indirect seulement possible par le biais d'études	"feedback" direct possible
principal effet	connaissances et conscience accrues	changements des attitudes et du comportement

Figure 8: Principales spécificités des méthodes de communication par mass media ou interpersonnelle. Source: Hubley, J. (1988b).

10.3 Autres facteurs d'efficacité intervenant dans la communication

En ce qui concerne l'efficacité de la communication, un certain nombre de facteurs supplémentaires doivent être pris en compte.

Atteindre le(s) groupe(s)-cible(s)

Si l'éducateur n'atteint pas ses groupe(s)-cible(s), il ne reste qu'à abandonner tout espoir d'efficacité au cours des activités d'éducation à l'hygiène. Par conséquent, atteindre le(s) groupe(s)-cible(s) en question doit être une préoccupation constante. Dans certaines cultures, il se peut qu'il soit difficile d'approcher immédiatement les principaux groupes-cibles, sans passer par la hiérarchie des autorités officielles ou officieuses. D'abord, il sera nécessaire d'obtenir leur accord et leur implication. Dans certaines cultures, il risque d'être difficile de prendre contact directement avec les femmes et de leur parler librement. Dans ces cas précis, un effort particulier sera nécessaire. Voici quelques suggestions:

- essayer de rencontrer les femmes à part. Quelquefois, il est beaucoup plus difficile aux femmes de parler si elles sont en présence des hommes;
- obtenir la permission du chef de famille pour inviter les femmes de la maison à prendre part aux activités d'éducation à l'hygiène en expliquant clairement ses intentions;
- il est nécessaire de s'assurer de l'accord et de la permission des femmes plus âgées pour pouvoir parler aux femmes plus jeunes;
- rencontrer les femmes là où elles sont susceptibles de se trouver: à la maison, aux champs, près des points d'eau, dans les réunions de femmes;
- contacter dès le départ les responsables et représentants féminins, les organisations de femmes et les épouses des responsables locaux. Elles peuvent aider à atteindre les autres femmes de la communauté (Diamanti and Heyn, 1985, p. 21).

Souvent, les membres de la communauté eux-mêmes peuvent suggérer les meilleures façons permettant de parvenir à une participation active des femmes. La tâche de l'éducateur ou de l'éducatrice consiste donc davantage à soulever la question, si cela est nécessaire, et de s'assurer que la participation des femmes soit réelle, plutôt que de chercher à y apporter lui-même ou elle-même une solution.

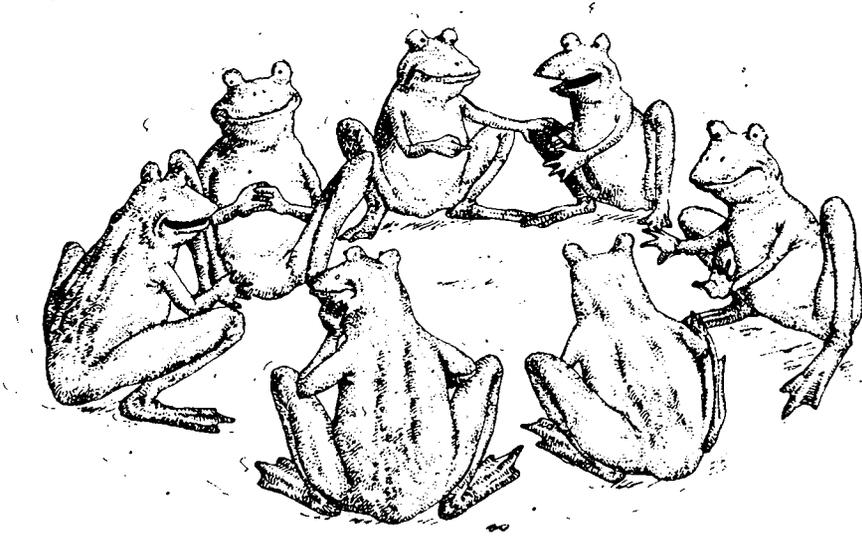
Lieu et heure

Une communication effective est seulement possible lorsque le lieu et l'heure de la rencontre conviennent au groupe-cible concerné. Dans un certain nombre de sociétés, il existe des restrictions quant à l'endroit où les femmes peuvent se rencontrer (voir ci-dessus). Les endroits tels que les centres religieux, les lieux de travail, les écoles, les marchés ou les centres de santé peuvent être convenables et accessibles dans certains cas et pas dans d'autres. Il faudrait toujours au préalable vérifier que l'endroit convienne au groupe-cible. Il en va de même avec l'heure. Au Népal, les femmes ont indiqué que le moment le plus adéquat était pour elles vers sept heures du matin, avant la préparation du déjeuner et le travail agricole. Dans une communauté du Bangladesh, les hommes ont préféré se réunir en soirée car ils travaillaient toute la journée.

Fréquence

Une communication régulière est nécessaire avant qu'on puisse espérer un changement du comportement et des conditions de santé. Ceci suppose une continuité certaine dans les activités d'éducation à l'hygiène (voir également chapitres 2 et 9).

Plusieurs programmes ont tenté de définir quel est le nombre minimal de rencontres à avoir avec un groupe-cible et ceci pendant combien de temps. Par exemple, pour l'éducation à l'hygiène, devrait-on rendre visite à un groupe communautaire chaque quinzaine pendant six mois et par la suite, une fois tous les deux mois pendant un an et demi? Il semble qu'obtenir une réponse à cette question soit loin d'être aisé. Premièrement, on ne dispose pas d'assez d'informations. Et surtout, de nombreux facteurs entrent en ligne de compte tels que l'ensemble des objectifs sélectionnés, le type de groupe-cible, le type d'éducateurs à l'hygiène, le type de projet. Ce qu'il faut garder en mémoire, c'est que la continuité est absolument nécessaire pour assurer l'impact de l'éducation à l'hygiène.



L'éducation à l'hygiène est un processus de communication.

Guider et apporter le soutien nécessaire

La communication en vue de parvenir à une amélioration de la santé des individus est loin d'être facile, comme l'indiquent ce chapitre et les précédents. Cela suppose que les tâches dont sont chargés les éducateurs soient fixées de façon réaliste et que ces derniers puissent recevoir le soutien nécessaire qui leur permettra de mener à bien ces missions. Plus le niveau scolaire et l'expérience professionnelle de l'éducateur à l'hygiène sont faibles, plus ceci est important.

Guider et soutenir les éducateurs peut se faire de différentes manières: soit grâce à la formation professionnelle pendant ou hors-service, soit grâce à la supervision. Pour les éducateurs à l'hygiène suffisamment qualifiés, un soutien périodique suffira. Quant aux agents d'hygiène communautaires qui ont une éducation et une expérience professionnelle relativement modestes, il sera nécessaire de les suivre de beaucoup plus près. Ils risqueront de facilement "perdre les pédales" quand il leur faudra conduire des séances de communication participative, parce que des gens leur poseront des questions et des problèmes ou encore leur feront des propositions auxquelles ils ne seront pas capables de répondre. Aussi, le processus de communication est vraiment exigeant; il requiert des éducateurs des compétences acquises ou renforcées par le biais d'une bonne formation et une confiance en soi satisfaisante. Les agents communautaires de faible niveau qui ne savent pas maîtriser ce processus auront tendance à ne pas réaliser les tâches confiées ou se rabattront sur la formule de communication unilatérale de l'enseignement traditionnel. Or, nous avons déjà vu que cette méthode n'était pas efficace.

Dans un nouveau programme d'éducation à l'hygiène au Yémen, une visite sur le terrain a plusieurs objectifs:

- » parler de l'éducation à l'hygiène avec les femmes du village;
- » la formation d'éducateurs(-trices) à l'hygiène;
- » la formation et le conseil de responsables féminins sélectionnés;
- » la poursuite de la mise sur pied d'activités d'éducation à l'hygiène.

L'emploi du temps de la journée consacrée à la visite sur le terrain est ainsi défini:

- » aller chercher au bureau le matériel servant à l'éducation à l'hygiène;
- » trajet bureau-village;
- » contacter les responsables et représentants féminins et discuter des activités d'éducation à l'hygiène proposées;
- » mener à bien une activité d'éducation à l'hygiène avec toutes les femmes du village;
- » évaluer avec les éducateurs à l'hygiène, les responsables et représentants féminins l'activité d'éducation à l'hygiène;
- » évaluer avec les éducateurs et les femmes responsables leurs performances et rôles au cours de l'activité d'éducation à l'hygiène;
- » promenade informelle aux alentours et dans le village en association avec de brèves visites à domicile;
- » trajet retour au bureau et rédaction de la fiche de suivi.

Source: Derckx, M. (1989) p.8.

On peut aider les agents communautaires qui ont un faible niveau scolaire et professionnel de différentes manières:

- en introduisant l'éducation à l'hygiène avec des problèmes pratiques et des situations concrètes (et non pas en évoquant dès le début des problèmes de santé généraux et abstraits);

- en proposant des plans pratiques de visites que les agents savent pouvoir mener à bien;
- en organisant régulièrement, disons une ou deux fois par mois, des réunions avec les éducateurs à l'hygiène et agents communautaires afin de pouvoir discuter des expériences de terrain acquises depuis la dernière fois et en planifiant en pratique les activités à venir pour la prochaine quinzaine ou le prochain mois;
- en disposant de supports de communication, tels que des documents audio-visuels, qui suscitent l'intérêt du groupe-cible et qui soient faciles à transporter et à utiliser par les agents.

A la fin de ce chapitre, on donne quelques exemples précis de plans pratiques de visites.

10.4 Les supports favorisant la communication

Le processus de communication dans le domaine de l'éducation à l'hygiène peut souvent être grandement facilité par l'emploi de matériel de communication. Le meilleur matériel, les meilleurs outils audio-visuels sont ceux qui émettent un message clair qui puisse stimuler la communication participative et encourager les gens à agir. Des démonstrations, petites maquettes avec des parties amovibles, des séries d'affiches (voir exemple en fin de chapitre), jeux et drames communautaires constituent quelques-uns des instruments qui peuvent le plus aisément répondre à ces exigences. Il existe aussi d'autres supports audio-visuels: brochures, affiches en vrac ou constituées en série, enregistrements, diapositives, films-vidéo, chansons, histoires, etc... Un inventaire des moyens les plus couramment utilisés est présenté dans le tableau 4 à la fin de ce chapitre. Les cassettes avec de petites histoires préenregistrées ou destinées à l'enregistrement pendant les visites sont des outils prometteurs qui sont jusqu'à présent insuffisamment exploités. Un problème fréquemment rencontré dans les projets est qu'on accorde bien plus d'attention à la mise au point du matériel audio-visuel qu'à sa vérification par des tests ou même qu'à son utilisation. L'idéal pour éviter cet écueil est de commencer par l'élaboration même du programme d'éducation à l'hygiène et de poursuivre jusqu'à la préparation de la mise en oeuvre (voir chapitre 9) avant de décider alors quels types de matériel seront nécessaires et pour quel groupe-cible. Concernant l'utilisation des supports de communication, il faut se rappeler les points suivants:

- Une grande quantité de matériel a déjà été mise au point. Au préalable, il vaudrait vraiment la peine de faire un inventaire du matériel déjà disponible et facilement accessible, puis examiner son utilité pour le programme d'éducation à l'hygiène, soit tel quel, soit sous une forme revue et corrigée. Pour ce faire, on peut recommander de prendre contact avec les organisations locales et internationales (voir chapitre 6).

- L'élaboration de matériel par la population ciblée et/ou les agents communautaires locaux constitue souvent une activité d'éducation à l'hygiène effective en soi et peut donner naissance à une production de matériel et d'activités intéressants dans le cadre de la communication participative et de l'apprentissage.

"L'expérience a montré que l'idéal est de créer notre propre matériel d'animation pour qu'il soit parfaitement adapté à nos activités d'éducation à l'hygiène. Le type de matériel n'a pas tellement d'importance puisqu'en général, quelque soit le type utilisé, celui-ci reçoit une grande attention et facilite les discussions. L'effet de surprise accroît l'attention des gens. Par conséquent, nous utilisons toute une variété de matériel tel que des dessins sur flanelle, des photographies, des produits achetés au magasin, des objets que les femmes ont apportés de chez elles. Le matériel que nous employons le plus consiste souvent en des exemples tirés de la vie quotidienne, tels qu'un enfant qui a les ongles sales ou qui refuse de porter ses chaussures ou bien les poules qui se promènent librement dans la cuisine."

Source: Derckx, M. (1989) p. 28.

Sauf si la mise au point du matériel de communication constitue une activité d'éducation à l'hygiène en soi, les tests préliminaires sont absolument nécessaires avant de commencer l'impression et la distribution. D'habitude, ces tests préalables ne durent pas plus de quelques jours ou éventuellement jusqu'à deux semaines. Dans la mesure où il n'est pas rare que cette activité soit laissée de côté, nous nous permettons ci-dessous de développer plus en détail cette question. Mais encore faut-il que ce matériel soit réellement utilisé! Car généralement, il est conçu pour être employé par un éducateur. Il faut donc encourager et former les éducateurs à l'hygiène des communautés à employer effectivement le matériel mis au point. Cette question sera davantage développée dans le chapitre 11.

Les tests préliminaires

Le test préliminaire signifie qu'il faut tester sur le terrain le matériel de communication avant que celui-ci ne soit produit en plus grande série ou imprimé. Ceci peut avoir lieu en interviewant des représentants du groupe-cible concerné, en vérifiant que le message souhaité est bien compris et qu'ils apprécient le matériel. Voici l'essentiel des questions auxquelles il est important de répondre:

- les interlocuteurs apprécient-ils le matériel?
- les symboles utilisés (dessins, chiffres, mots, flèches, etc...) sont-ils bien lisibles et compris?
- les personnes qui prennent part au test comprennent-elles tout de suite le message souhaité?

Tableau 4: inventaire des outils audio-visuels couramment utilisés

<i>SUPPORT VISUEL</i>	<i>DESCRIPTION GÉNÉRALE</i>	<i>NOMBRE D'AUDITEURS RECOMMANDÉ</i>
Tableau noir	Surface rigide peinte en vert ou en noir sur laquelle on peut écrire ou dessiner à la craie.	Jusqu'à 30 personnes. Si davantage, utiliser un tableau plus grand et veiller à ce que chacun puisse bien voir de sa place.
Tableau de flanelle	Carré de flanelle ou d'autre matière attaché sur une surface plane rigide sur laquelle on peut accrocher des figures pré-découpées avec des épingles ou tout autre moyen de fixation (en doublant les figures de papier de verre par exemple).	Jusqu'à 20 pers. La taille de l'audience dépend de celle du tableau et des éléments utilisés.
Grandes affiches	Message sur une grande feuille de papier au moyen d'une illustration ou d'un simple message écrit.	Aucune limite, car il n'est pas nécessaire que tout le monde regarde l'affiche en même temps.
Série de petites affiches	Illustrations sur papier ou tissu d'au moins 21x27 cm, reliées par une spirale ou une ficelle. On peut les feuilleter et les présenter dans l'ordre.	Jusqu'à 30 personnes. L'importance de l'audience dépend de la taille des illustrations.
petites affiches en vrac	Illustrations réalisées sur papier épais de moins de 21x27 cm. Les illustrations ne sont pas reliées, mais peuvent être arrangées dans l'ordre voulu.	Jusqu'à 15 personnes. Les illustrations sont petites. Pas plus de 15 personnes ne devraient y assister.
Panneau d'affichage	Une surface plane d'au moins 3/4 mètres sur l sur lequel on peut enfoncer des aiguilles. Dessins, photographies et caractères d'imprimerie peuvent y être ainsi disposés.	Aucune limite car il n'est pas obligatoire que chacun regarde le tableau au même instant.
Démonstration	En utilisant des éléments réels, outils ou le sol, l'éducateur montre comment faire quelque chose. Dès cet instant, tout membre de l'assemblée est capable de (re)faire l'activité démontrée.	De 1 à 30 pers. parce qu'il est ardu pour un éducateur de devoir suivre plus de 30 personnes. Limite recommandée.
Diapositives	Film de 35 mm en plastique et carton développé au format 5x5 cm. Les diapositives en noir et blanc ou en couleur sont projetées sur un écran ou un mur.	Jusqu'à 30 personnes. Bien que les diapositives puissent être utilisées pour davantage de personnes, l'éducateur pourra mieux stimuler la discussion au sein d'un groupe de cette taille.
Dessins animés	Bande de film 35mm couleur ou en noir et blanc. Succession régulière de photographies projetées sur un écran ou un mur. Possibilité d'utiliser un adaptateur sur projecteur normal. Film horizontal ou vertical.	Jusqu'à 30 pers. Même commentaire que pour les diapositives.
Film	En couleur ou en noir et blanc, film de cinéma en 8 ou 16 mm avec son et projeté sur un écran ou un mur.	De 30 à 100 personnes. Il devient quasiment impossible d'avoir une discussion avec un effectif supérieur à 100.

Source: World Neighbours in Action, "Communication" Favin et al (1986) p. 20/21.

AVANTAGES

Peu cher, fabrication maison possible, maintenance facile, minimum de préparation. Permet une participation des auditeurs. Possible de jour comme de nuit.

Peu cher, facilement réalisable avec matériaux locaux. Entretien et transport facile dans les endroits éloignés. Eléments réutilisables pour différents exposés. Idéal pour montrer une succession d'événements et revoir des leçons dans la mesure où les éléments peuvent être remis au tableau.

Peu cher, facile à faire et à transporter. Requier un minimum de temps pour la préparation et l'utilisation.

Peu cher, fabrication maison possible et facile à transporter. Bonne méthode pour discuter des informations dans un ordre précis ou chronologique. Puisqu'elles sont attachées, les illustrations restent toujours en bon ordre.

Peu cher, fabrication maison possible, très facile à transporter. Bon outil pour transmettre une succession précise d'informations à de petits groupes.

Peu cher. Fabrication maison possible avec des matériaux locaux. Utile pour discussions en petits groupes.

Excellente méthode pour utiliser des matériaux ou éléments concrets en situation réelle. Utilisation de matériaux locaux. Facile compréhension pour les participants qui ne sont pas habitués à observer des illustrations. Bonne méthode pour obtenir une participation de l'auditoire.

Spectaculaire, moins cher que les films, excellente méthode pour apporter des choses distantes à un auditoire et pour montrer des éléments dans un ordre précis. Projecteurs sur batterie sont disponibles. Photographies locales faciles à réaliser.

Spectaculaire, moins cher que les films et diapositives. Une fois inséré correctement dans le projecteur, impossible d'en changer d'ordre. Projecteurs sur batterie sont disponibles. Transport relativement aisé.

Spectaculaire et retient l'attention du public. Montre situation en mouvement, ce qui aide pour donner des explications étape par étape et dans un ordre précis ou chronologique.

INCONVÉNIENTS

Transport difficile dans les endroits reculés. Limité aux capacités de dessinateur de l'utilisateur.

Exige une préparation préalable considérable. Utilisation difficile à l'extérieur en cas de vent. Dons de dessinateur nécessaires si les éléments sont faits "maison".

Détérioration rapide. Peut s'avérer confus pour l'auditoire en cas de pléthore ou d'insuffisance d'informations. Nécessite certains dons de dessinateur en cas de réalisation personnelle.

S'abîme en cas d'utilisation constante. Dons artistiques requis pour réalisation "maison".

S'abîme en cas d'utilisation constante. Dons artistiques requis pour réalisation "maison". Limité à de petits groupes.

A l'extérieur, les conditions météorologiques peuvent endommager le panneau et le matériel éducatif. Fourniture continue en bon matériel éducatif est nécessaire.

Demande une certaine planification préliminaire et préparation.

Fragile, risque de désorganisation et de mauvaise manipulation (diapositive à l'envers). Exige un équipement de projection, des prises de courant ou une batterie ainsi qu'un lieu sombre.

Peut être endommagé, requiert un équipement de projection, des prises de courant ou une batterie (parfois chère) ainsi qu'un lieu sombre. Disponibilité des bandes dessinées est limitée.

Très onéreux, exige un équipement coûteux, de l'électricité et un lieu de projection. Transport et fonctionnement difficiles.

- si le matériel est constitué de plusieurs éléments ou unités comme par exemple une série d'images, ceux-ci ont-ils été considérés comme un tout ou séparément par les participants au test? Le message est-il compris dans sa globalité?
- le matériel présenté est-il pertinent et approprié au regard de la situation, de la vie et des besoins de ces personnes?
- certains éléments du matériel peuvent-ils occasionner une gêne chez ces personnes?
- quelle est la signification qui est donnée à l'emploi des couleurs?

Les tests préliminaires peuvent être réalisés avec des individus ou/et avec des groupes, selon le type de matériel et l'objectif des tests préliminaires. Dans le cadre de petits groupes homogènes, l'avantage est que les personnes se sentiront plus à l'aise de discuter tel point ou telle image soumis au test. De plus, les gens pourront émettre leurs suggestions d'améliorations, ce qui donnera ainsi l'occasion d'observer les réactions immédiates à ces suggestions des autres membres du groupe.

Le nombre de personnes impliquées dans cette procédure de contrôle dépend des réactions observées. Si toutes les réactions vont dans le même sens -soit que le matériel est acceptable, soit qu'il doit être adapté-, on peut se contenter de recueillir l'avis d'une vingtaine de personnes. Si les réponses mettent à nu de fortes divergences, on pourra alors interroger jusqu'à 50 personnes. A ce stade, il ne faut jamais négliger d'inclure des personnes avec des revenus et le niveau scolaire le moins élevé tels qu'on les trouve au sein du groupe-cible concerné. Ces derniers doivent comprendre et aimer le matériel proposé qui doit être pertinent et approprié à leur situation, si on veut que toute la communauté puisse profiter des activités d'éducation à l'hygiène.

Si on teste le matériel, il est également prudent de contrôler sa facilité d'utilisation et son caractère attrayant du point de vue des éducateurs (Haaland, 1984).

Exemple: la communication dans le domaine de la santé

Dans une unité de thérapie par réhydratation orale d'une clinique rurale au Niger, on organise de petits groupes de discussions, après que l'agent féminin de santé de service se soit assuré que tous les enfants aient bu leur solution de réhydratation et que les mères soient à l'aise. Après l'introduction et l'échange de salutations, une discussion initiale sur les causes des maladies diarrhéiques peut se présenter comme suit:

- Agent de santé:** Donnez-moi s'il vous plaît quelques-unes des raisons pour lesquelles les enfants ont la diarrhée.
- Mère A:** La plupart des enfants ont la diarrhée lorsqu'ils font leurs dents.
- Mère B:** Ils ont la diarrhée lorsqu'ils ont l'estomac "sale".
- Agent:** Pouvez-vous expliquer davantage ce que vous voulez dire lorsque vous parlez d'estomac "sale".
- Mère B:** Lorsque l'estomac est "sale", la diarrhée aide à éliminer la saleté.
- Agent:** Qu'est-ce qui fait que l'estomac est sale?
- Mère C:** Une nourriture avariée ou sale par exemple. Certains enfants ne supportent simplement pas certaines nourritures.
- Agent:** Rappelez-vous que l'une d'entre vous a dit que les enfants qui font leurs dents ont souvent la diarrhée. Qu'observez-vous dans le comportement d'un enfant qui fait ses dents?
- Mère C:** Il pleure beaucoup.
- Mère D:** L'enfant attrape tout ce qui est à sa portée et le porte à sa bouche pour le sucer.
- Mère B:** Mon enfant suce son pouce.
- Mère E:** Mon enfant ramasse tout ce qui se trouve par terre et le met dans sa bouche. Hier, il machouillait ma sandale et il a même ramassé un vieil épi de maïs.

suite

Agent: Vous avez raison, les enfants qui font leurs dents portent n'importe quoi à leur bouche. Vous avez noté qu'ils ramassent même ce qui est par terre. Beaucoup de ces choses sont probablement sales.

Mère C: Sûrement. J'ai surpris mon enfant en train de tripoter un vieil os que le chien avait apporté dans la cour.

Agent: A votre avis, que se passe-t-il lorsque les enfants mettent des choses sales dans leur bouche?

Mère D: Certainement qu'ils avalent une partie de ce qui est sale.

Agent: Alors leur estomacs sont "sales" et ils attrapent la diarrhée. C'est peut-être pourquoi nous constatons que beaucoup d'enfants en âge de faire leurs dents ont la diarrhée. A présent, vu ce que nous venons de dire, avez-vous quelques idées pour prévenir la diarrhée?

La discussion se poursuit, les mères donnant des suggestions fondées sur ce qu'elles ont précédemment dit.

Notons que l'agent de santé n'a émis aucune critique sur les mères ou les croyances qu'elles ont mentionnées. Au lieu de cela, elle a cherché un lien entre les idées des mères et ses propres connaissances sur la transmission de la maladie. Les mères peuvent alors être guidées pour élaborer leurs propres conclusions et possibles actions.

Source: Brieger, W.R. (1988).

Exemple: plan d'éducation à l'hygiène pour visite d'une communauté dans le cadre d'un projet au Soudan

Rencontre no.2: le nettoyage du puits

Participants:

- équipe d'éducation à l'hygiène;
- comité de santé villageois;
- responsable du puits;
- femmes qui utilisent les puits améliorés.

Objectif et activités:

- Assurer le suivi des thèmes abordés au cours de la précédente réunion. Discuter des points faibles et forts par le biais de l'exercice de suivi. Analyser en commun les problèmes et trouver des solutions. Insister sur les responsabilités du comité de santé villageois, du responsable et des utilisateurs du puits;
- Essayer d'établir un lien entre la diarrhée et la saleté, la saleté et le site du puits, le site du puits et la diarrhée;
- Promouvoir la propreté du site du puits: insister sur les responsabilités du comité de santé villageois, du responsable du puits, des femmes et des villageois en général pour:
 - le nettoyage de la dalle;
 - éviter le gaspillage;
 - toujours poser les récipients sur la dalle;
 - curer le système de drainage;
 - améliorer l'environnement immédiat (flaques d'eau et de boue);
 - construire et entretenir une clôture solide;
 - empêcher les animaux d'entrer dans l'enceinte de la clôture, y compris au moment de l'abreuvement;
 - essayer de faire la lessive hors de l'enceinte.
- Promouvoir la propreté du(des) récipient(s) de puisage et des cordes:
 - nettoyer les récipients de puisage et les cordes avant de les lancer dans le puits,
 - nettoyer tous les conteneurs qui sont sur la dalle; ne pas les poser autre part que sur le ciment.
- Prendre rendez-vous et déterminer l'ordre du jour de la troisième rencontre.

suite

Méthodes:

1. visite, observation, comparaison, discussion, démonstration pratique;
2. discussion de groupe, utilisation de séries de petites affiches;
3. discussion de groupe, utilisation de séries de petites affiches.

Lieu:

1. sur les sites des puits traditionnels ou ceux des puits améliorés;
2. au lieu de rencontre déterminé du comité de santé villageois;
3. dans un endroit situé au milieu du quartier qui utilise le puits amélioré.

Groupes de participants:

1. comité de santé villageois, responsable des puits, utilisatrices des puits;
2. comité de santé villageois, responsable des puits;
3. Femmes habitant dans le quartier disposant d'un puits protégé; membres du comité de santé villageois représentant le quartier.

Plage horaire:

1. matin;
2. matin, après-midi;
3. fin d'après-midi, soirée.

Note: les nombres renvoient à la même rubrique. Ainsi, la méthode 1 est valable pour le lieu 1 avec les participants no.1 et l'emploi du temps 1.

Source; Fernig, I. (1989).

Exemple: plan d'éducation à l'hygiène pour séance dans une école au Nepal

Objet de la leçon: se laver les mains

Objectifs:

- les élèves peuvent expliquer pourquoi il faut se laver les mains, en particulier avant de toucher de la nourriture;
- les élèves peuvent expliquer pourquoi il ne faut pas se laver les mains avec du sable;
- les élèves peuvent mentionner au moins deux autres alternatives pour se laver les mains;
- les élèves peuvent expliquer pour quelles raisons il n'est pas suffisant de se laver les mains avec de l'eau uniquement;
- les élèves sont encouragés à se laver les mains non pas en utilisant du sable, mais de l'eau plus de la cendre ou du savon.

Matériel nécessaire:

- les notes ici présentées;
- de la cendre, du savon et s'il n'y a pas de robinet tout prêt, un récipient d'eau;
- une chanson sur le lavage des mains (dans ce cas-ci en népalais).

Temps nécessaire:

- environ 3/4 d'heure pour la discussion;
- environ 1/4 d'heure pour la pratique.

Questions pour la discussion:

- pourquoi devons-nous nous laver les mains?
- comment nous salissons-nous les mains?
- combien de fois par jour devons-nous nous laver les mains?
- quand devons-nous nous laver les mains?
- vos mains sont-elles propres maintenant? Montrez-les moi?
- qu'utilisez-vous pour vous laver les mains?
- qui parmi vous se lave les mains avec du sable?
- le sable est-il propre ou sale?
- qu'est-ce qui salit le sable?
- que se passe-t-il si nous absorbons du sable dans notre estomac?
- que se passe-t-il si nous mangeons sans nous être lavés les mains?

suite

- que peut-il arriver si nous mangeons sans nous être lavés les mains ou en ayant lavé nos mains avec du sable?
- risque-t-on de tomber malade si on mange sans se laver les mains ou en s'étant lavé les mains avec du sable?
- que devrions-nous utiliser pour nous laver les mains?
- la cendre est-elle propre ou sale?
- votre mère lave-t-elle les casseroles avec de la cendre?
- vos mains sont-elles propres lorsque vous les avez lavées avec de la cendre?
- vos mains sont-elles propres lorsque vous les avez lavées avec du savon?
- trouve-t-on du savon ici au village?
- quel est le prix du savon?
- a-t-on besoin d'acheter de la cendre?
- si nous ne pouvons pas acheter de savon, que devrions-nous utiliser pour nous laver les mains?

Pratique:

Emmenez les élèves à l'extérieur. Choisissez au moins six élèves qui ont les mains sales et répartissez-les en groupes de trois. Un groupe doit se laver les mains avec uniquement de l'eau, le second groupe avec de la cendre et de l'eau, quant au troisième avec de l'eau et du savon. Ensuite, on fait montrer le résultat à tout le monde et on en discute.

Chantez et apprenez la chanson aux élèves.

Source: Bolt, E. (1989)

Exemple: activité d'animation d'un projet en Zambie**Titre:** à la maison**Sujet:** les pratiques d'hygiène familiale**Lieu:** dans une classe d'école ou une réunion au village.**Durée:** pour les enfants 15 minutes
pour les adultes 20 minutes**Objectifs:** étudier les connaissances de la communauté en matière d'hygiène familiale.

renforcer les bonnes pratiques dans la maison et dans la cour.

obtenir l'engagement des hommes/des garçons là où leur aide est nécessaire.

Présentation: Utiliser une série d'affiches montrant de bonnes et de mauvaises pratiques d'hygiène familiale. Les affiches sont placées sur un tableau ou sur un tapis de telle façon que tout le monde puisse les voir. On dit aux participants que ces affiches représentent soit "une vie saine", soit une vie "facteur de maladie". Quelquefois, une troisième pile "indéterminée" sera faite, si les gens ne peuvent se mettre d'accord.

Le facilitateur peut décider de mettre l'accent sur quelques points précis soulevés par les questions des participants, mais normalement, les gens fournissent des explications convaincantes sans y être aidés. Il n'est pas rare que des participants abordent eux-mêmes les avantages de posséder des latrines et des séchoirs pour la vaisselle. Vous pouvez alors établir une relation avec les lacunes les plus visibles du village d'une façon aimable ou avec humour.

Source: Zambie, Gouvernement de (1987).

11. Ressources humaines et financières

Le personnel et le financement d'un programme d'éducation à l'hygiène intégré sont des aspects beaucoup trop négligés dans de nombreux programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Si on veut qu'un programme d'éducation à l'hygiène ait au moins une chance de fonctionner, cela nécessite un personnel suffisant et assez bien qualifié, la formation et une supervision appropriée de ces effectifs et un budget adéquat.

Les considérations financières et humaines devraient être prises en compte dès le début d'un projet au cours de la phase d'identification et de formulation. Ces facteurs sont ici examinés en détail en raison du rôle multiple qu'ils jouent dans l'organisation d'un projet, le choix des objectifs et la programmation de l'éducation à l'hygiène.

11.1 Le coordinateur éducation/participation

Un projet devrait disposer au moins d'une personne qui soit globalement responsable de la planification, de la préparation, de la mise en oeuvre et du suivi du programme d'éducation à l'hygiène. Dans le chapitre 4, cette personne s'appelle le coordinateur éducation/participation. Comme nous l'avons alors mentionné, il est éventuellement possible d'avoir une seule personne qui porte la responsabilité à la fois de la participation communautaire et de l'éducation à l'hygiène en raison de l'étroite corrélation qui existe entre les deux.

De préférence, le coordinateur éducation/participation est diplômé en sciences sociales ou dispose d'une solide formation aux techniques d'animation et de sensibilisation. Plus important encore, il (ou elle) doit avoir une expérience de terrain et doit avoir travaillé à des postes d'encadrement; il a un niveau d'études suffisant et est suffisamment âgé pour travailler d'égal à égal avec le directeur du projet et les responsables des agences qui coopèrent au projet; il doit avoir des capacités certaines à communiquer et à diriger le personnel et enfin, avoir un certain intérêt pour le technique et le personnel qui en a la charge.

On entend souvent dire qu'il est préférable d'engager une femme pour cette fonction, afin d'augmenter les chances de pouvoir impliquer les femmes dans la planification, la mise en oeuvre et la suite à donner aux activités du projet. Sans vouloir disconvenir de l'importance d'une telle influence, il ne serait pas bon de sélectionner une personne pour cette fonction uniquement sur le critère de son appartenance au sexe féminin. Ce qui est essentiel, c'est que le projet crée des conditions favorables à la participation des femmes dans le programme sur un pied d'égalité.

Pour que le coordinateur participation/éducation soit en mesure de 'faire du bon boulot', il faut que l'importance de l'éducation à l'hygiène intégrée au projet soit

véritablement reconnue. Si la direction et le personnel technique du projet considèrent le programme d'éducation à l'hygiène comme une sorte d'annexe inévitable, le travail de l'équipe éducative s'en trouvera compliqué d'autant, l'efficacité et l'impact du programme éducatif en souffriront. Il est souvent indispensable d'accorder une vigilance particulière à cet aspect. Des sessions d'orientation et de formation destinées à la fois aux cadres et au personnel technique peuvent contribuer à les familiariser à l'intégration d'un volet d'éducation à l'hygiène; inversement, ces sessions permettront à l'ensemble du personnel éducatif d'être sensibilisé et de mieux comprendre l'intégration d'un volet technique (cf. chapitre 9 également).

Un autre élément de réflexion correspond au fait que le coordinateur éducation/participation occupe souvent une position centrale qui se situe à la croisée des intérêts concomitants - ou ce qui arrive vite, conflictuels- des différentes organisations. Ceci s'ajoute aux difficultés que le coordinateur peut éprouver dans son travail et risque de le freiner dans la progression de ses activités. Là aussi, la direction du projet peut atténuer les problèmes. Comme nous l'avons déjà évoqué dans le chapitre 4, l'un des mécanismes possibles à appliquer dans ce cas consiste à créer un comité de coordination, où seront représentées les différentes agences impliquées dans le projet. A la fin de ce chapitre sont présentés deux exemples de profil pour des fonctions de coordinateur éducation/participation.

11.2 Les agents communautaires

Le personnel de terrain qui est chargé de la mise en oeuvre des activités d'éducation à l'hygiène peut appartenir au projet, aux organisations qui coopèrent au projet, ou aux deux. De plus, les représentants des communautés peuvent jouer le rôle d'éducateur à l'hygiène auprès de leurs concitoyens.

Le personnel technique

Dans certains projets, on choisit de confier aux techniciens chargés de la construction des équipements d'approvisionnement en eau et/ou d'assainissement une mission supplémentaire, à savoir assurer la promotion de l'hygiène. Lorsqu'ils reçoivent une bonne formation et qu'ils sont bien orientés et guidés, ces techniciens peuvent jusqu'à un certain point s'avérer être de bons promoteurs de l'hygiène. Toutefois, nombreuses sont les embûches. Un bon technicien n'est pas forcément un bon animateur. Les techniciens peuvent manquer d'intérêt ou être incapables d'agir en tant qu'agents de promotion de l'éducation à l'hygiène. En outre, comme les techniciens sont souvent des hommes, il risque d'être difficile pour eux de trouver la meilleure façon de susciter la participation des femmes. La communauté peut aussi ne pas se montrer intéressée, voire même refuser de discuter de ses problèmes d'hygiène avec un technicien, parce que son niveau scolaire ou sa position sociale n'est pas très élevée (voir également le chapitre 2 et 10). Au Bangladesh, on a découvert que ce problème pouvait être surmonté en affectant un

ingénieur dynamique chargé de la supervision qui passe la majeure partie de son temps au sein des communautés. Une autre manière de minimiser ces obstacles consiste également à recruter de nouveaux techniciens non seulement sur la base de leur compétences techniques, mais aussi de leurs intérêts et de leurs aptitudes dans le domaine social.

L'avantage de cette formule, c'est-à-dire d'avoir des techniciens qui acceptent la responsabilité de la communication et des activités éducatives, est qu'une seule et même personne assume alors la mission technique et la mission éducative. L'inconvénient réside dans le fait que l'ensemble des objectifs éducatifs doivent alors être volontairement limités et clairement liés aux aspects techniques; cela signifie aussi qu'il faut un plan de travail au niveau communautaire qui soit précis et bien détaillé (cf. chapitre 9 et 10) avec une supervision et un soutien conséquents. Si les techniciens ne disposent pas de repères techniques auxquels ils peuvent se raccrocher pour échafauder leurs activités d'éducation à l'hygiène et s'ils ne sont pas suffisamment motivés par les cadres, il ne faut guère s'attendre à ce que cette formule fonctionne.

On ne peut tirer de conclusions générales du rôle qu'ont joué les techniciens chargés d'animer la construction des latrines et de promouvoir leur utilisation. L'un des animateurs était très déterminé à obtenir la construction et l'utilisation de latrines et il y réussit en sensibilisant et en motivant de façon permanente les populations. Un autre animateur, timide, se sentait mal à l'aise pour mener à bien des activités de sensibilisation et de motivation, parce qu'on se moquait de ses tentatives. D'une manière générale, il échoua et ne parvint pas à motiver et à mobiliser les populations. Ou, autre exemple, un animateur laissa les femmes de côté, parce qu'il pensait que ce n'était pas à un homme de s'adresser aux femmes, tandis qu'un de ces collègues prit contact avec un agent communautaire féminin qui appela toutes les femmes du village à se réunir afin qu'il puisse avoir une occasion de mener avec elles une discussion sur les thèmes de la santé et de l'hygiène. Il en ressort que l'âge de l'animateur n'affecte pas sa performance en tant que stimulateur, mis à part qu'il est souvent plus facile à un animateur plus âgé d'inspirer confiance, de contacter les femmes et d'inciter les gens à l'action.

Source: Abdullah, T. et Boot, M. (1989) p. 79

Les formateurs éducatif du projet

Le projet pourra également choisir d'embaucher ses propres formateurs de terrain. Du point de vue de la gestion du projet, cette solution est probablement la plus facile, dans la mesure où cela permet d'ordonner au sein même du projet toutes les variables liées à l'intégration des volets éducatifs et techniques (voir chapitre 4).

Dans ce cas toutefois, le danger est grand d'accroître le poids des coûts salariaux dans le budget. Souvent, le projet décide d'engager uniquement quelques personnes pour les activités éducatives, ce qui implique que celles-ci ne peuvent couvrir l'ensemble des sites du projet sur lesquels travaille le personnel technique. Au

Népal par exemple, on avait opté pour un programme d'éducation à l'hygiène intensif pour un certain nombre de sites, et pour une courte campagne d'éducation à l'hygiène qui devait être mise en oeuvre par les techniciens du projet sur l'ensemble des sites restants.

Une autre possibilité consiste également à affecter au formateurs de terrain du projet un rôle de coordinateur de zone. Sous l'égide du coordinateur éducation/participation, ils agissent alors en tant que coordinateur des activités d'éducation à l'hygiène qui sont réalisées par les techniciens et/ou les autres agents qui travaillent dans la zone concernée. Cela peut éventuellement être une bonne solution, mais dans la pratique, ces formateurs souffrent fréquemment d'un manque d'expérience professionnelle et de pratique, d'où leurs difficultés à travailler correctement en tant que coordinateur de zone. La formation et la supervision de ce personnel est ici un corollaire indispensable.

Le personnel d'animation des autres agences

Une troisième option peut consister à travailler par l'intermédiaire d'agents de terrain appartenant à d'autres agences. Naturellement, on pourra se tourner vers le ministère de la santé, mais aussi bien sûr vers les autres ministères et les O.N.G. qui ont parfois en réserve des agents communautaires qui peuvent apporter une contribution substantielle à un programme d'éducation à l'hygiène (cf. également chapitres 4 et 6).

On peut pencher en faveur de cette solution et lui donner la préférence, en particulier si les agents de terrain du ministère de la santé sont chargés des activités d'éducation à l'hygiène. Quand on passe par le personnel d'animation qui travaille déjà sur le terrain, on profite d'une infrastructure sanitaire déjà en place, on évite d'empiéter ou de gêner d'autres activités, et enfin, les activités d'éducation à l'hygiène peuvent continuer une fois le projet achevé.

Toutefois, il n'y a pas de rose sans épines et cette option peut aussi s'avérer être l'une des plus difficiles en raison des nombreuses contraintes éventuelles auxquelles peut être soumise la coopération avec les autres agences. Sans parler ici des aléas habituels entre les agences, il faudra se méfier du problème des attentes irréalistes. En outre, il n'est pas rare que les ministères de la santé soient assujettis à des restrictions budgétaires sérieuses, étant entendu que leur gestion interne est aussi régulièrement affectée par un certain nombre de facteurs complexes. Ceci tient entre autres au fait que ce ministère doit faire face à de multiples priorités rivales en matière de santé telles que les programmes de vaccination, les programmes de lutte contre le SIDA, les programmes de planning familial, etc... Par conséquent, travailler par l'intermédiaire des autres départements ministériels que ceux du ministère de tutelle, exige que l'on adopte une vision à long terme, une certaine flexibilité et qu'on soit réellement déterminé à faire en sorte que cela marche. Ces problèmes peuvent s'appliquer dans une moindre mesure aux O.N.G., mais la continuité des activités après l'achèvement du projet peut être

problématique, surtout lorsque l'O.N.G. concernée dépend essentiellement de sources de financement extérieures (cf. chapitre 6).

Les tests préliminaires contribuent à la formation des agents de terrain:

Le projet utilise un système de mobilisation de la communauté qui permet de recruter parmi la population locale concernée par le projet, des femmes et des hommes qui deviendront ensuite animateurs communautaires. La plupart du temps, ceux-ci ont un niveau scolaire à peine plus élevé que leurs voisins; néanmoins, il leur sera demandé de remplir la fonction d'animateur. S'ils ne bénéficient pas d'une formation et d'un soutien adéquats, ils seront d'ordinaire confrontés à une certaine résistance de leurs pairs qui douteront de leur crédibilité. Lorsque ces agents communautaires sont impliqués dans les tests préliminaires qui interviennent à l'issue de la mise au point des supports audio-visuels destinés à leur zone, ils partent alors sur des bases plus solides dans le domaine des questions sanitaires qu'ils sont sensés couvrir. Cela leur permet de mieux structurer et de mieux orienter les activités éducatives. Pendant la phase des tests préliminaires, ils apprennent également à écouter, à faire parler et à tirer des réponses de l'auditoire. Cette approche est radicalement nouvelle pour la plupart des personnes qui ont 'subi' un système scolaire "dictatorial".

Source: Mwangola, M. et Waterkeyn, J. (1990) p. 4/5.

Les agents communautaires volontaires

En plus du personnel au niveau communautaire, il peut être judicieux de sélectionner des personnes-clés au niveau communautaire. On peut leur confier des responsabilités spécifiques à plusieurs niveaux: pour promouvoir l'hygiène personnelle et domestique, pour faire des rapports sur les activités d'éducation à l'hygiène et les modifications observées en matière de conditions et de comportement à des fins de suivi et de continuité. Travailler avec et par l'intermédiaire des représentants d'une communauté peut permettre d'obtenir un meilleur rapport coût/efficacité et un impact plus important. Dans le chapitre 8, nous les avons définis comme étant des groupes-cibles intermédiaires. Cependant, il ne faut pas s'attendre à ce qu'ils soient actifs et qu'ils continuent de l'être, si on ne leur propose pas une formation appropriée et un soutien régulier.

11.3 Profil, formation et supervision du personnel

Critères d'appréciation et profil humain

Ce qui caractérise un bon éducateur à l'hygiène communautaire, ce sont aux yeux des hommes et des femmes de la communauté les qualités suivantes:

- il/elle est digne de confiance et on peut compter sur lui/elle;
- il/elle sait bien communiquer;
- il/elle est bien informé(e) sur l'eau et l'assainissement;
- il/elle est d'un contact facile pour tous les groupes communautaires;

- il/elle est apprécié(e) pour sa personnalité positive et sa motivation à soutenir les efforts de la communauté;
- il/elle est capable de coopérer avec le personnel technique et d'exprimer l'opinion et les intérêts de la communauté auprès des organisations et des autorités compétentes.

Un certain nombre de ces traits distinctifs ont déjà été abordés dans les chapitres 9 et 10. Il est important de conserver ces caractéristiques générales en mémoire lors de la sélection de nouveaux éducateurs à l'hygiène et plus encore lors de la préparation et de la mise en oeuvre des formations ainsi que pour la supervision.



La formation participative ouvre la porte à une éducation à l'hygiène participative.

Les éléments de la formation

En s'appuyant sur les caractéristiques générales d'un bon éducateur à l'hygiène communautaire, nous distinguons trois éléments importants dans la formation:

1. Donner aux éducateurs les connaissances nécessaires, par exemple sur :
 - la façon dont les maladies liées à l'eau et à l'assainissement se propagent au sein d'une communauté et ce que les hommes et les femmes de la communauté peuvent faire pour couper les voies locales de transmission de ces maladies;
 - les rudiments utiles dans le domaine des technologies d'approvisionnement en eau et d'assainissement et leurs implications pour l'emplacement des équipements, les niveaux de service et les exigences en terme de

- maintenance, les implications en terme de coûts, la protection des sources d'eau et les pratiques d'hygiène;
- les cycles de l'eau et des déchets, leurs implications pour la gestion des ressources en eau et la protection de l'environnement;
- pourquoi est-il nécessaire d'impliquer activement les femmes, les problèmes courants à surmonter, les différentes méthodes et moyens d'y parvenir (IRC, 1991, Module III, p.34).

Un autre exemple de liste des connaissances nécessaires est présenté en fin de chapitre.

2. Former les formateurs pour qu'ils sachent communiquer, c'est-à-dire:
 - comment se présenter à la communauté;
 - comment prendre contact et identifier les groupes-cibles spécifiques;
 - comment démarrer les activités communautaires et participatives d'éducation à l'hygiène;
 - comment mener une discussion individuelle;
 - comment organiser et conduire des discussions de groupes et des réunions de groupes;
 - comment faire face aux conflits internes ou à des rivalités au sein d'une communauté;
 - comment créer un climat de confiance.

3. Développer des aptitudes particulières, telles que:
 - comment utiliser ses compétences dans le domaine de la communication pour identifier et résoudre conjointement les problèmes;
 - comment utiliser du matériel de communication;
 - comment réaliser une étude participative;
 - comment planifier des activités communautaires d'éducation à l'hygiène;
 - comment coopérer avec le personnel technique;
 - comment assurer le suivi des activités communautaires d'éducation à l'hygiène;
 - quand et comment rendre compte aux cadres chargés de la supervision et bénéficier de leur soutien.

Les exigences en matière de formation

La plupart du temps, il est impératif d'organiser la formation initiale au début du projet; cela permet de développer les compétences nécessaires des éducateurs à l'hygiène avant qu'on ne démarre les activités communautaires d'éducation à l'hygiène. Comme pour toute formation quelque'elle soit, son efficacité s'en trouvera accrue si:

- elle repose sur les aptitudes et l'expérience dont disposent déjà les stagiaires;
- la formation est fonction des besoins et priorités des communautés;

- elle envisage des améliorations réalistes et immédiates à l'issue de la mise en oeuvre des missions de l'éducation à l'hygiène (ce qui contribue ainsi à une satisfaction professionnelle et une émulation plus importante);
- on utilise des méthodes d'apprentissage participatives;
- les formateurs ont des connaissances et une expérience pratique qu'ils sont capables de transmettre;
- la formation a des objectifs en matière d'apprentissage qui sont bien déterminés et limités en nombre.

Le jeu de rôles a été utilisé pour sensibiliser les stagiaires aux réalités quotidiennes auxquelles les hommes et les femmes de la communauté ont à faire face. D'abord, les stagiaires jouent une scène de la vie quotidienne qui se termine par un désaccord et une dispute. Ensuite, on demande aux stagiaires de rejouer la même scène, mais en terminant cette fois sur un consensus et une action conjointe. On a recours à deux scènes:

- 1. un homme refuse à sa femme de creuser une fosse à ordures;*
- 2. la responsable d'un puits n'est pas prise au sérieux par un homme qui manipule sans aucune précaution l'équipement du puits.*

Source: Kanyetta, P. et Doedens, A. (1990) p. 4 (non-publié).

Avant de se lancer dans des efforts de formation, il faut au préalable faire une estimation des besoins dans ce domaine, à la fois du point de vue des participants à la formation et des communautés (voir également les chapitres 6 et 7). On prendra également soin de sélectionner les formateurs adéquats. Les stagiaires doivent avoir l'impression que le savoir qu'ils acquièrent correspond bien à leur future mission d'éducateur à l'hygiène et aux besoins des communautés avec lesquelles ils vont travailler. Pendant la formation, les futurs éducateurs à l'hygiène devront avoir de réelles occasions de jouer un rôle actif dans le processus d'apprentissage, c'est-à-dire de poser des questions et ensuite de tenter d'y répondre, de discuter des éléments découverts, et d'appliquer ce qu'ils ont appris sur le terrain (Abbat et Mejia, 1988, p.11).

En général, il est préférable d'avoir une série de stages de formation courts en alternance avec des missions pratiques sur le terrain, plutôt qu'un stage de longue durée qui risque d'être trop théorique. Mais que ce stage initial de formation soit long ou court, un suivi sous forme de formations à intervalles réguliers sera indispensable afin de renforcer les compétences et la motivation; cela permettra aussi de tirer des leçons de l'expérience acquise sur le terrain.

Chaque stage de formation doit intégrer un module d'évaluation, au minimum à la fin du stage mais de préférence également au moins une fois pendant la formation, ce qui permettra le cas échéant de rectifier le tir. L'évaluation concerne les aspects suivants:

- le contenu de la formation aussi bien en classe que sur le terrain: ce que les participants ont appris;
- les méthodes de formation et l'utilisation du matériel de formation;
- la performance des formateurs;
- la participation des stagiaires;
- les dispositions pratiques (nourriture, logement, activités) (Diamenti et Heyn, 1985, p. 139).

A l'issue de la formation, un suivi et une supervision appropriés permettront de faire une estimation du succès de la formation et d'identifier des besoins en formation supplémentaires; les stagiaires/futurs éducateurs à l'hygiène devraient de préférence être activement impliqués dans ce processus de suivi et d'évaluation afin d'accroître l'impact de la formation et de la supervision. C'est également un facteur de motivation.

Désapprendre

Jusqu'alors, de nombreux éducateurs à l'hygiène et formateurs fonctionnent uniquement sur la base des méthodes d'enseignement didactique et ne sont guère familiers avec les méthodes participatives. Le changement n'est pas facile. Abbat et Mejia (1988) souligne le fait que la formation et la supervision ne doivent pas seulement se concentrer sur l'acquisition de connaissances et de compétences nouvelles, mais plutôt sur la modification ou la remise en cause des méthodes de travail existantes grâce à un processus de désapprentissage. A cette fin, il sera nécessaire de créer un environnement qui soit pour les stagiaires aussi rassurant que possible afin qu'ils puissent expérimenter et s'accoutumer aux méthodes participatives, et prendre suffisamment confiance pour finalement laisser de côté les méthodes d'enseignement qui se sont révélées moins efficaces (cf. chapitre 10 également).

La formation des formateurs et des coordinateurs

Depuis peu, on accorde davantage d'attention à la formation des formateurs d'éducateurs à l'hygiène et des coordinateurs d'éducation à l'hygiène en mettant l'accent sur la mise au point et l'utilisation de méthodes participatives d'apprentissage. Par exemple, le P.N.U.D. dans son projet en faveur de la promotion des femmes dans le secteur de l'eau et de l'assainissement du milieu (PROWESS) est très actif dans ce domaine. De plus, le manuel de Lyra Srinivasan (1990) sur les techniques participatives fournit d'excellents exemples dont l'un a été présenté en annexe à la fin du chapitre 9. Bien sûr, on ne peut se faire une véritable idée à ce sujet que si l'on a au préalable suivi un cours dans ce domaine et si l'on a acquis une certaine expérience pratique.

Le soutien des institutions/du projet aux éducateurs

La formation peut contribuer dans une large mesure à une amélioration de la performance des éducateurs à l'hygiène. Toutefois, des modifications au niveau institutionnel peuvent également être nécessaires. Frelick et Fry (1990, p.ix) soulignent l'importance d'avoir une bonne supervision des éducateurs, des gratifications pour ceux qui se distinguent dans leur travail, des descriptions de fonctions qui soient bien claires et des moyens suffisants en matériel et en transport. Le projet ou l'agence (pour lequel travaille l'éducateur) doit être à même de soutenir ce dernier dans sa mission sur la zone en question, de contrôler et de suivre sa performance au sein des communautés.

Le soutien des institutions et/ou du projet est également indispensable pour faciliter l'implication des femmes en matière de formation. On peut citer quelques mesures qui peuvent servir à encourager les femmes à y prendre part:

- embaucher sensiblement autant de femmes que d'hommes pour la formation;
- impliquer les femmes dans l'équipe qui assure la sélection des meilleures candidatures;
- l'adaptation de la durée de la formation, du lieu de réunion et des équipements aux impératifs auxquels les femmes sont confrontées;
- assurer un soutien après la formation (IRC, 1991, Module III, p.27-29).

Supervision

Outre la formation, la supervision est également un outil important qui permet de soutenir les éducateurs à l'hygiène dans leur travail et d'accroître l'impact d'un programme d'éducation à l'hygiène. Si supervision il y a, celle-ci correspond, hélas, dans la plupart des cas plutôt à une mesure de contrôle sporadique qu'à une mesure de soutien régulier. Grâce à la formation continue, aux conseils, aux encouragements et à la motivation, la supervision peut pourtant contribuer à améliorer la qualité du travail et à augmenter la satisfaction professionnelle. De plus, la supervision est un outil de gestion qui permet non seulement d'obtenir des informations sur les problèmes auxquels le programme se heurte au cours du processus de mise en oeuvre de l'éducation à l'hygiène, mais aussi de trouver des solutions rapides et adéquates (Abbatt et Mejia, 1988, p.34 et 78).

En résumé, la supervision peut contribuer à:

- procurer un soutien aux éducateurs à l'hygiène lorsqu'ils effectuent les tâches qui leur ont été confiées;
- résoudre les problèmes qui surgissent avant qu'ils ne constituent des obstacles entravant la réussite du programme éducatif;
- coordonner les différentes activités;
- vérifier que tous les éléments du plan d'éducation à l'hygiène interviennent au moment voulu.

A cette fin, le superviseur peut assumer certaines des activités suivantes:

- rendre visite aux éducateurs à l'hygiène dans les communautés pendant leur service;
- encourager les éducateurs à mener à bien leur mission;
- fournir un 'feedback' positif et des suggestions d'améliorations aux éducateurs;
- aider à identifier et à résoudre les problèmes avec célérité;
- tenir des réunions avec les éducateurs, et si nécessaire avec les autres catégories de personnel du projet, afin de discuter des progrès, des problèmes et des solutions ainsi que des futures activités (Diamenti et Heyn, 1985, p.105-107).

Le coordinateur éducation/participation et des membres du personnel éducatif sur le terrain appartenant soit au projet, soit aux agences qui coopèrent au programme, soit au Ministère de la santé ou encore à une O.N.G. peuvent très bien assumer les fonctions de superviseur au sein du projet. Quelque soit l'arrangement choisi, un contact régulier entre le superviseur et la direction du projet sera primordial pour assurer la progression du projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

11.4 Le budget

Les décisions budgétaires concernant l'intégration de l'éducation à l'hygiène doivent être prises en fonction des objectifs du projet, de l'organisation du programme d'éducation à l'hygiène et du plan de travail réel. Les postes budgétaires concernent essentiellement le personnel, la formation, le matériel de bureau et éducatif. Il existe très peu d'informations systématiques sur les sommes requises pour assurer le succès d'un programme d'éducation à l'hygiène. Il est préférable de se fonder sur une estimation raisonnable plutôt que de terminer avec un budget en forme de peau de chagrin.

Dans le domaine de l'éducation à l'hygiène, le poste budgétaire le plus important concerne le personnel. *Combien d'efforts et combien de temps sont-ils nécessaires? Quelles sont les types d'aptitudes et de compétences requises? Quelles sont exactement les fonctions à remplir?* Des réponses détaillées à ces questions constitueront une ébauche de schéma des besoins en personnel (Green et al, 1980, p.118). Les étapes suivantes consistent à décider où le projet va aller chercher le personnel dont il a besoin et qui va le rémunérer. Par exemple, si les techniciens du projet ou si le personnel des services réguliers du ministère de la santé assument les fonctions d'éducateurs à l'hygiène, le coût supplémentaire pour le projet sera relativement limité par rapport à un projet qui embaucherait lui-même une équipe éducative.

Lorsqu'on procède à une estimation de l'effectif requis pour la mise en oeuvre du programme, il ne faut pas seulement prendre en compte le temps nécessaire aux activités du programme éducatif, mais aussi le temps indispensable pour tous les autres travaux tels que les réunions de personnel, la formation et la supervision, la liaison, les rapports et les congés. Les frais de formation feront aussi l'objet d'une

estimation circonspecte.

Les autres principaux postes de dépenses concernent généralement les voyages, les indemnités de déplacement sur le terrain, le matériel éducatif et autre. Il n'est pas rare que les honoraires des consultants et les contrats de sous-traitance spécifiques soient considérés à part. Il est aussi conseillé d'inclure un poste destiné aux faux frais ou aux frais généraux (par exemple, 15% du coût global) afin de pouvoir parer aux dépenses imprévues. Les postes de dépenses d'un budget ordinaire pour un programme d'éducation à l'hygiène intégré sont résumés sur la page suivante.

Un problème habituel au cours de la mise en oeuvre du projet est lié au fait que le budget destiné à l'éducation à l'hygiène est le premier à souffrir des coupes sombres ou à être détourné de sa fonction originelle pour d'autres desseins tels que l'achat de matériel ou l'organisation d'un atelier qui n'a rien à voir avec l'éducation à l'hygiène. Lorsque le budget consacré à l'éducation à l'hygiène s'avère effectivement excédentaire, cette mesure peut être justifiée, mais bien souvent ce n'est pas le cas: il en résulte une insuffisance de fonds pour mener à bien le programme éducatif. Si on veut que le programme d'éducation à l'hygiène 'marche', il doit être bien clair que la direction du projet doit veiller à ne pas rogner sur ce budget.

<i>Poste</i>	<i>Coûts</i>
- personnel	1. coordinateur: une personne à temps plein 2. secrétaire: une personne à mi-temps 3. éducateurs à l'hygiène:.....
- mobilier/matériel de bureau	bureaux, chaises, petits articles de bureau (papeterie), téléphone, photocopies, imprimerie et affranchissement, traitement des données
- transport	(investissement et frais d'exploitation)
- indemnités de déplacement	(déterminés pour chaque type de personnel)
- formation pendant le service	(déterminés pour chaque type de personnel)
- stages de formation spéciaux	(nombre de stages, déterminés pour chaque type de personnel)
- sessions d'orientation et ateliers destinés aux cadres	(nombre de participants x nombre de sessions d'orientation et d'ateliers)
- sessions d'orientation et stages de formation destinés au personnel de terrain	(nombre de participants x nombre de sessions d'orientation et de stages de formation x nombre de jours; frais liés aux indemnités des formateurs, à la préparation et au lieu de formation)
- orientation et stages de formation destinés aux représentants des communautés	(nombre de participants x nombre de sessions d'orientation et de stages de formation x nombre de jours; frais liés aux indemnités des formateurs, à la préparation et au lieu de formation)
- mise en oeuvre des activités communautaires d'éducation à l'hygiène	(par site x nombre de sites)
- (gratifications pour les volontaires des communautés)	
- matériel/équipement éducatif	(par exemple, affiches, brochures, jeux, dessins, diapositives, projecteur, magnétophone)
- liaison et réunions	(frais de représentation)
- évaluation	(nombre de personnes x temps + coûts supplémentaires)
- missions de consultation	(honoraires par jour x nombre de jours + frais de voyages et indemnité journalière de séjour)
- frais généraux	(15% du coût total)

Figure 9: Budget et postes de dépenses habituels pour un programme d'éducation à l'hygiène intégré.

Exemple: description de la fonction d'un coordinateur participation et éducation au Pakistan

Les principales fonctions et responsabilités d'un coordinateur concernent la planification et la coordination de la mise en oeuvre du programme d'éducation à l'hygiène ainsi que le suivi et l'évaluation dans la zone déterminée.

Plus exactement, le coordinateur est placé sous la tutelle du directeur de projet; il reçoit le soutien technique et coopère avec les responsables gouvernementaux aux niveaux des provinces, des districts et des grandes villes. Sa mission est répartie comme indiqué ci-dessous.

20% Contribuer à l'élaboration d'un plan d'action pour améliorer l'assainissement et l'éducation à l'hygiène en tant que partie intégrante du Projet Intégré d'Eau, d'Assainissement et d'Education à l'Hygiène, du Programme de Santé Publique dans les Ecoles Primaires et du Programme de Services de Base en Zone Urbaine.

20% Participer à la préparation de matériel éducatif sur l'hygiène et l'assainissement destiné à être utilisé au cours de la formation des agents de santé, des animateurs pour l'eau et l'assainissement, des instituteurs et autres assistants bénévoles.

20% Assumer le rôle de spécialiste lors de la formation des animateurs pour l'eau et l'assainissement, des instituteurs et des autres fonctionnaires de l'état afin qu'ils soient en mesure d'éduquer et de motiver les personnes au sein d'une famille, dont en particulier les femmes, en faveur d'une meilleure hygiène personnelle, domestique, alimentaire et d'un meilleur assainissement du milieu.

15% Aider les animateurs de l'eau et de l'assainissement et autres personnels de terrain à promouvoir les activités d'assainissement dans la zone du projet, y compris l'organisation de comités d'eau et d'assainissement et la sélection des assistants bénévoles.

15% Participer au suivi des programmes d'assainissement et d'éducation à l'hygiène dans les projets en cours, fournir le 'feedback' nécessaire par rapport à l'expérience de première main de l'ensemble du personnel de terrain et proposer des améliorations possibles.

5% Participer à la recherche sur les éléments les plus significatifs de l'éducation à l'hygiène qui peuvent favoriser le programme.

5% Tout autre tâche confiée par le directeur du projet.

N.B.: les pourcentages indiquent approximativement le temps qui est accordé au coordinateur pour chacune des tâches.

Source: UNICEF, Pakistan (non-publié)

Exemple: description des fonctions du personnel 'participation et éducation' en Zambie

Description de la fonction de coordinateur participation et éducation

Le coordinateur répond de ses activités au directeur du projet. Concernant le contenu précis et la direction des activités, le coordinateur travaillera en étroite collaboration avec deux agents de liaison, fonctionnaires du ministère de la santé et du développement social, ainsi qu'avec les éducateurs à l'hygiène.

La mission globale du coordinateur est d'apporter un soutien effectif à l'élaboration, la réalisation et la coordination des activités incitatives et éducatives.

Le coordinateur devra en particulier:

- soutenir et guider le travail quotidien des éducateurs à l'hygiène;
- assurer la liaison avec le personnel gouvernemental aux niveaux du terrain, du district et de la province afin de favoriser l'intégration et la coordination des activités incitatives et éducatives;
- coordonner et stimuler le déroulement du programme d'incitation et d'éducation à l'hygiène;
- coordonner et soutenir l'organisation et la mise en oeuvre d'ateliers et de sessions de formation pour le personnel du projet et les agences gouvernementales qui coopèrent au projet sur le terrain et au niveau du district;
- apporter son soutien à la mise au point et à la mise en oeuvre de l'éducation à l'hygiène et de l'assainissement pour les écoles;
- coordonner et contribuer à la sélection des types de supports audio-visuels et à la définition, la production et l'utilisation de guides-conseils, de petits ouvrages de références, de matériel éducatif et incitatif et de tout autre matériel de soutien;
- assurer la liaison avec les projets zambiens similaires dans le domaine des activités mentionnées ci-dessus et rechercher des domaines de coopération et d'échanges d'informations et d'expériences;
- travailler en étroite collaboration avec le personnel du projet au niveau du projet et du district;
- contribuer aux études prévues en vue d'améliorations techniques;
- contribuer à la sélection des sites et développer les approches et les procédures générales en vue de la mise en oeuvre du projet;
- participer aux réunions et organiser des réunions selon les besoins;
- préparer des rapports mensuels, semestriels et annuels;
- mettre au point et mettre en oeuvre des systèmes de suivi afin de pouvoir surveiller l'évolution et les progrès des activités incitatives, éducatives et de formation ainsi que l'intégration des activités au sein des structures permanentes du gouvernement;

- exécuter toute autre tâche ou assumer toute autre responsabilité compatible avec les fonctions d'un coordinateur participation et éducation.

Description de la fonction d'éducateur à l'hygiène

L'éducateur à l'hygiène rend compte au superviseur du projet. Concernant le contenu précis et la direction des activités, l'éducateur/l'éducatrice à l'hygiène travaillera dans la zone du projet en étroite collaboration avec le personnel de terrain des différents ministères; elle/il sera guidé par le coordinateur participation et éducation ainsi que deux agents de liaison, fonctionnaires du ministère de la santé et du développement social. L'éducateur/l'éducatrice à l'hygiène assumera notamment les fonctions suivantes:

- discuter avec les villageois des différentes sources d'eau dont ils disposent, de leurs critères d'utilisation et de leurs pratiques de gestion de l'eau;
- aider les villageois à discuter de leurs problèmes de santé liés à l'eau et à l'assainissement ainsi que des différentes manières de les circonscrire;
- encourager une utilisation de l'eau du puits protégé en quantité suffisante et sensibiliser les villageois à leur responsabilité par rapport à l'entretien journalier et à la maintenance à long terme de l'équipement;
- discuter des alternatives possibles en matière d'assainissement et encourager leur mise en oeuvre;
- stimuler les échanges d'idées et d'expériences entre villageois sur l'utilisation de l'eau, l'hygiène, l'assainissement et la maintenance;
- assurer la liaison avec le personnel de terrain du ministère de la santé, du département du développement social, du département de l'agriculture et éventuellement des autres agences; les impliquer de façon dynamique dans les activités du projet sur le terrain;
- prêter assistance lors des ateliers et des sessions de formation destinés à ce personnel de terrain;
- contribuer au déroulement du programme d'incitation et d'éducation à l'hygiène;
- contribuer aux études prévues en vue d'améliorations techniques;
- travailler en étroite concertation avec le personnel technique du projet;
- contribuer au suivi du processus et de l'évolution en matière de motivation et d'éducation;
- rédiger des rapports mensuels et participer aux réunions;
- exécuter toute autre tâche ou assumer toute autre responsabilité compatible avec les fonctions d'un éducateur/ d'une éducatrice à l'hygiène.

Source: rapport du projet 'Approvisionnement en Eau Rural pour la Santé' dans la province du nord-ouest, Zambie (1988-1990) (non-publié).

Exemple: aperçu général des missions pour lesquelles le personnel peut avoir besoin d'être formé

La liste qui suit suggère quelques unes des missions pour lesquelles des membres de la communauté, le personnel du programme (ou autre) peuvent recevoir une formation adaptée à ce travail. Cette liste n'est pas exhaustive. Cela ne signifie pas non plus que l'ensemble du personnel présent aux différents niveaux du projet doive être formé à toutes les tâches.

Pour la plupart des missions pédagogiques et promotionnelles, le personnel doit être formé non seulement dans le domaine en question, mais aussi aux techniques de communication, à l'utilisation effective du matériel pédagogique dont il dispose (par exemple des images) etc...

1. Formation et missions des agents de santé communautaires

(qui assurent par exemple les fonctions d'animateurs de la santé et de l'hygiène):

- la maintenance préventive des pompes à main;
- le 'bon' puisage de l'eau, c'est-à-dire sans risque pour la santé humaine;
- le 'bon' stockage de l'eau;
- l'accroissement des quantités d'eau utilisées à des fins d'hygiène domestique et personnelle;
- l'enseignement des risques de contamination par les fosses de latrines, les décharges (ordures), la pollution occasionnée par les animaux, etc...;
- l'assainissement de l'environnement domestique et extérieur;
- la promotion et la pratique de la thérapie de réhydratation orale;
- la promotion de la vaccination, notamment l'incitation des mères à faire vacciner leurs enfants;
- encourager la construction, l'utilisation et la maintenance des latrines;
- organiser les communautés afin qu'elles puissent suivre l'état de santé de leurs membres, identifier les problèmes sanitaires, solliciter davantage d'informations, etc...;
- la conduite des techniques de participation communautaire;
- enseigner les principes de la nutrition, superviser la nutrition à domicile;
- l'enseignement sur les aliments de sevrage;
- enseigner l'utilisation des eaux usées pour le jardinage, etc...

2. Formation et missions des animateurs villageois/communautaires

(qui assurent par exemple des fonctions d'agents de développement communautaire, d'agents de la santé et de l'assainissement de l'environnement):

- inciter la communauté à participer aux activités en faveur d'un meilleur approvisionnement en eau et de l'assainissement;
- recueillir des données culturelles, comportementales, sociologiques qui ont trait à l'utilisation de l'eau, à l'hygiène, à l'assainissement et à la manipulation des aliments;

suite

- planifier et aider à la mise en oeuvre des activités d'éducation sanitaire appropriées;
 - superviser les activités du projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement;
 - rendre compte des activités du projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement;
 - épauler les agents sanitaires volontaires du village en leur fournissant reconnaissance, soutien et supervision.
3. Formation et missions du personnel gouvernemental dans les domaines de la communication et de l'éducation sanitaire:
- superviser les agents sanitaires communautaires dans leurs activités d'éducation sanitaire;
 - assister ces agents dans leurs activités éducatives;
 - contacter le siège principal pour toute assistance dans la conduite des activités d'éducation sanitaire;
 - travailler en étroite collaboration avec le comité d'eau et d'assainissement villageois lors de la réalisation des activités d'éducation sanitaire.

Source: UNICEF (1987).

Exemple: exercice de formation pour éducateurs à l'hygiène

Constituez une ligne qui soit la plus longue possible.

Objectif général: Tout individu et tout groupe d'individus disposent de certaines capacités. Il est important que chaque agent communautaire soit préparé à discerner et à identifier ces capacités-là et qu'il/elle développe ses aptitudes personnelles afin de pouvoir aider les membres d'une communauté à prendre conscience de leur propre potentiel.

Objectifs particuliers:

1. Les participants à cet exercice réalisent que chacun a à tout instant certaines capacités.
2. Les participants comprennent que lorsqu'ils utilisent l'ensemble des capacités disponibles, ils s'assurent pratiquement à coup sûr d'un plus grand succès.
3. Les participants seront plus créatifs.

Temps: 30 minutes

Lieu: tout local ou endroit suffisant spacieux

Matériel: aucun

Activité: *présentation*

Même si nous ne nous en rendons pas toujours bien compte, chaque individu et chaque groupe de personnes possèdent des capacités. Nous allons tenter de vous le prouver.

1. Demandez aux participants de constituer deux groupes.
2. Demandez à ces deux groupes de faire une ligne aussi longue que possible dans la pièce où ils se trouvent en utilisant tout ce qu'ils ont sur eux. Ils n'ont pas le droit de prendre autre chose que ce qu'ils ont sur eux. Dites leur qu'ils ont 10 minutes pour accomplir cette tâche.
3. A l'issue des 10 minutes, le formateur juge qu'elle est la ligne la plus longue.

**Discussions
et
conclusions:**

Le formateur peut poser les questions suivantes:

1. Quel est le groupe qui a la ligne la plus longue?
2. Quels sont les facteurs qui font que ce groupe l'a emporté?

suite

3. Quelles sont les mesures prises par ce groupe qui ont contribué à sa victoire? par exemple, pour faire la ligne la plus longue, quelqu'un s'est allongé par terre, un autre a utilisé sa ceinture, etc...

Le formateur peut souligner les éléments suivants:

1. Découvrir et optimiser les capacités existantes requiert beaucoup de créativité.
2. On peut utiliser les capacités d'un individu, tant que celui-ci accepte de participer.
3. Un agent communautaire doit comprendre et savoir comment motiver la communauté de telle sorte que celle-ci puisse utiliser ses propres capacités.

Source: Johnston, Mary P. et Rifkin, Susan (1987) p.81/82.

12. *Le suivi et l'évaluation*

Le suivi et l'évaluation sont des outils indispensables à la bonne gestion et à la progression d'un programme. Bien que nous abordons seulement ces aspects dans le chapitre final, le suivi et l'évaluation sont des processus continus qui doivent de préférence s'inscrire dès le départ dans le cadre d'un projet.

Ce point avait déjà été évoqué dans le chapitre 3.

12.1 Objectifs et orientation

Le suivi et l'évaluation de l'éducation à l'hygiène impliquent:

- a. la collecte de données afin de pouvoir faire une estimation sur les aspects suivants:
 - les besoins en ressources humaines, financières et en matériel;
 - la performance du personnel et des matériaux;
 - l'intégration des volets techniques et non-techniques du projet;
 - la participation des populations;
 - la coopération avec les autres agences;
 - étudier si les activités sont conformes aux prévisions du plan de travail;
 - constater si le plan de travail a été mené à son terme;
 - estimer si les objectifs ont été atteints et s'ils vont durablement subsister.

- b. l'utilisation des informations recueillies afin de:
 - prendre les mesures nécessaires en cas de problèmes;
 - d'améliorer la planification, la mise en oeuvre et la viabilité du programme;
 - d'avoir une meilleure supervision et une meilleure formation du personnel;
 - de renforcer l'organisation et la gestion du programme;
 - d'obtenir un impact plus important;
 - d'accroître l'efficacité;
 - de déterminer des objectifs nouveaux ou mieux adaptés;
 - d'en savoir davantage sur les conditions requises pour la réussite de l'éducation à l'hygiène.

Le suivi est une activité continue qui permet de voir globalement si le programme se déroule effectivement selon le plan. L'évaluation intervient de façon intermittente, soit en réponse à un problème, soit à l'issue de l'une des phases ou de l'une des étapes du projet. Le suivi est une activité interne du projet, tandis que l'évaluation peut être réalisée par un exécutant interne ou externe, l'objectif numéro un étant de tirer des leçons de l'expérience acquise.

Le suivi et l'évaluation sont des outils inestimables, dans la mesure où gestion et repères sont indispensables à tout projet; de plus, tout projet devrait chercher à savoir comment améliorer sa performance (c'est-à-dire la qualité et l'efficacité de ses activités) et ses résultats (c'est-à-dire l'impact/les effets). Dans les programmes d'éducation à l'hygiène, le suivi et l'évaluation sont tout particulièrement importants, car il reste beaucoup à apprendre sur ce qui contribue au succès d'un programme d'éducation à l'hygiène et comment intégrer ce volet au mieux dans les projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

Dans un programme qui concernait une région très pauvre, on construisit des latrines en brique qui étaient munies de serrures. Toutefois, les maisons elles-mêmes ne disposaient pas de verrous d'aucune sorte, si bien que les populations utilisèrent les latrines, non pas à des fins sanitaires, mais pour stocker leurs objets de valeur, tels que bicyclettes et poulets. Du point de vue des populations, ces latrines connurent donc un grand succès -en faisant office de 'coffre-fort'.



Source: Feuerstein, M. (1986) p. 6.

Les efforts entrepris en matière de suivi et d'évaluation dans les programmes d'éducation à l'hygiène ont tendance à porter davantage sur les résultats (i.e. si le comportement a ou non changé) plutôt que sur les ressources utilisées et l'exécution même des activités, c'est-à-dire sur le processus qui conduit à une modification du comportement. Le suivi et l'évaluation des ressources et de leur rendement sont également capitaux car ils permettent:

- d'en apprendre long sur le processus de planification et de mise en oeuvre;
- de faire de meilleures adaptations d'une manière plus précoce;
- enfin, on ne peut se faire une idée précise des résultats obtenus sans avoir une idée claire des ressources et des performances du personnel et de l'(des) organisation(s).

Un suivi et une évaluation minutieux sont particulièrement recommandés lors de la phase d'élaboration d'un volet d'éducation à l'hygiène intégré.

Souvent, il existe une certaine confusion quant à savoir si oui ou non, le suivi et l'évaluation d'un projet intégré d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'éducation à l'hygiène doivent inclure l'étude de l'impact sur la santé humaine,

c'est-à-dire en l'occurrence la réduction du nombre de cas de maladies liées à l'eau et à l'assainissement, comme un résultat du projet. Les études d'impact sur la santé humaine tentent d'établir si, grâce au projet, les populations souffrent moins de la diarrhée ou de l'ankylostome (par exemple). Nous avons vu dans le chapitre 1 que les études d'impact sur la santé humaine peuvent fournir des informations intéressantes sur la relation qui existe entre l'eau, l'assainissement et la santé. Toutefois, prouver le lien entre ces éléments est loin d'être chose aisée, car de nombreux facteurs peuvent entrer en ligne de compte. A titre d'exemple, il se peut qu'il y ait des améliorations non seulement dans l'approvisionnement en eau et l'assainissement, mais aussi dans le domaine des soins de santé ou encore, des changements dans le niveau des précipitations ou de l'approvisionnement en denrées alimentaires. Dans ce cas, il est difficile de savoir avec exactitude ce qui a occasionné cette réduction des cas de maladies liées à l'eau et à l'assainissement, ou pourquoi aucune réduction n'a été constatée conformément aux prévisions. Ainsi, les études d'impact sur la santé humaine par rapport à un projet donné sont rarement recommandées. Pour obtenir davantage d'informations sur ce thème, il est conseillé de se référer à l'ouvrage de Briscoe, J. et al (1985 et 1988). En fait, il n'est pas vraiment nécessaire de prouver que des améliorations dans le domaine de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'éducation à l'hygiène sont porteuses de bénéfices en matière de santé. C'est une évidence! Il est bien plus important de savoir si les équipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement fonctionnent correctement, s'ils sont utilisés à 100%, si les conditions et les pratiques d'hygiène ont progressé et si ces améliorations sont durables. La figure 10 illustre ce débat.

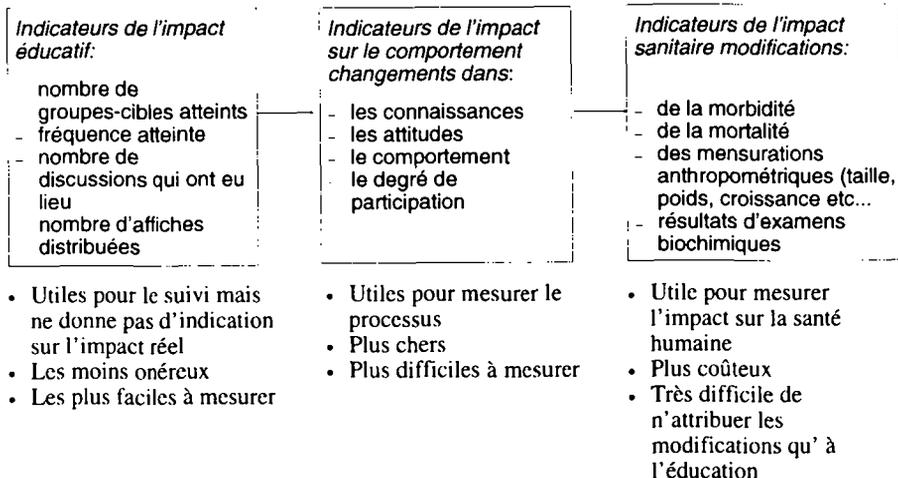


Figure 10: Assurer le suivi et l'évaluation de l'éducation à l'hygiène. Source: Favin, M. et al (1986).

12.2 Recommandations pour le suivi

Si on souhaite assurer un suivi réellement efficace dans un programme d'hygiène intégré, il est recommandé de garder en tête les éléments suivants.

L'orientation du suivi

Pour le suivi d'un programme d'éducation à l'hygiène, on peut s'orienter vers 3 axes différents:

- **le progrès** du programme par rapport au plan de travail et aux groupes-cibles identifiés. Les éléments soumis au suivi concernent dans le cas de cette orientation, par exemple: les ressources humaines, financières et en matériel; la réalisations des tâches; le nombre et le type d'activités d'éducation à l'hygiène. Tout ceci permet de mieux contrôler le calendrier des activités et l'utilisation des ressources.
- **la participation** et la réaction initiale des populations ciblées. Le suivi peut par exemple porter sur les éléments suivants: le nombre et le type de participants, la fréquence de leur participation, leurs appréciations sur les activités, leurs initiatives et actions, y compris leurs contributions en temps, en argent et en matériaux c'est-à-dire leur participation concrète à l'amélioration des conditions d'hygiène et des pratiques liées à la santé et au niveau de vie, la mise sur pied d'un organe de représentation de la communauté, un accroissement de la demande dans le domaine de l'éducation à l'hygiène.
- **les adaptations et les modifications** des conditions et des comportements en matière d'utilisation de l'eau, d'assainissement, de gestion communautaire et de durabilité. Dans le cas de cette orientation, on pourra choisir d'étudier par exemple: le fonctionnement et l'utilisation des équipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement, la propreté de l'environnement, l'hygiène personnelle et domestique, le fonctionnement des comités d'eau et d'assainissement. Ces éléments sont liés au suivi des résultats du programme d'éducation à l'hygiène intégrée.

Un certain nombre de ces éléments ne profiteront pas seulement à la gestion du volet d'éducation à l'hygiène, mais également aux autres volets du projet. Partant de cela, on peut très bien mettre en place un système de suivi pour l'éducation à l'hygiène en étroite liaison avec les autres volets: on instaurera alors un système aussi uniforme que possible (voir également le chapitre 9, sur l'importance d'élaborer un plan de travail en coopération avec le volet technique du projet).

Le suivi: outil de gestion

Le suivi constitue un outil de gestion et par conséquent, il devrait fournir au moment opportun un certain nombre d'informations utiles aux personnes qui en ont besoin pour assurer la planification, la mise en oeuvre du programme d'éducation à l'hygiène et la pérennité des résultats obtenus.

Lorsqu'on met sur pied un système de suivi, cela suppose de prendre d'abord des décisions à plusieurs niveaux: qui a besoin de quelle information et dans quel dessein. Généralement, le projet présente au moins trois niveaux de gestion et trois niveaux différents pour les besoins en information: le niveau communautaire, celui du programme d'éducation à l'hygiène et enfin celui de la direction générale du projet (et éventuellement des cadres du ministère et des bailleurs de fonds). Les besoins en information de ces différents échelons vont coïncider en partie seulement. Par exemple, les informations sur la construction et l'utilisation des latrines seront utiles à tous, tandis que les informations portant sur les progrès de la mise en oeuvre du plan de travail de l'éducation à l'hygiène seront plutôt destinées au programme.

En mettant en place un système de suivi, il vaut certainement la peine d'utiliser une approche 'par atelier' qui impliquera les différents niveaux de gestion. Ainsi, on parviendra à un système aussi simple et utile que possible qui permettra un flux 'montant' ou 'descendant' au sein de la hiérarchie, sans rendre nécessaire trop d'adaptations ou de suppléments d'informations. Lorsqu'on utilisera le système de suivi, il est capital que l'information recueillie à un certain niveau soit immédiatement exploitée et aussitôt transmise aux autres échelons de la hiérarchie. Si, par exemple, le coordinateur de l'éducation à l'hygiène apprend que dans une région, la rotation des éducateurs à l'hygiène devient inquiétante, il ne suffit pas d'en informer la direction générale du projet; il faut alors également prendre les mesures adéquates afin d'y porter remède.

Le choix des indicateurs

Tout en se référant aux besoins en information existants, il faut aussi décider quelles seront les données utiles à collecter. Cela soulève la question du choix des indicateurs. (Les indicateurs permettent de comparer facilement des données d'une enquête par rapport à la suivante ou entre différents projets). Les indicateurs devraient être choisis en fonction:

- des objectifs selon les groupes-cibles;
- du plan de travail;
- des résultats de l'étude de milieu ou de l'estimation des besoins.

Dans la mesure où un choix précis d'indicateurs n'est pas toujours aisé, il est souvent tentant de sélectionner plus que le strict nécessaire. Toutefois, la collecte des données en elle-même représente un effort; s'ajoute à cela la nécessité de classer, d'analyser et finalement d'exploiter les données. Recueillir trop de

- Objectif:** utilisation généralisée des sources d'eau potable, au moins pour la boisson.
- Indicateurs:* toutes les familles habitent à proximité d'une source d'eau potable; aucune source non-protégée n'est utilisée pour la boisson; les sources traditionnelles qui continuent à être utilisées sont protégées.
- Objectif:** les familles doivent stocker et utiliser l'eau potable dans de bonnes conditions d'hygiène.
- Indicateurs:* la présence de couvercle pour les récipients; une plate-forme en hauteur destinée aux récipients; une louche à manche long pour puiser l'eau; la louche est suspendue; absence de mouches autour des récipients; aucune utilisation commune des tasses.
- Objectif:** les utilisateurs doivent arriver à maintenir la zone autour du point d'eau dans un état sanitaire correct.
- Indicateurs:* drainage adéquat; absence de débris, de feuilles, de sédiments, de boue; présence/état de la clôture; présence/efforts des responsables du point d'eau; etc...
- Objectif:** les eaux usées seront utilisées pour irriguer les jardins potagers.
- Indicateurs:* présence de jardins autour des puits et des habitations; formation de coopératives; etc...
- Objectif:** les personnes qui viennent puiser de l'eau nettoieront leurs récipients avant de les remplir à nouveau.
- Indicateurs:* observation si/comment les personnes lavent leurs récipients avant de les remplir d'eau potable; lavage du couvercle avant de le placer sur le récipient; etc...
- Objectif:** tous les ménages vont disposer et utiliser une latrine sanitaire.
- Indicateurs:* présence de latrines; absence d'excréments par terre; existence d'agents nettoyants (eau, papier dans la latrine); nombre de mouches; pas d'excréments, y compris des enfants, dans l'enceinte de l'habitation; etc...
- Objectif:** tout le monde se lave les mains avec un détergent après être allé aux toilettes et avant de faire la cuisine et de manger.
- Indicateurs:* présence d'eau pour se laver les mains dans la latrine ou à proximité immédiate de celle-ci; présence de savon, de cendre ou d'autre détergent près de la latrine et dans la cuisine.

Figure 11: Quelques exemples d'objectifs définis en termes de comportement et d'indicateurs servant au suivi et à l'évaluation. Source: IRC (1991), Module V, p.12, adaptation de: l'UNICEF (1985) et de 'Monitoring Morogoro/Shinyanga Rural Water and Sanitation Programmes (1990).

données peut devenir contre-productif, parce que cela nuit à la disponibilité en temps voulu des informations utiles. La figure 11 présente quelques exemples d'indicateurs pour une série d'objectifs.

Généralement, il faudra avoir recours à une période expérimentale afin de déterminer quels sont les meilleurs indicateurs qui constituent une source d'informations directement utiles. Avant de faire imprimer des formulaires de suivi, il est souhaitable de les tester et de les adapter en fonction des résultats obtenus. La phase d'élaboration d'un programme d'éducation à l'hygiène requiert souvent une plus grande quantité et une plus grande fréquence dans le recueil des données que lorsqu'il s'agit d'un programme avancé.

La collecte des données

La collecte des données sur la progression du programme d'éducation à l'hygiène par rapport à ce qui a été défini dans le plan de travail devrait être une activité qui s'inscrit dans la routine du projet, soit en utilisant des formulaires de suivi standardisés tels que les fiches servant pour le compte-rendu des visites communautaires (cf. exemple en fin de chapitre) ou des formulaires comptables.

Pour la collecte des données sur la participation des populations ciblées et sur les modifications de la situation et du comportement, on peut suivre une variété de procédures, soit séparées soit combinées. Celles-ci incluent:

- la collecte régulière des données par des personnes ou/et des groupes au sein de la communauté avec l'utilisation de fiches ou formulaires agréés;
- des entretiens informels ou des observations à intervalles réguliers réalisés par des membres de la communauté ou/et du personnel du projet ce qui permet de prendre connaissance des réussites et des problèmes. Bien qu'il ne s'agisse pas là d'informations quantitatives, cela permettra d'en comprendre les raisons... L'utilisation de liste de contrôle au cours des entretiens ou des observations aide à n'escamoter aucun point important et fournit un même temps une sorte de plan pour établir le compte-rendu. A l'issue de son utilisation, cette liste de contrôle devrait être revue et, si nécessaire, adaptée en vue de la prochaine collecte de données;
- les enquêtes avec questionnaire ou par observation qui sont exécutées par les membres de la communauté ou du personnel du projet afin de mesurer le taux de participation et les changements. Pour ce faire, il est nécessaire de constituer un échantillon représentatif. A l'issue de chaque série d'enquêtes, le questionnaire et les fiches d'observation doivent être revus, et si nécessaire, adaptés pour la prochaine tournée.

Lorsque l'étude des données met en évidence un problème ou une évolution favorable que l'on n'avait pas prévu, il est alors nécessaire de faire des investigations plus poussées afin d'en tirer les conséquences en matière d'adaptation et d'amélioration du programme.

L'organisation de la collecte et de l'utilisation des données

Pour ce qui concerne le suivi, les données peuvent être recueillies et utilisées au cours:

- de la planification, de l'évolution du programme et des réunions du personnel;
- des visites sur le terrain;
- des activités de supervision et de formation.

L'idéal consiste à ce que cette collecte de données fasse autant que possible partie des activités en cours définies dans le plan de travail, telles que les visites des communautés, c'est-à-dire quand, de toutes façons, les informations et expériences doivent être mises noir sur blanc afin de ne pas risquer d'être oubliées. Cela implique que cette collecte de données puisse être assumée par les groupes communautaires ou le personnel du programme. On dispose ainsi d'informations de première main sans requérir à un supplément de personnel. Autre avantage, les communautés et le personnel sont régulièrement amenés à se remémorer leurs principales préoccupations puisqu'ils doivent les mettre par écrit.

La collecte des données par les communautés et les éducateurs à l'hygiène ne peut fonctionner que si celle-ci sert leurs intérêts immédiats et/ou forme partie intégrante des activités générales de soutien ou de supervision. Si les personnes concernées ont l'impression que cette collecte des données n'est pas vraiment importante pour eux et pour le projet, elles risquent fort de s'en désintéresser rapidement. Les informations ainsi recueillies peuvent fournir directement des renseignements utiles; par conséquent, les cadres et la direction du projet doivent fournir un soutien, un 'feed-back' et un suivi -dans le sens général du terme- appropriés. Ceci ne devrait pas être bien difficile, à condition que les fiches utilisées pour les rapports permettent d'extraire et d'exploiter facilement les données. L'introduction d'un système de suivi et toutes les modifications ultérieures requièrent donc beaucoup d'attention et une certaine formation pour que le personnel s'y conforme.

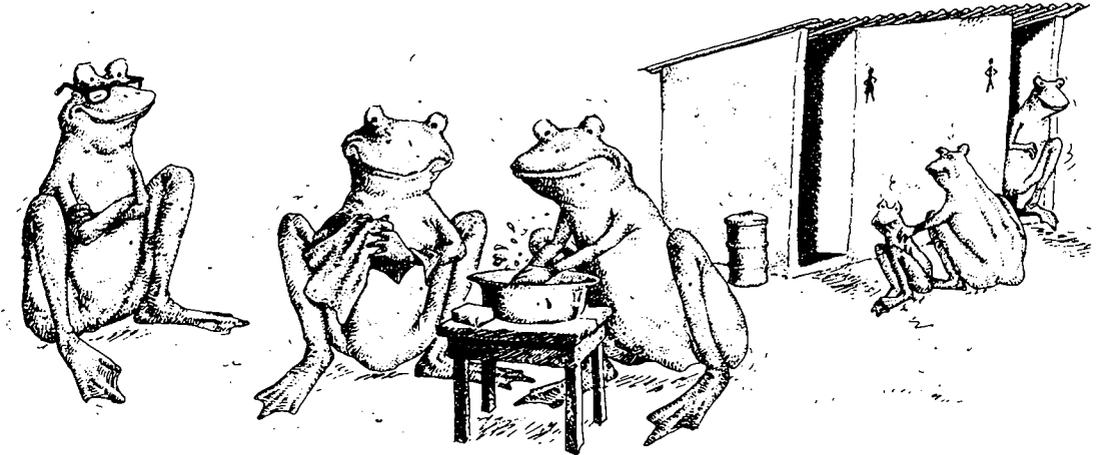
Il ne faut pas faire usage des données du suivi comme d'un outil permettant de critiquer les communautés et/ou le personnel, parce que les progrès ou les résultats s'avèrent être en deçà des attentes initiales. Cela aurait pour seule conséquence à l'avenir une dégradation de la fiabilité des données recueillies. Au lieu de ça, on mettra l'accent sur l'apprentissage, l'adaptation et l'amélioration des procédures, des activités et des résultats. Pour obtenir des données réelles et fiables par l'intermédiaire du personnel ou des communautés, il est crucial de ne pas ignorer la propension naturelle de l'être humain à méconnaître les indicateurs d'une performance médiocre ou à exagérer tout progrès (Casley et Kumar, 1987, p.23).

Les rapports

Les rapports mensuels ou trimestriels sur l'évolution du programme sont des outils très utiles au suivi. De tels rapports devraient inclure un inventaire des activités majeures entreprises pendant la période donnée par rapport aux prévisions du plan de travail, un inventaire des dépenses réelles par rapport au budget prévu, le nombre de communautés et d'habitants concernés par les activités, une analyse des problèmes existants et potentiels, les mesures correctives prévues ou les recommandations, les plans et calendriers des principales activités pour la période suivante (jusqu'au prochain rapport) (Casley et Kumar, 1987, p.91). On ne négligera pas non plus d'établir une comparaison des activités entreprises par rapport à celles prévues dans le plan; de même, on comparera ces activités avec celles des rapports des précédentes périodes -c'est-à-dire des mois et des trimestres passés-. Ceci permet d'observer les tendances et de prendre en temps et en heure les mesures qui s'imposent.

La présentation des informations obtenues grâce au suivi est souvent plus attrayante et attire davantage l'attention, si:

- ces informations font l'objet d'une discussion;
- on les condense en un résumé de quelques pages (par exemple, grâce à des 'briefings' de suivi qui permettent d'obtenir des rapports plus élaborés);
- on ajoute des graphiques et des tableaux, comme dans l'exemple fourni à la fin de ce chapitre (Casley et Kumar, 1987, p.89-98).



Notre objectif: une pratique de l'hygiène durablement acquise

12.3 Recommandations pour l'évaluation

Un bon système de suivi fournira une précieuse base pour l'évaluation du programme d'éducation à l'hygiène. Dans la mesure où la planification et la mise en oeuvre d'une évaluation ne diffère pas fondamentalement de ce qui se fait pour toute autre étude, telle que par exemple les études de milieu, le lecteur est prié de se référer au chapitre 7, en particulier aux sections 7.3 jusqu'à 7.5 pour avoir les lignes directrices à suivre dans le domaine de l'évaluation.

L'objet de l'évaluation

Comme nous l'avons déjà indiqué, une évaluation peut servir à :

- évaluer jusqu'à quel point le programme d'éducation à l'hygiène a été bien planifié et mis en oeuvre (déjà évoqué en tant qu'évaluation du processus dans le chapitre 3);
- évaluer les résultats du programme éducatif en termes de modification des connaissances, attitudes, croyances, et surtout dans le domaine des changements de la situation et des comportements;
- enquêter sur un problème (voir également section 12.2).

L'objectif général de toute évaluation consiste forcément à tirer profit de cette expérience; cela permet d'une part d'appliquer les enseignements qu'on en a tiré afin d'améliorer la planification et la mise en oeuvre du programme et d'autre part de récidiver en cas de succès.

L'importance de l'évaluation interne

Les évaluations peuvent être conduites soit de façon interne, par les communautés elles-mêmes et/ou les membres du projet, soit de façon externe, par des professionnels extérieurs au projet qui ne sont pas impliqués dans le programme éducatif. Sans entrer dans le débat sur les avantages et les inconvénients respectifs de ces différentes formules (le lecteur désireux d'en savoir davantage sur ce point est prié de se référer aux ouvrages de Boot (1987) et de Narayan-Parker (1990a)), on peut affirmer sans aucun risque que pour les évaluations aux niveaux communautaire et du projet, l'implication active de toutes les personnes concernées est capitale afin de parvenir à une compréhension mutuelle des points forts et points faibles, des obstacles et des possibilités, des solutions alternatives et des routes à suivre.

Mesurer les modifications du comportement

On peut évaluer les modifications de la situation sanitaire et du comportement de nombreuses manières; mais pour l'évaluation des projets, la méthode la plus courante et la plus réaliste consiste à comparer les données obtenues à l'issue de l'étude d'évaluation avec celles de l'étude préliminaire du milieu (voir chapitre 7).

Lors de l'évaluation des modifications du comportement, il faut prendre conscience des directions possibles que ces changements peuvent prendre, afin d'éviter une mauvaise interprétation des résultats de l'évaluation. Un changement de comportement peut signifier:

- une réduction des comportements à risque (par ex. la diminution de la défécation en plein air);
- la prévention de l'apparition de nouveaux comportements à risque ou la prévention de l'augmentation des comportements à risque (par ex. l'absence de nettoyage des latrines);
- la généralisation d'un comportement hygiénique (par ex. l'utilisation exclusive des latrines par tous les membres de la famille);
- la prévention d'une diminution du comportement facteur d'hygiène (par ex. moins de personnes reviennent à la défécation en plein air) (Green et al, 1980, p.10-11).

Evaluer l'utilisation réelle des équipements améliorés d'approvisionnement en eau et d'assainissement par les hommes, les femmes et les enfants est toujours crucial. Pour évaluer cette utilisation, on peut considérer les éléments suivants:

Utilisation générale: l'ensemble (ou presque) des ménages utilisent réellement les points d'eau améliorés et les latrines;

Utilisation systématique: ce comportement vaut pour toute l'année, sans qu'il y ait retour à un moment ou à un autre à d'autres sources d'eau ou à des pratiques qui soient un facteur de risques pour la santé humaine (maladies diarrhéiques, bilharziose, vers de Guinée, ankylostome).

Utilisation exclusive: aucune des autres sources d'eau ou pratiques sanitaires -facteurs de risques pour la santé humaine- n'est employée parallèlement aux équipements améliorés.

Utilisation accrue: la population consomme un volume d'eau plus important pour l'hygiène personnelle et domestique.

Utilisation contrôlée: l'utilisation des ressources en eau et des latrines n'a pas d'impact défavorable sur les réserves en eau et sur l'environnement, comme par exemple la surexploitation de la nappe phréatique, la déforestation, le surpâturage, la contamination chimique ou bactériologique, etc...

Source: IRC (1991) Module V, p.9.

Les éventuelles conséquences négatives

Au cours de la réalisation d'une évaluation, il est indispensable d'observer si les changements de comportement n'entraînent pas d'éventuels effets pervers (c'est-à-dire si un changement positif du comportement ne s'accompagne pas d'un effet négatif). Voici un exemple. Au cours d'un projet d'approvisionnement en eau,

on observa que les populations avaient effectivement changé leur comportement: elles n'avaient plus recours à l'eau des puits non-protégés, mais utilisaient dorénavant exclusivement le nouveau puits protégé qui était muni d'un treuil, d'une poulie et d'un seau réservé au puisage. Mais, le puits devint si fréquenté que les personnes devaient faire la queue, puisque seule une personne à la fois pouvait puiser de l'eau. Pour résoudre ce problème d'attente, les villageois commencèrent à apporter leurs propres seaux et leurs cordes, ce qui bien sûr leur permettait de gagner du temps, mais surtout risquait de mettre en péril la qualité de l'eau.

Les méthodes participatives d'évaluation

Au cours de la dernière décennie, on a vu que les méthodes alternatives d'évaluation prenaient un poids de plus en plus important. Un peu plus loin, nous donnons un exemple situé au Lesotho. Il serait nécessaire de répertorier davantage d'exemples portant sur ces méthodes alternatives, car généralement, elles facilitent l'auto-évaluation par les communautés et elles constituent pour toutes les parties concernées une activité d'apprentissage plus attrayante (IRC, 1991, Module V, p.14). Au cours du chapitre 7, l'utilité d'une recherche participative avait déjà également été évoquée.

Les élèves d'une école ont participé à l'évaluation du projet d'assainissement rural en prenant part à une activité leur demandant de dessiner la carte de leur village.

Les instructions de cette activité étaient simples. Les enfants (âgés d'environ 11 ans) travaillaient en groupe. On leur demandait de faire un dessin de leur communauté, y compris des problèmes, des ressources disponibles, des points d'eau, et des endroits réservés à la défécation. Cette activité déclencha un tel enthousiasme qu'on demanda aux enfants d'aller continuer leur activité dehors. Les quatre groupes d'élèves mirent en évidence trois problèmes majeurs: l'ivresse, le mauvais état des routes et la faible utilisation des latrines. Les ressources que les enfants identifièrent comprenaient les gens, les arbres, les latrines à fosse ventilée, les magasins, les sources d'approvisionnement en eau, les animaux et les différents moyens de transport. Les latrines, les buissons et les forêts furent représentées comme des sites de défécation. Les sources d'eau incluaient les sources non-protégées, les puits, les étangs et les bornes-fontaines. Les enseignants confirmèrent que ces dessins d'enfants correspondaient bien à la réalité.

Cette activité de dessin permit de disposer de précieuses informations sur la situation de cette communauté en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement et de constater si les latrines étaient utilisées ou non. L'étape suivante consiste en une discussion de groupe au terme de laquelle on cherche à résoudre les problèmes d'assainissement qui ont été identifiés.

Tiré de: Banque Mondiale et P.N.U.D./PROWESS (1990) p.21.

La liste de contrôle d'une évaluation

Voici présenté ci-dessous un inventaire détaillé des points qui méritent plus particulièrement notre attention lors de l'évaluation d'un programme d'éducation à l'hygiène.

1. Quels sont les objectifs globaux et spécifiques du projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement?
2. L'éducation à l'hygiène constitue-t-elle un volet intégré au projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement?
 - Si oui, passez à la troisième question.
 - Si non, pourquoi? par exemple:
 - pas prévu, ne semblait pas nécessaire;
 - par manque de personnel;
 - par manque de moyens financiers;
 - par manque d'organisation;
 - en raison des problèmes de coopération/coordination entre les différentes agences gouvernementales et non-gouvernementales;
 - par manque d'expérience pour intégrer un volet d'éducation à l'hygiène;
 - etc...
3. Quels sont les objectifs généraux et spécifiques du programme d'éducation à l'hygiène?
4. Comment ce programme est-il organisé?
 - Quelle est l'organisation chargée du programme d'éducation à l'hygiène? (par ex. le projet même, les centres de soins de santé primaires, le service de la santé publique)
 - Qui est responsable des activités d'éducation à l'hygiène ?
 - Combien d'employés et de volontaires travaillent au sein de ce programme éducatif? (à temps plein ou à mi temps, proportion d'hommes et de femmes, rémunération/volontariat)
 - Quels est leur niveau scolaire et leur expérience professionnelle?
 - Ont-ils/elles suivi un stage de formation spécial? Si oui,
 - quelle a été la durée de ce stage? (nombre de jours)
 - quels ont été les thèmes et les compétences abordés au cours de ce stage?
 - les stagiaires ont-ils été rémunérés?
 - Des fonds spéciaux sont-ils alloués au programme d'éducation à l'hygiène?
 - Si oui, quel en est le montant? Ces fonds couvrent-ils l'ensemble des besoins c'est-à-dire des coûts salariaux, des coûts en matériel et en moyen de transport?

- Les activités éducatives sont-elles intégrées aux activités générales du projet?
 - Si oui, de quel manière et dans quelles phases? Si non: pourquoi?
 - Existe-t-il une coopération quelqu'elle soit avec d'autres organisations qui sont impliquées dans le domaine des services de santé primaire et des programmes de développement local.
5. Quels sont les principaux groupes-cibles chez les femmes et les hommes?
- Comment et pourquoi les a-t-on sélectionnés?
 - A-t-on informé et impliqué les chefs ou responsables locaux?
 - Les hommes et les femmes des différentes catégories socio-économiques ont-ils pris part aux activités d'éducation à l'hygiène?
 - Les femmes et les hommes des différentes ethnies, religions et/ou castes ont-ils pris part aux activités d'éducation à l'hygiène?
 - Si les activités éducatives concernaient essentiellement les enfants d'âge scolaire, comment a-t-on fait pour que les enfants non-scolarisés ou en situation d'abandon scolaire puissent prendre part à ces activités?
 - Si ces activités d'éducation à l'hygiène s'adressaient surtout aux femmes, comment a-t-on impliqué les hommes?
 - A-t-on prêté une attention particulière aux groupes à risque (par exemple les jeunes enfants)?
6. Quels sont les principales approches choisies en matière d'éducation à l'hygiène?
- Quels sont les activités d'éducation à l'hygiène qui ont été planifiées et organisées en étroite coopération avec les groupes communautaires, leurs représentants et les agents communautaires?
 - Un comité spécial de santé a-t-il été constitué à cet effet?
 - Des femmes et des hommes de la communauté ont-ils été choisis ou sélectionnés afin de jouer un rôle d' 'agent-promoteur' de l'hygiène? Si oui:
 - qui a-t-on choisi ou sélectionné?
 - ont-ils reçu une quelconque formation?
 - combien de temps passent-ils pour les activités d'éducation à l'hygiène?
 - sont-elles/ils rémunérés?
 - assure-t-on leur supervision?
 - Comment les activités éducatives sont-elles organisées? S'agit-il de...
 - visites à domicile;
 - réunions de groupes;
 - réunions formelles;
 - discussions informelles près des points d'eau, au travail pendant la pause, sur le marché local, etc...;
 - d'activités d'éducation à l'hygiène dans d'autres programmes ou d'activités par le biais de groupes d'alphabétisation, d'associations de crédit, de groupes religieux, d'associations de jeunes, etc...
 - Quelle est la fréquence de ces activités éducatives?

- A-t-on mis au point et/ou utilisé du matériel audio-visuel quelque'il soit? comme par exemple:
 - des posters, des petites affiches en vrac ou en série;
 - des bandes dessinées ou des histoires mises en photo;
 - un tableau de flanelle ou un tableau magnétique;
 - des histoires, des chansons, du théâtre et des jeux;
 - des maquettes;
 - des dessins animés ou des diapositives;
 - un magnétophone;
 - des films vidéo ou autres.
 - Le matériel audio-visuel a-t-il été testé et adapté aux conditions locales?
 - Les éducateurs à l'hygiène ou animateurs ont-ils reçu une formation aux techniques de communication, aux techniques de discussions de groupe et pour l'utilisation des outils audio-visuels?
 - Un arrangement quelque'il soit a-t-il été conclu pour assurer la supervision et offrir des cours de recyclage?
7. Quels sont les objectifs pratiques et messages de l'éducation à l'hygiène?
- Comment et pourquoi a-t-on sélectionné ces objectifs et ces messages? (par exemple, sur la base soit d'une étude sur les maladies liées à l'eau et l'assainissement qui sont fréquentes, soit d'observations et de discussions participatives au sein des communautés, soit encore sur la base d'une enquête dans la région).
 - Dans les messages, a-t-on mis l'accent sur:
 - une meilleure compréhension de la relation qui existe entre l'eau, l'assainissement et la santé;
 - la réduction des risques locaux pour la santé de la population;
 - le côté pratique et l'avantage personnel;
 - la mise en valeur du statut;
 - le fonctionnement et l'utilisation optimale des nouveaux équipements?
 - la promotion d'une maintenance adéquate des nouveaux équipements?
 - Dans ces messages, a-t-on pris en compte:
 - les besoins locaux, les priorités et les préférences locales;
 - les croyances et les religions locales;
 - les conditions socio-économiques?
8. Comment a-t-on structuré le calendrier?
- Combien de temps a-t-on passé à:
 - la préparation;
 - la mise en oeuvre;
 - l'arrangement des activités suivies;
 - la formation;
 - la mise au point et la dissémination des supports audio-visuels;

- la coordination avec les autres programmes et activités?
 - A-t-on intégré l'éducation à l'hygiène à d'autres activités du projet?
9. Comment les populations ont-elles réagi aux activités d'éducation à l'hygiène?
- Combien d'enfants, de femmes et d'hommes ont participé à ces activités éducatives? Cela a-t-il évolué dans le temps?
 - Existait-il des obstacles à la participation d'un groupe quelqu'il soit?
 - Qu'ont-ils retenu de ces activités et des messages?
 - Que pensent-ils des approches, des activités et des messages proposés?
 - Cela a-t-il eu un impact sur leurs connaissances et leurs attitudes?
 - Cela a-t-il influencé leur comportement ou les activités d'éducation à l'hygiène ont-elles permis de réaliser des améliorations à ce niveau? Quelles sortes de modifications? Ces modifications sont-elles observables?
 - Quelles sont les suggestions de ces populations dans le cadre d'un futur programme?
10. Quelle opinion les éducateurs à l'hygiène ont-ils du programme éducatif?
- Leurs principales expériences sont-elles positives ou négatives?
 - Y a-t-il eu des lacunes concernant:
 - la programmation et le calendrier des activités et des tâches;
 - la disponibilité des moyens de transport;
 - le niveau des connaissances;
 - le niveau des compétences en matière de communication et de techniques d'approches;
 - la supervision;
 - les rémunérations et les indemnités;
 - la coopération et la coordination avec les autres projets, programmes et organisations?
11. D'après ce qui a été dit précédemment, ...
- Quelles sont les principales expériences et les leçons à en tirer?
 - Quels sont les éléments positifs qui pourraient/devraient être confortés?
 - Quels sont les principaux obstacles et comment les surmonter?
 - De quelle manière peut-on à l'avenir faciliter l'intégration d'un volet d'éducation à l'hygiène dans les futurs projets ou programmes?

Exemple: fiche de suivi et de supervision, Yémen

Fiche d'activité au niveau villageois (A.N.V.)

Fiche A.N.V. No: Animateur:
Conseil rural: Agents de santé:
Nom du village: Chef de section:
Date: Conseiller:
Lieu de rencontre:

Activité:

Temps	Thèmes abordés	Méthodes utilisées	Nombre de participants et participantes
-------	----------------	--------------------	--

.....
.....
.....
.....

Déroulement de l'activité: Comment cela s'est-il passé? Comment les gens ont-ils réagi? Ont-ils compris les messages? etc...

.....
.....
.....
.....

Rendez-vous/arrangements (date du prochain R.V., thèmes à aborder, heure, lieu, divers):

.....
.....
.....
.....

Adapté de: Derckx, M. (1989).

Exemple: rapport mensuel de suivi pour l'assainissement au niveau villageois, Tanzanie

Mois: Canton:
 Nom de l'agent villageois: Arrondissement:
 Nom du village:

1. Les villageois utilisent-ils des sources d'eau non protégées (de quelque nature que ce soit) pour la boisson pendant le mois en question?

Non / Oui, par (nombre) foyers

Motifs:

2. Des villageois restent-ils les pieds dans l'eau infestée par la bilharziose?

Non / Oui, pour se baigner, nager, faire la lessive

3. Les villageois ont-ils mentionné des problèmes concernant les points d'eau améliorés?

Non / Oui

Si oui, indiquez de quoi il s'agit.

Couleur/goût désagréable/quantité insuffisante/ pas d'eau/ latrine près du point d'eau/

Nombre de points d'eau affectés pendant les 30 jours de l'évaluation

5. Quelles sont les conditions d'hygiène du système d'approvisionnement en eau?

Nombre de points d'eau Visités Sales

Nombre de bacs destinés à la lessive Visités Sales

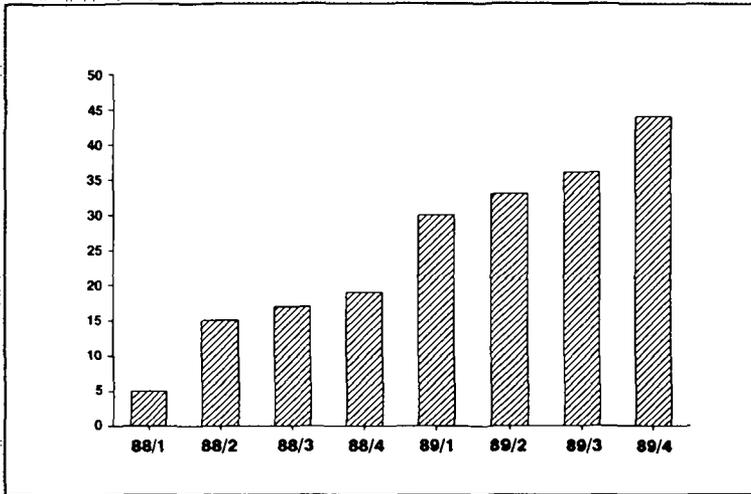
Nombre de canalisation de drainage Visités Sales

Nombre d'abreuvoirs Visités Sales

6. Les villageois ont-ils construit ce mois-ci des installations?

Equipement	Quantité	Type	Coût unitaire	Coût total
Point d'eau
Lavoir
Dalle de latrine
Latrine
			Total

Exemple: comment rendre l'information provenant des activités de suivi et d'évaluation plus 'digeste' et intéressante: l'utilisation des graphiques et des tableaux



Ce tableau met en évidence l'augmentation du nombre de comités d'eau qui utilisent les eaux usées pour irriguer les arbres. Source: IRC (1991) (non-publié).

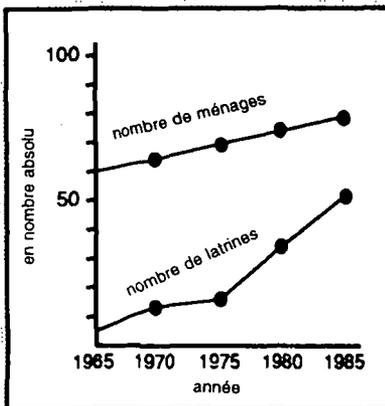


Figure 1: courbe représentant l'acquisition de latrines dans le village A (nombre de latrines dans le village au moment donné)

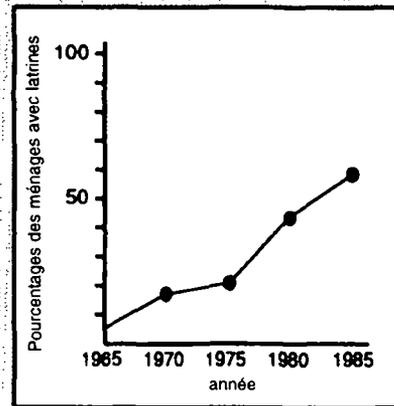
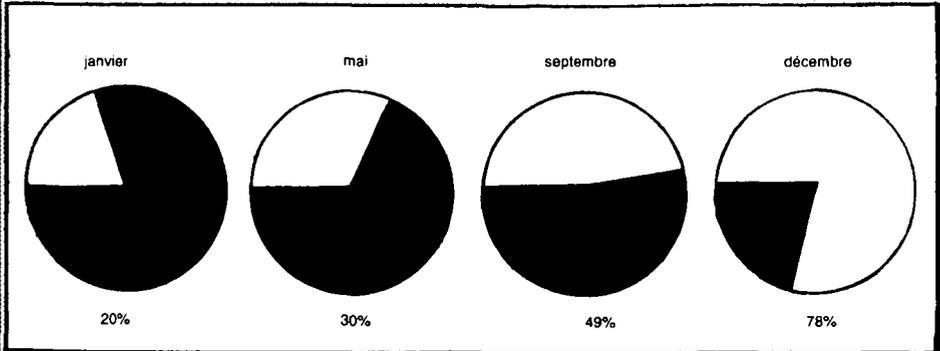


Figure 2: courbe représentant l'acquisition de latrines dans le village A (pourcentage de ménages avec latrines au moment donné)

Graphiques démontant la progression de la couverture en latrines Source: Smith, C. (1988)

suite



Fromage représentant l'augmentation (en blanc) du taux de participation de la population. Source: Stephens, A. et Putman, K. (1988).

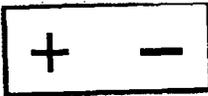
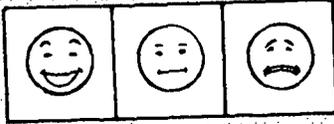
Comité de santé de Maejo

Population adulte au 1.1.88 **426** Population adulte au 31.12.1988
 Jan fév mar avr mai juin juil août sept oct nov déc

nombre de membres	54	57	62															
pourcentage total	12.6	13.4	14.5															
nombre de présents aux réunions	44.1	49	52.4															
participation à la formation (nombre de jours ouvrables et pers./jour)	H	60	20	95														
	F	15	-	3														
Responsables et participation	3	4	3															

Tableau du suivi de la participation: Source: Stephens, A. et Putman, K. (1988).

suite



- degré de satisfaction par exemple concernant les activités d'éducation à l'hygiène
- nombre d'enfants, par exemple atteints et non-atteints par la gale
- nombre de ménages qui utilisent le puits amélioré.
- existe ou n'existe pas, par exemple clôture autour du point d'eau

Pictogrammes où on utilise des dessins et autres signes qui permettent de visualiser immédiatement l'essentiel de l'information. Source: Feuerstein, M. (1986); Stephens, A. et Putman, K. (1988).

Bibliographie

Abbatt, F.R. and Mejia, A. (1988). *Continuing the education of health workers : a workshop manual*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

Abdullah, Taherunessa and Boot, Marieke (1989). *Progress review of the integrated approach, rural water supply and sanitation programme, Bangladesh*. The Hague, The Netherlands, IRC International Water and Sanitation Centre.

Adamson, Peter (1989). *Facts for life : a communication challenge*. New York, NY, USA, UNICEF, Facts for Life Unit.

Aguilar, L. and Rosales, E. (1990). *Some thoughts about community participation : a rural area project related to health, technology and the community : paper presented at the workshop on goals and indicators for monitoring and evaluation for water supply and sanitation, Geneva, Switzerland, 25 - 29 June 1990*.

AHRTAG (1988). 'Health basic : weaning'. In : *Dialogue on Diarrhoea*, no. 32.

AHRTAG (1989). 'Investigating beliefs : collecting information using rapid assessment procedures'. In : *Dialogue on Diarrhoea*, no. 39, p. 3-4.

Akhter, M. (1990). 'SWACH : an integrated approach to control guinea worm disease in India'. In : *Water quality bulletin*, vol. 15, no. 1, p. 23-28.

Alam, Nurul et al (1989). 'Mothers' personal and domestic hygiene and diarrhoea incidence in young children in rural Bangladesh'. In : *International Journal of Epidemiology*, vol. 18, no. 1, p. 242-247.

Appleton, Brian (1987). *Housing and health : an agenda for action*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

Aziz, K.M.A. et al (1990). *Water supply, sanitation and hygiene education : report of a health impact study in Mirzapur, Bangladesh*. (Water and sanitation report series ; no. 1). Washington, DC, USA, UNDP-World Bank Water and Sanitation Programme, The World Bank.

Bartrand, J.F. (1978). *Communications pretesting*. (Media Monograph ; no. 6), Chicago, USA, University of Chicago, Community and Family Study Center.

Bencenson, Abram S. (1990). *Control of communicable diseases in man : an official report of the American Public Health Association, 15th ed.* Washington, DC, USA, American Public Health Association.

Black, Maggie (1990). *From handpumps to health : the evolution of water and sanitation programmes in Bangladesh, India and Nigeria.* New York, NY, USA, UNICEF.

Bohari, Hashami; Md Idris Mohd Nor and Mohd Nasir Hashim (1989). 'A pour-flush latrine programme in a rural community in Malaysia : an early evaluation'. In : *Hygie*, vol. 8, no. 3, p. 15-19.

Bolt, Eveline (1989). *Sanitation and women's involvement in water supply : policy and practice for the rural hills of Nepal : a proposal.* Kathmandu, Nepal, SNV.

Boot, Marieke T. (1984). *Making the links : guidelines for hygiene education in community water supply and sanitation.* (Occasional Paper Series ; no. 5). The Hague, The Netherlands, IRC International Water and Sanitation Centre.

Boot, Marieke (1987). *Evaluating water supply and sanitation projects : training course.* (Training Series ; no. 2). The Hague, The Netherlands, IRC International Water and Sanitation Centre.

Boot, Marieke; Mansour, Awad Elkarim; Yousif, Mustafa Alkahim and Medani, Mohamed Nasir (1988). *End of mission report for the WADS project, Nyala.* The Hague, The Netherlands, IRC International Water and Sanitation Centre.

Bradley, R.M. and Karunadasa, H.I. (1989). 'Community participation in the water supply sector in Sri Lanka'. In : *Journal of Royal Society of Health*, vol. 109, no. 4, p. 131-136.

Brieger, William et al (1988). 'Developing health education for oral rehydration therapy in a rural Nigerian clinic'. In : *Patient Education and Counselling*, vol. 3, p. 189-202.

Brieger, William R. and Rosensweig, Fred (1988). *Workshop on guinea worm control at the community level : a training guide.* (WASH technical report ; no. 50). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Brinkerhoff, Robert O. (1987). *Achieving results from training : how to evaluate resource development to strengthen program and increase impact.* San Francisco, CA, USA, Jossey-Bass Publishers.

- Briscoe, John; Feachem, Richard G. and Rahaman, Mujibur M. (1985). *Measuring the impact of water supply and sanitation facilities on diarrhoea morbidity : prospects for case-control methods*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, Environmental Health Division and Diarrhoeal Diseases Control Programme.
- Briscoe, John; Baltazar, Jane and Young, Beverly (1988). 'Case-control studies of the effect of environmental sanitation on diarrhoea morbidity : methodological implications of field studies in Africa and Asia'. In : *International Journal of Epidemiology*, vol. 17, no. 2, p. 441-447.
- Burgers, Lizette; Boot, Marieke and Wijk-Sijbesma, Christine van (1988). *Hygiene education in water supply and sanitation : literature review with selected and annotated bibliography*. (Technical Paper Series ; no. 27). The Hague, The Netherlands, IRC International Water and Sanitation Centre.
- Cairncross, Sandy and Feachem, Richard G. (1983). *Environmental health engineering in the tropics : an introductory text*. Chichester, United Kingdom, John Wiley.
- Cairncross, S. and Ouano, E.A.R. (1991). *Surface water drainage for low-income communities*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- Carney, David T. and Faigenblum, Jacques M. (1986). *The CARE/Cameroon northern wells construction project : an evaluation plan for and review of the health education component*. (WASH field report ; no. 165). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.
- Carty, Dermot (1990). 'Water-well bucket protection in Zambia'. In : *Waterlines*, vol. 8, no. 4, p. 26-28.
- Casley, Dennis and Kumar, Krishna (1987). *Project monitoring and evaluation in agriculture*. Baltimore, USA, Johns Hopkins University Press.
- Chambers, Robert (1990). 'Rapid and participatory rural appraisal'. In : *Appropriate Technology*, vol. 16, no. 4, p. 14-16.
- Chandiwana, Stephen K. (1988). 'Integrated community-based controls for intestinal helminthiasis'. In : *Medical Forum*, p. 9-13.
- CHEटना (1988). *Proposal for conducting health awareness camps in 95 villages of Banaskantha District of Gujarat*. Ahmedabad, India, Centre for Health Education, Training and Nutrition Awareness.

Crone, Catharine D. and St. John Hunter, Carman (1980). *From the field : tested participatory activities for trainers*. New York, NY, USA, World Education.

Daniels, D. L. et al (1990). 'A case-control study of the impact of improved sanitation on diarrhoea morbidity in Lesotho'. In : *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 68, no. 4, p. 455-463.

Deeds, Sigrid G. and Gunatilake, Sara (1989). 'Behavioural change strategies to enhance child survival'. In : *Hygie*, vol. 8, no. 4, p. 19-21.

Derckx, M.C.T. (1989). *Review of the RWES Health Education Programme in 1988. Rada Integrated Rural Development Project*. (Technical note ; no. 31). Rada, Yemen, Ministry of Agriculture and Fisheries and ILACO.

DGIS (1985). *India : Sector water supply : workplan and operational plan for one year, November - December 1985 : AP-12, Sub-report C : Health and sanitation education*. The Hague, The Netherlands, Ministry of Foreign Affairs, Directorate-General for International Cooperation.

Diamanti, Maria and Heyn, Michael (1985). *Manual for field workers*. Kathmandu, Nepal, UNICEF.

Dlangamandla, V.G.N. (1987). *Hygiene/health education in primary schools in Lesotho : the role of Urban Sanitation Improvement Team (USIT)*. Maseru, Lesotho, Urban Sanitation Improvement Team, Ministry of the Interior.

Donnelly-Roark, Paula (1987). *New participatory frameworks for the design and management of sustainable water supply and sanitation projects*. (WASH technical report ; no. 52; PROWESS report ; no. 50). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Donovan, Richard Z. (1986). *CARE-Belize water supply and sanitation baseline survey*. (WASH field report ; no. 147). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Drucker, D. (1986). 'Ask a silly question, get a silly answer : community participation and the demystification of health care'. In : *Korten, D. Community management : Asian experience and perspectives. (Library of management for development)*, West Hartford, CT, USA, Kumarian Press, p. 161-171.

Ekeh, H.E. and Adeniyi, J.D. (1986). 'Targeting school children for tropical diseases control: preliminary findings from a socio-behaviour research in Nigeria'. In : *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 89, p. 1-6.

Ekeh, H.E. and Adeniyi, J.D. (1988). 'Health education strategies for tropical disease control in school children'. In : *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 91, no. 2, p. 55-59.

El-Katsha, Samiha et al (1988a). *Women, water and sanitation : action research project in two villages in lower Egypt : Phase I*. Cairo, Egypt, American University, Social Research Centre.

El-Katsha, Samiha et al (1988b). *Women, water and sanitation : action research project in two villages in lower Egypt : final report of the summer clubs established at Babil and Kafr Shanawan primary schools*. Cairo, Egypt, American University, Social Research Centre.

El-Katsha, Samiha et al (1989). *Women, water and sanitation : household water use in two Egyptian villages*. (Cairo papers in social science ; vol. 12, no. 2. Social Research Centre series ; no. 1). Cairo, Egypt, American University, Social Research Centre.

El-Katsha, Samiha and White, Anne U. (1989). 'Women, water and sanitation : household behavioral patterns in two Egyptian villages'. In : *Water International*, vol. 14, no. 3, p. 103-111.

Ellis, Pat (1983). *Getting the community into the act : 72 participatory activities for field workers and trainers*. Barbados, University of the West Indies, Extra Mural Department, Women and Development Unit.

Enge, Marianne (1990). 'Hygiene education : the Cinderella of environmental health'. In : *Nordberg, Erik and Finer, David. Society, environment and health in low-income countries*. Stockholm, Sweden, Karolinska Institutet, Department of International Health Care Research, p. 158-169.

Engler, M. (1989). *Status survey of 200 water supply projects : final report : community water supply and sanitation programme*. Pokhara, Nepal, MHPP/DWSS; CWSS/Helvetas.

Esrey, Steven. A. and Feachem, R.G. (1989). *Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children : promotion of food hygiene*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

Esrey, Steven A. et al (1990). *Health benefits from improvements in water supply and sanitation : survey and analysis of the literature on selected diseases*. (WASH technical report ; no. 66). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Evans, Phil (1990). *Subjective needs assessment Uukwaluudhi, Western Ovambo*. First draft. Windhoek, Namibia, UNICEF.

Favin, Michael et al (1986). *Health education*. (Information for action issue paper). Geneva, Switzerland, World Federation of Public Health Associations.

Fernig, I. (1989). *Report of TA to the Village Project Section of the VWS programme in Southern Darfur Province. Water resources assessment and development project*. Nyala, Sudan, NCRWD and TNO-DGV. Institute of Applied Geoscience, National Corporation for Rural Water Development.

Feuerstein, Marie-Therèse (1986). *Partners in evaluation : evaluating development and community programmes with participants*. London, UK, Macmillan Publishers.

Flanagan, D. (1987). *Community water supply : a manual for user education*. Geneva, Switzerland, International Labour Organization, Special Public Works Programme.

Frelick, Greame and Fry, Sarah (1990). *A training guide on hygiene education*. (WASH technical report; no. 60). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Fuglesang, Andreas (1982). *About understanding : ideas and observations on cross-cultural communication*. Uppsala, Sweden, Dag Hammarskjöld Foundation.

Fukumoto, Mary and Aguila, Roberto del (1989). 'Beliefs and behaviour : why do mothers wash their hands?' In : *Dialogue on Diarrhoea*, no. 39, p. 5.

Gleditsch, Mona et al (1986). *Review of the community participation and health education projects in Rukwa and Kigoma*. Dar es Salaam, Tanzania, Norwegian Agency for International Development.

Goertz, U. et al (1989). *Training community participation : report of an African regional workshop for programme staff*. (PROWWESS/UNDP technical series involving women in water and sanitation : lessons, strategies, tools). New York, NY, USA, United Nations Development Programme, Promotion of the Role of Women in Water and Environmental Sanitation Services.

Gordon, Gill and Gordon, Sue (1986). *Puppets for better health : a manual for community workers and teachers*. London, UK, MacMillan.

- Green, L.W.; Kreuter, M.W.; Deeds, S.G. and Patridge, K.B. (1980). *Health education planning : a diagnostic approach*. Palo Alto, CA, USA, Mayfield Publishing Company.
- Green, Edward C. (1982). *A knowledge, attitudes and practices survey of water and sanitation in Swaziland*. Washington, DC, USA, Academy for Educational Development.
- GTZ (1989a). *Tools for integrating CPHE into water and sanitation projects*. Draft. (CPHE series ; no. 3). Eschborn, Germany, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.
- GTZ (1989b). *Indicators for success : community participation and hygiene education (CPHE) in water supply and sanitation : how to measure progress and results?* Draft. (CPHE series ; no. 4). Eschborn, Germany, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.
- Guilbert, J.J. (1985). *Community-based education for health personnel : background document for the WHO study group 4 - 8 November 1985*. Draft. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- Gurung, Y.K.; Schwierin, J. and Engler, M. (1989). *Women involvement in community water supply and sanitation projects : approach paper*. Pokhara, Nepal, Helvetas, Community Water Supply and Sanitation Programme.
- Haaland, Ane (1984). *Pretesting communication materials : with special emphasis on child health and nutrition education : a manual for trainers and supervisors*. Rangoon, Burma, UNICEF.
- Harnmeijer, Joanne (1988). 'Reflections on a rural water supply project in Zambia'. In : *Waterlines*, vol. 7, no. 1, p. 19-21.
- Harnmeijer, Joanne (1990). *The NGO in rural water supply ; review of CHAAP's work*. Leusden, The Netherlands, ETC.
- Harpham, Trudy; Lusty, Tim and Vaughan, Patrick (1988). *In the shadow of the city : community health and the urban poor*. (Oxford medical publications). Oxford, UK, Oxford University Press.
- Haskoning et al (1989). *Sanitation behaviour of children*. Bandung, Indonesia, Small Towns Sanitation Project West Java, Haskoning.

- Herrera, Xochitl and Lobo-Guerro, Miguel (1988). 'From failure to success : tapping the creative energy of Sikuani culture in Colombia'. In : *Grassroots Development*, vol. 12, no. 3, p. 28-37.
- Hoff, Wilbur and Galowa, Kaoga (1987). *Community involvement and health promotion : a training manual for extension workers*. Boroko, Papua New Guinea, Department of Health.
- Hope, Anne and Timmel, Sally (1984). *Training for transformation : a handbook for community workers*. Harare, Zimbabwe, Mambo Press.
- Hubley, John (1986). 'Barriers to health education in developing countries'. In : *Health Education Research : theory and practice*, vol. 1, no. 4, p. 233-245.
- Hubley, John (1988a). *Understanding behaviour : the key to successful health education*. Leeds, UK, Leeds Polytechnic, Health Education Unit.
- Hubley, John (1988b). *Effective communication : theory and practice in health education*. Leeds, UK, Leeds Polytechnic, Health Education Unit.
- Hubley, John (1990). *Participatory learning exercises for water and sanitation training*. Leeds, UK, Leeds Polytechnic, Health Education Unit.
- Hubley, J.; Jackson, B. and Khaketla, T. (1987). *The role of health education and communication in sanitation programmes : a case study of the urban sanitation improvement programme in Lesotho*. Leeds, UK, Leeds Polytechnic, Health Education Unit.
- Huttly, Sharon and Blum, Deborah (1988). *Health impact evaluation of the rural drinking water and sanitation project in Imo State Nigeria*. London, UK, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- IDRC (1987). *User's guide for prescription for health : clean water - health education*. Ottawa, Canada, International Development Research Centre.
- IRC (1991). *Women, water supply and sanitation UN (WWSS)*. Draft. INSTRAW/UNDTCD/ILO-Turin Centre.
- Isely, R.B. (1986). *Framework and guidelines for CARE water supply and sanitation projects*. (WASH technical report ; no. 40). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

- Isely, R.B. and Yohalem, D.I. (1988a). *Workshop design for community participation : starting work with communities*. (WASH technical report ; no. 33). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.
- Isely, R.B. and Yohalem, David (1988b). *A workshop design for community participation*. (WASH technical report ; no. 33). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.
- IWACO et al (1988). *Community involvement in school sanitation*. Bandung, Indonesia, IWACO.
- Jennings, H.L. and Gridley, Karen (1989). *Training of trainers workshop : Benin rural water supply and sanitation project*. (WASH field report ; no. 266). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.
- Johnston, Mary and Rifkin, Suzan (1987). *Health care together : training excercises for health workers in community-based programmes*. London, UK, Teaching Aids at Low Cost.
- Kgosinkwe, Bontle (1987). *Keep the water clean : water hygiene handbook*. Rev. ed. Gaborone, Botswana, Ministry of Health, Health Education Unit.
- Khot, Seemantinee et al (1986). *How to organise women's groups?* New Delhi, India, UNICEF and Society for Participatory Research in Asia.
- Kumar, Satish; Moynihan, Maeve and Sandbergen, Loes (1988). 'Towards an integrated health promotion approach'. In : *Haskoning et al. Environmental and sanitary engineering project, Kanpur-Mirzapur, under Ganga Action Plan : socio-economic and health studies*. Nijmegen, The Netherlands, Haskoning.
- Lindskog, Per A. and Lindskog, R. Ulla M. (1985). *The importance of hygiene education in obtaining a health impact through improved water supply and sanitation with examples from Malawi*. Zomba, Malawi, University of Malawi, Centre for Social Research.
- Linney, Bob and Wilson, Bruce (1988). *The copy book : copyright-free illustrations for development*. London, UK, Intermediate Technology Publications.
- Llewellyn, Charles E. (1981). *Plan for a health education component for the health sector II bilateral assistance in the Dominican Republic*. (WASH field report ; no. 21). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Lohani, K. and Guhr, J. (1985). *Alternative sanitation in Bhaktapur, Nepal : an exercise in community participation*. Eschborn, Germany, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.

Lu, Aida et al (1988). *Filariasis : a study of knowledge, attitudes and practices of the people of Sorsogon : final report of a project supported by the TDR Social and Economic Research Component*. (Social and economic research project reports; no. 1). Geneva, Switzerland, World Health Organization.

Lundgren, Monica (1990). *SWACH : a project with an integrated approach to rural drinking water health education, environmental sanitation and guinea worm control in southern Rajasthan, India : facts on a SIDA-supported project*. New Delhi, India, Swedish International Development Authority.

Maber, Steve (1989). 'Health care and sanitation in Peru : developing appropriate technologies'. In : *Waterlines*, vol. 7, no. 3., p. 28-31.

Manoff, Richard K. (1985). *Social marketing : new imperative for public health*. New York, NY, USA, Praeger.

Mazer, André (1987). *Etude de milieu : education sanitaire et nutritionnelle : 6e année du cycle fondamental, guide du maître*. Paris, France, Agence de Cooperation Culturelle et Technique.

McBean, G. (1990). *Instant illustration*. Kathmandu, Nepal, UNICEF.

Melchior, Siri (1989). *Women, water and sanitation or counting tomatoes as well as pumps*. (PROWESS/UNDP technical series involving women in water and sanitation : lessons, strategies, tools ; no. 2). New York, USA, United Nations Development Programme, Promotion of the Role of Women in Water and Sanitation Services.

Molvaer, Reidulf K. (1989). *Education for better health : a manual for senior health educators*. Addis Ababa, Ethiopia, Ministry of Health, Health Learning Materials Development and Production Division.

Mukherjee, N. (1990). *People, water and sanitation : what they know, believe and do in rural India*. New Delhi, India, National Drinking Water Mission.

Muller, Mike (1988). 'Increasing the effectiveness of a latrines programme'. In : *World Health Forum*, vol. 9, no. 3, p. 345-351.

Munch-Petersen, N. (1989). *Low cost sanitation in Bangladesh as related to the Low Cost Sanitation Project (BGD/85/004) covering 84 Pourashavas*. Copenhagen, Denmark, Hoff and Overgaard a/s.

Munguti, K.K. (1989). 'Community-level management and maintenance'. In : *Waterlines*, vol. 7, no. 4, p. 12-21.

Murre, T. (1990). *Village water reservoirs, Tamale, Ghana N.R. : half-yearly report animation section*. Tamale, Ghana, SAWA.

Mwangola, M. and Waterkeyn, J. (1990). 'Community participation and health education : a KWAHO experience in Kenya'. In : *Zimbabwe. Ministry of Local Government, Rural and Urban Development ; WHO. Regional Office for Africa and NORAD. Decade consultative meeting on water supply and sanitation 1981-90 : Harare, 26-30 November 1990*. Harare, Zimbabwe, Ministry of Local Government, Rural and Urban Development.

Narayan-Parker, Deepa (1989). *Indonesia : evaluating community management : a case study*. (PROWESS/UNDP technical series involving women in water and sanitation : lessons, strategies, tools). New York, NY, USA, United Nations Development Programme, Promotion of the Role of Women in Water and Environment and Sanitation Services.

Narayan-Parker, Deepa (1990a). *Participatory evaluation : tools for managing change in water and sanitation*. Draft. (Tools for community participation). New York, NY, USA, United Nations Development Programme, Promotion of the Role of Women in Water and Environment and Sanitation Services.

Narayan-Parker, Deepa (1990b). *Taking the pulse for community management in water and sanitation*. New York, NY, USA, United Nations Development Programme, Promotion of the Role of Women in Water and Environmental Sanitation Services.

Nichter, Mark (1985). 'Drink boiled water : a cultural analysis of a health education message'. In : *Social Science and Medicine*, vol. 21, no. 6, p. 667-669.

Nongluk, Tunyavanich and Hewison, Kevin (1990). 'Rural water supply, sanitation and health education in Thailand : can success follow success?' In : *Waterlines*, vol. 8, no. 3, p. 6-9.

Nordberg, Erik and Diwan, Vinod (1990). 'Reducing the burden of infections under severe resource constraints : review of alternative interventions'. In : *Nordberg, Erik and Finer, David. Society, environment and health in low-income countries*. Stockholm, Sweden, Karolinska Institutet, p. 13-31.

Nordberg, Erik and Winblad, Uno (1990). *Environmental hygiene in SIDA-supported programmes in Africa : review and recommendations*. Stockholm, Sweden, Swedish International Development Authority.

Nutbeam, Don; Aar, Leif and Catford, John (1989). 'Understanding children's health behaviour : the implications for health promotion for young people'. In : *Social Science and Medicine*, vol. 29, no. 3, p. 317-325.

Nyamwaya, D. (1985). *A handbook for village health educators : for use in the self-help environmental sanitation programme Botswana*. Prelim. ed. Gaborone, Botswana, Ministry of Local Government and Lands.

Nyamwaya, David and Akuma, Peter (1986). *A guide to health education in water and sanitation programmes*. Nairobi, Kenya, African Medical and Research Foundation.

Olsson, Per; Savanhu, Daisy and Winblad, Uno (1990). *Zimbabwe : Manicaland health, water and sanitation programme : mid-term assessment and appraisal of proposed continuation*. Stockholm, Sweden, Swedish International Development Authority.

Omambia, David, (1990). 'Changing sanitation practices : a socio-cultural approach'. In : *Nordberg, Erik and Finer, David. Society, environment and health in low-income countries*. Stockholm, Sweden, Karolinska Institutet, p. 128-135.

O'Rourke, Eileen and Kaya, Mahamadou (1989). 'Improving environmental hygiene : how to plan a community-based project'. In : *Dialogue on Diarrhoea*, no. 36, p. 6.

Pallangyo, E.; Kirimbai, M.W. and Wijk-Sijbesma, C.A. van (1986). *Pamoja tupate maji : integrated field manual on community participation and health education in rural water supply projects for MAJI, AFYA and MAENDELEO field staff*. Morogoro, Tanzania, Office of the Prime Minister, Community Development Department.

Pearson, Roger (1989). 'Rapid assessment procedures are changing the way UNICEF evaluates its projects'. In : *Hygie*, vol. 8, no. 4, p. 23-25.

Perret, Heli (1984). *Monitoring and evaluation of communication support activities in low cost sanitation projects*. (TAG technical note ; no. 11), Washington, DC, USA, World Bank.

Phillips, Margaret; Feachem, Richard G. and Mills, Anne (1987). *Options for diarrhoeal diseases control : the cost and cost-effectiveness of selected interventions for the prevention of diarrhoea*. (EPC publication ; no. 13). London, UK, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Evaluation and Planning Centre for Health Care.

Pillsbury, Barbara; Yacoob, May and Bourne, Peter (1988). *What makes hygiene education successful? : experience from Togo, Sri Lanka, and Yemen and its relevance for project design*. (WASH technical report ; no. 55), Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Pine, Pamela (1989). *The health education program of the rural potable water institutions project in Tunisia*. (WASH field report ; no. 255). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Pinfold, John V. (1990). 'Faecal contamination of water and fingertip-rinses as a method for evaluating the effect of low-cost water supply and sanitation activities on faeco-oral disease transmission. II : a hygiene intervention study in rural north-east Thailand'. In : *Epidemiology and Infection*, no. 105. p. 377-389.

Pisharoti, K.A. (1975). *Guide to the integration of health education in environmental health programmes*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

Pradhan, Hari B. and Orapeleng, Vincent K. (1987). *Family health : guide book on sanitation and health = Botsogo jwa malwapa : bukana ee go tlhagisang ka tsa botsogao*. Kanye, Botswana, Self-Help Environmental Sanitation Project, Southern District Council.

Pratt, Agatha (1986). *Health education in UNICEF-assisted water supply and environmental sanitation programmes (1949-1986) : a review of main developments*. New York, NY, USA, UNICEF.

Prins, Agma and Yacoob, May (1988). *Adding guinea worm control components : guidelines for water and sanitation projects*. (WASH technical report; no. 51). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Rana, Indi (1990). *Developing a pictorial language : an experience of field testing in rural Orissa : a guide for communicators*. New Delhi, India, Danish International Development Agency.

Roark, Philip (1990). *Evaluation guidelines for community-based water and sanitation projects*. (WASH technical report ; no. 64). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations*. New York, NY, USA, Free Press.

Rollins, Al; Yacoob, M. and Owoyele, M. (1989). *Hygiene education workshop in water supply and sanitation, Ilorin, Nigeria*. (WASH field report ; no. 278). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Rooy, Carel de (1987). *Guinea worm control as a major contributor to self-sufficiency in rice production in Nigeria*. Lagos, Nigeria, Water and Sanitation Section, UNICEF.

Rugh, Jim (1986). *Self-evaluation : ideas for participatory evaluation of rural community development projects*. Oklahoma, USA, World Neighbours.

Ryan, J.R. (1987). *Tools for teaching : a visual aids workshop and instruction manual for health educators*. (Reprint series ; no. R-67). Washington, DC, USA, Peace Corps.

Sampson, William (1987). *A participatory approaches field manual*. Maseru, Lesotho, National Rural Sanitation Programme, Ministry of Health and Ministry of Interior.

Saunders, Denys J. (1979). *Visual communication handbook : teaching and learning using simple visual materials*. Rev.ed. London, UK, United Society for Christian Literature.

Schoot, Chrisje M.E. van and Derckx, Marion C.F. (1988). *Communication explained : communication training for extension workers*. (RLIP Communication; no. 24). Amersfoort, The Netherlands, DHV Consulting Engineers.

Shallon, Elsie (1988). *Dhaka : volunteers against diarrhoea : a case study.* (PROWESS/UNDP technical series : involving women in water and sanitation : lessons, strategies, tools ; no.9). New York, NY, USA, United Nations Development Programme, Promotion of the Role of Women in Water and Environmental Sanitation Services.

SIDA (1987). *Water strategy : water supply programmes for rural areas : domestic water supply, health education, environmental hygiene.* 2nd ed. Stockholm, Sweden, Swedish International Development Authority.

Simpson-Hebert, Mayling (1983). *Methods for gathering socio-cultural data for water supply and sanitation projects.* (TAG technical note ; no. 1). Washington DC, USA, World Bank.

Simpson-Hebert, Mayling (1987). *Hygiene education strategies for region I for the Ministry of Public Health in Thailand.* (WASH field report ; no. 210). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Simpson-Hebert, Mayling and Yacoob, May (1987). *Guidelines for designing a hygiene education program in water supply and sanitation for regional/district level personnel.* (WASH field report ; no. 218), Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Smith, Chris (1988). 'The latrine acquisition curve : a tool for sanitation evaluation'. In : *Waterlines*, vol. 7, no. 1, p. 22-24.

Srinivasan, Lyra (1990). *Tools for community participation : a manual for training trainers in participatory techniques.* (PROWESS/UNDP technical series involving women in water and sanitation : lessons, strategies, tools ; no.9). New York, NY, USA, United Nations Development Programme, Promotion of the Role of Women in Water and Environmental Sanitation Services.

Stanton, Bonita F. ; Clemens, John D. and Khair, Tajkera (1988). 'Educational intervention for altering water-sanitation behavior to reduce childhood diarrhoea in urban Bangladesh : impact on nutritional status'. In : *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 48, p. 1166-1172.

Stephens, Alexandra and Putman, Kees (1988). *Participatory monitoring and evaluation : handbook for training field workers.* (RAPA Publication 1988/2). Bangkok, Thailand; FAO Regional Office for Asia and the Pacific.

- Susheela, A.K. and Ghosh, G. (1990). 'Fluoride : too much can cripple you'. In : *Health for the Millions*, vol. 16, no. 5, p. 48-52.
- Sutton, Sally and Mubiana, Dominic (1989). 'Household water quality in rural Zambia'. In : *Waterlines*, vol. 8, no. 1, p. 20-21.
- Tandon, Rajesh et al. (1986). *How to communicate effectively with grass-roots women?* New Delhi, India, UNICEF and Society for Participatory Research in Asia.
- Tanzania. Office of the Prime Minister; IRC; and DGIS (1984). *Project for the development of a community participation component in the Tanzanian rural water supply programme : final report*. The Hague, The Netherlands, IRC International Water and Sanitation Centre.
- Torres, Marco Polo and Jaeger Burns, Janice (1988). *Social marketing strategies for hygiene education in water and sanitation for rural Ecuador*. (WASH field report ; no. 245). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.
- UNCHS (1988). *Community participation : a trainers manual*. Nairobi, Kenya, UN Centre for Human Settlements (Habitat).
- UNDP (1990). *The New Delhi Statement : safe water 2000 : global consultation on safe water and sanitation for the 1990s, 10-14 September 1990, New Delhi, India*. New York, NY, USA, United Nations Development Programme.
- UNICEF (1985). *Communication for water*. (Handbooks in communication and training for CSDR ; no. 2). Bangkok, Thailand, UNICEF, East Asia and Pakistan Regional Office, PSC and Training Section.
- UNICEF (1986). *Audience research for programme communication*. Bangkok, Thailand, UNICEF East Asia and Pakistan Regional Office, PSC.
- UNICEF (1987). *Programme Guidelines : volume 3 : water supply, sanitation and hygiene*. New York, NY, USA, UNICEF.
- UNICEF (1991). *Balochistan integrated area development (BIAD) : curriculum for health and hygiene education in school sanitation*. 2nd draft. Quetta, Pakistan, UNICEF.
- UNICEF et al (1986). *Development of an integrated approach towards rural water supply and sanitation*. Dhaka, Bangladesh, UNICEF.

UNICEF and Nepal. Ministry of Housing and Physical Planning (1988). *Policy and procedures for the Terai Tubewell Project*. Kathmandu, Nepal, Ministry of Housing and Physical Planning.

UNICEF and Indian Market Research Bureau (1989a). *Water, environment and sanitation : report on qualitative phase of knowledge, attitudes and practices study in rural India : implementors*. New Delhi, India, UNICEF, Regional Office for South Central Asia.

UNICEF and Indian Market Research Bureau (1989b). *Water, environment and sanitation : report on qualitative phase of knowledge, attitudes and practices study in rural India : beneficiaries*. New Delhi, India, UNICEF Regional Office for South Central Asia.

UNICEF and Indian Market Research Bureau (1989c). *Water, environment and sanitation : report on quantitative phase of knowledge, attitudes and practices study in rural India : influencers*. New Delhi, India, UNICEF Regional Office for South Central Asia.

Utkilen, Hand and Sutton, Sally (1989). 'Experience and results from a water quality project in Zambia'. In : *Waterlines*, vol. 7, no. 3, p. 6-8.

Vattamattom, John (1988). *Promotion of community organisation and participation and health/sanitation education in 266 villages of the districts of Prakasam, Guntur, Krishna and Nalgonda under Netherlands' assisted projects - rural water supply phase II, Andhra Pradesh, India*. Secunderabad, India, Catholic Hospitals Association of India.

Vella, Jane (1989). *Learning to teach : training of trainers for community development*. Washington, DC, USA, OEF International.

Verdonk, Inge (1989). *Primary health care and hygiene education and extension in Indonesia : a case study in Indramayu*. (Gezondheidsleer. Verslagen, rapporten, scripties en nota's; 1989-368). Wageningen, The Netherlands, Agricultural University Wageningen, Department of Environmental and Tropical Health.

Visscher, J.T. and Hofkes, E. (1982). *Rural water supply development : the Buba Tumbali water project 1978-1981*. The Hague, The Netherlands, IRC International Water and Sanitation Centre.

Wapenaar, H.; Röling, N. and Ban, A. van den (1989). *Basisboek voorlichtingskunde*. Meppel/Amsterdam, The Netherlands, Boom.

Waterkeyn, Juliet; Sibowo, Herine and Kinoti, Walson (1989). *Dak makare e tie nam = Healthy living beside Lake Victoria*. Nairobi, Kenya, Kenya Water for Health Organization, Community Health Division.

WADS (1989a). *Water Resources Assessment and Development Project in Sudan : final report appendix G : extension for village water supply*. Nyala, Sudan, Water Resources Assessment and Development Project in Sudan.

WADS (1989b). *Water Resources Assessment and Development Project in Sudan : final report appendix H : manual for extension workers*. Nyala, Sudan, Water Resources Assessment and Development Project in Sudan.

Wegelin-Schuringa, Madeleen (1991). *On site sanitation : building on local practice*. (Occasional Paper ; no. 16). The Hague, The Netherlands, IRC International Water and Sanitation Centre.

Werner, David (1978). *Where there is no doctor : a village health care handbook*. Palo Alto, CA, USA, Hesperian Foundation.

Werner, David and Bower, Bill (1982). *Helping health workers learn : a book of methods, aids, and ideas for instructors at the village level*. Palo Alto, CA, USA, Hesperian Foundation.

Weijters, Josje (1990). *Sanitation, women involvement, and health education in Nepal : report on experiences in the CWSS Programme with Helvetas and SNV*. Wageningen, The Netherlands, Agricultural University, Department of Extension Sciences.

WHO (1983a). *Maximizing benefits to health : an appraisal methodology for water supply and sanitation projects*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

WHO (1983b). *Minimum evaluation procedures (MEP) for water supply and sanitation projects*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

WHO (1987). *The community health worker: working guide : guidelines for training, guidelines for adaptation*. Rev. and enlarged ed. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

WHO (1988a). *Education for health : a manual on health education in primary health care*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

WHO (1988b). *Information and education for health in South-East Asia*. (SEARO regional health papers ; no. 17). New Delhi, India, World Health Organization Regional Office for South-East Asia.

WHO (1990a). *Health education in the control of schistosomiasis*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

WHO (1990b). *A call for action : promoting health in developing countries : summary report*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, Division of Health Education.

WHO and UNICEF (1988). *Prototype action-oriented school health curriculum for primary schools : national guidelines : teacher's guide : teacher's resource book units 1-22*. Alexandria, Egypt, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean.

White, Alastair (1981). *Community participation in water and sanitation : concepts, strategies and methods*. (Technical paper series ; no. 17). The Hague, The Netherlands, IRC International Water and Sanitation Centre.

Williams, Glen (1989). *All for health : a resource book for facts for life*. New York, NY, USA, UNICEF, Facts for Life Unit.

Wilson, Susan E. and Allison, E. Jackson (1986). 'Training trainers in developing countries : health education and mass media aspects of low cost sanitation'. In : *Journal of Environmental Health*, vol. 48, no. 6, p. 311-314.

Winblad, Uno (1990). 'Excreta disposal and the rural poor'. In : *Nordberg, Erik and Finer, David. Society, environment and health in low-income countries*. Stockholm, Sweden, Karolinska Institutet, p. 87-93.

Wijk Sijbesma, Christine van (1985). *Participation of women in water supply and sanitation : roles and realities*. (Technical paper series ; no. 22). The Hague, The Netherlands, IRC International Water and Sanitation Centre.

World Bank (1985a). *Information and training for low-cost water supply and sanitation, part 3.1 : health aspects of water supply and sanitation : instructors' notes, participants' notes and slide sound shows*. Washington DC, USA, World Bank.

World Bank (1985b). *Information and training for low-cost water supply and sanitation, part 3.2 : hygiene education : instructors' notes, participants' notes and slide sound shows*. Washington, DC, USA, World Bank.

World Bank and UNDP/PROWESS (1990). *Rural sanitation in Lesotho. From pilot project to national program.* (Water and Sanitation Discussion paper ; no. 3). Washington, DC, USA, UNDP-World Bank Water and Sanitation Programme, World Bank, New York, NY, USA, UNDP, Promotion of the Role of Women in Water Supply and Sanitation.

Yacoob, May; O'Brien, Dan and Henning, Rick (1989). *CARE Indonesia : increasing community participation and developing a basic strategy for hygiene education in rural water and sanitation programmes.* (WASH field report ; no. 284). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Yacoob, May; Roark, Philip and Buzzard, Shirley (1989). *Towards community management : a guide to integrating behavioral sciences and engineering technology in water and sanitation projects.* Draft. (WASH technical report ; no. 62). Arlington, VA, USA, Water and Sanitation for Health Project.

Yansheng, Ma and Elmendorf, Mary (1985). *Insights from field practice : how women have been and could be involved in water supply and sanitation at the community level.* New York, NY, USA, UNICEF.

Yusuf, M. and Zakir Hussain, A.M. (1990). 'Sanitation in rural communities in Bangladesh'. In : *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 68, no. 5, p. 619-624.

Zambia, Government of, (1987). *Participatory health education : ready for use materials.* Western Province, Zambia, WASHE programme.

Zimbabwe, Ministry of Health (1990). *Njuzu News : a Newsletter for Water and Sanitation Workers in Zimbabwe.* First Quarter.

PUBLICATIONS D'IRC

Les livres blancs de la série Documents techniques du IRC couvrent un large éventail de sujets et sont utilisés par des milliers de professionnels du secteur de l'approvisionnement en eau pour les collectivités. Cette série vise une intégration des problèmes techniques aux constituantes sociales, comme par exemple la participation des collectivités ainsi que l'exploitation et l'entretien par celles-ci des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Ces publications sont rédigées conjointement par le personnel du IRC et des experts conseils.

Les titres de la série Documents occasionnels reflètent les travaux en cours au IRC et au sein des organismes affiliés. Les sujets y sont traités dans une approche vulgarisée et répondent aux besoins de groupes cibles choisis. La série Documents de formation touche aux éléments d'information ainsi qu'aux connaissances pratiques qui peuvent entrer dans la formation de divers groupes cibles. Quant à la série Documents de référence, elle comprend des annuaires, des répertoires, des catalogues, des glossaires et d'autres outils d'information à l'appui des échanges de données techniques destinés aux programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement à l'intention des collectivités. Ces publications sont conçues pour aider les documentalistes et les membres du personnel technique dans la collecte, le stockage, la recherche et l'utilisation d'information.

Publications du IRC en relation avec le présent ouvrage

LE RÔLE DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ET LA PRISE EN CHARGE DES
CÔÛTS D'ENTRETIEN PAR LES USAGERS
préparé par Christine van Wijk Sabidoza
(S 110) 64 pages 1987

COMPIÉS À L'AVANCE
préparé par le IRC
(S 125) 202 pages 1980

LES ÉLÉMENTS DE L'EAU ET L'ASSAINISSEMENT
à protéger de l'environnement et les ressources en eau.
Vers une approche d'équilibre entre hommes et femmes
1993

COURS DE FORMATION ÉVALUER LES PROJETS D'APPROVISIONNEMENT
EN EAU ET D'ASSAINISSEMENT
Volume I: Guide à l'intention des animateurs de cours
Volume II: Modules de cours
préparé par le IRC et UNICEF
(S 21) 1980

ISBN 90-6687-024-9