

204.3 88AN

204.3-88AN-5062

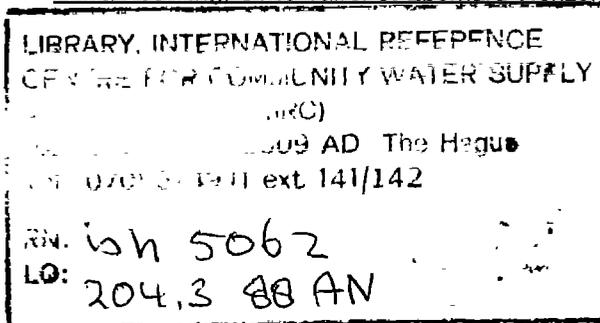
RAPPORTS DE RECHERCHE
DU MINISTERE FEDERAL DE LA
COOPERATION ECONOMIQUE
DE LA REPUBLIQUE FEDERAL D'ALLEMAGNE

Animation sociale et acceptation
des projets d'approvisionnement en eau
et d'assainissement

Gerhard J. Astor

avec la collaboration de:

Rüdiger Vincent Graichen, Paul Kohorst, Hans-Jörg Protextor
Anna Soehring, Odile Vairel et Eberhard Wenzel



La présente étude a été réalisée comme projet de recherche par l'Institut für Medizinische Cooperation GmbH (Institut de Coopération Médicale — IMC), Cologne, sur commande du Ministère fédéral de la Coopération économique de la République fédérale d'Allemagne..

Publié par:
Ministère fédéral de la Coopération économique
Karl-Marx-Straße 4-6 · D-5300 Bonn 1

Sous la responsabilité de:
Wolfgang Kanera, Werner Klein
Rédaction: Isolde Ulrich

Les opinions exprimées dans les rapports de recherche du Ministère fédéral de la Coopération économique reflètent l'avis personnel de l'auteur ou des auteurs.

Les traductions en langue anglaise, française et espagnole peuvent être demandées auprès de la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH,
Postfach 5180, D-6236 Eschborn 1.

La version allemande (no. 83 de la série "Forschungsberichte des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit [BMZ]" (Rapports de recherche du Ministère fédéral de la Coopération économique) peut être commandée par l'intermédiaire du "Weltforum-Verlag, Marlenburger Str. 22, D-5000 Köln 51, Tél. (0221) 37 69 5-0 ou en librairie.

Bonn 1988

SOMMAIRE	Page
Préface	
Résumé	1
I. Introduction	8
I.I La Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement	8
I.II Participation communautaire	11
I.III Formes de communication	13
II. Recommandations concernant la planification, la réalisation et l'évaluation d'actions d'animation sociale adaptées, dans le cadre des projets d'adduction d'eau et d'assainissement	
1. Analyse de la mission d'animation sociale	
1.1 Présélection des mesures d'animation sociale	21
1.2 Conceptions possibles de la partie technique du projet	22
1.3 Facteurs influant sur l'acceptation	23
1.4 Harmonisation des activités d'animation sociale	29
2. Analyse des problèmes	
2.1 Introduction	31
2.2 Méthodes de mise en oeuvre	31
2.3 Analyse sectorielle	35
2.4 Analyse des groupes-cible	35
2.4.1 Dimension économique	38
2.4.2 Dimension sociale	39
2.4.3 Dimension médicale	43
2.4.4 Dimension culturelle	44
2.4.5 Méthodes d'enquête	48
2.4.6 Règles et démarches à suivre par le personnel d'enquête	50
2.4.7 Dépouillement et interprétation des analyses	51
3. Planification des actions d'animation sociale	
3.1 Introduction	53
3.2 Problèmes et objectifs	55
3.3 Moyens	57
3.4 Intégration organisationnelle	58
4.5 Calendrier d'exécution	59
4. Réalisation des mesures d'animation sociale	
4.1 Introduction	62
4.2 Création de l'unité de communication sociale du projet	64
4.2.1 Domaines d'intervention et fonctions	64

4.2.2	Sélection du personnel et planification opérationnelle adéquate	68
4.2.3	Formation et perfectionnement	72
4.2.4	Principes pour l'élaboration de programmes dans les domaines de l'information, du perfectionnement et de l'éducation	74
4.3	Sensibilisation aux activités d'adduction d'eau et d'assainissement	83
4.4	Education et mesures concrètes de mise en confiance	90
4.4.1	Problèmes de santé liés aux conditions d'hygiène et à l'eau	91
4.4.2	Education pour l'hygiène	93
4.4.3	Education sanitaire	96
4.4.4	Mesures concrètes de mise en confiance	98
4.5	Services publics et organisations concernés	100
5.	Evaluation	
5.1	Méthodes d'évaluation	104
5.2	Indicateurs	106

Liste des tableaux

. Enquêtes primaires	4
. Participation de la population	12
. Phases de la planification, réalisation et évaluation des actions d'animation sociale	20
. Mesures d'animation sociale	21
. Facteurs influençant l'acceptation	24
. Etapes de travail	33
. Experts et disciplines	34
. Graphique pour l'analyse du groupe-cible	36
. Enquêtes primaires	37
. Planification du projet par objectifs	54
. Etapes de réalisation	63
. Fonctions de l'unité de communication sociale	65
. Profils de qualification, tâches et besoins de formation continue selon les secteurs d'activités	70
. Programmes pédagogiques: formation initiale, formation continue, éducation	73
. Facteurs de l'enseignement	74
. Confection des "programmes pédagogiques"	75
. Présentation de différentes formes de communication et moyens audio-visuels	79
. Voies de transmission	91
. Maladies transmissibles et mesures de lutte	92
. Activités et objectifs du service de l'hygiène	99

Annexes

I.	Liste de contrôle
II.	Liste des personnes et organisations contactées
III.	Bibliographie

PREFACE

Pour être acceptés par la population, les projets d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement doivent être ciblés sur les groupes bénéficiaires et être appuyés par des campagnes d'animation sociale. Partant des expériences concrètes recueillies dans le cadre de l'exécution de projets, la présente publication se propose de présenter un modèle pour la conception, la planification et la réalisation d'actions d'animation et de communication sociales.

Ce modèle a été conçu pour servir de support de travail aux planificateurs et agents de terrain appartenant aux disciplines techniques les plus diverses. Le rapport présentera, pour chaque phase de projet, les facteurs exerçant un impact positif ou négatif sur l'adhésion des populations ainsi que les mesures correspondantes, tout en tenant compte des liens existant entre la partie technique et les actions d'animation sociale. Au niveau de l'application, il importe de veiller à adapter les mesures à la situation spécifique de la région et du groupe-cible concernés.

Les auteurs remercient le Ministère fédéral allemand de la Coopération économique de leur avoir confié ce travail de recherche. Ils tiennent tout particulièrement à remercier MM. Lehne, et Knipschild, Directeurs ministériels, pour leur précieux concours. Les auteurs expriment également leur gratitude à tous les experts attachés à des organisations internationales et bilatérales pour l'appui technique qu'ils leur ont apporté. La réalisation des enquêtes sur le terrain a été grandement facilitée par l'assistance prêtée par les représentations diplomatiques allemandes à l'étranger ainsi que par les collaborateurs des projets de Coopération Technique et Financière. Les bureaux d'ingénieurs Dorsch et GWK ont également grandement contribué à la réussite des enquêtes sur le terrain. Les auteurs aimeraient leur adresser ici leur reconnaissance et remercier également tous les collaborateurs des services techniques et des Ministères nationaux.

Köln, le 5.1.1987

Astor, G.J.
Graichen, R.
Kohorst, P.
Protector, H.J.
Söhring, A.
Vairel, O.
Wenzel, E.

RESUME

Introduction

La Décennie Internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement a été déclarée en 1980 par l'Assemblée Générale des Nations-Unies. L'importance de cette décennie se situe au niveau de ses objectifs: remédier à la pénurie mondiale d'eau potable salubre ainsi qu'au manque d'installations sanitaires, et contribuer par là même à la satisfaction des besoins essentiels des populations. La Décennie est sensée exercer un impact bénéfique sur la santé et le développement socio-économique des populations-cible.

Malgré les efforts déployés dans ce sens dans le cadre de la coopération internationale et bilatérale au développement, il est apparu dans de nombreux projets que la population n'adoptait pas les équipements mis en place pour son bien-être. Force est de constater que les équipements sont négligés, que les populations s'en retournent à leurs points d'eau traditionnels et perpétuent un comportement délétère en matière d'hygiène. Pour prévenir le refus des installations par les populations, il est recommandé d'engager en temps voulu des actions d'information et d'éducation pour l'hygiène et la santé. L'adaptation des composantes techniques des projets d'alimentation en eau potable et d'assainissement à la situation socio-culturelle du groupe-cible est une prémisses indispensable pour garantir l'adhésion et la participation active de la population.

Ces facteurs favorisant l'adhésion des populations étoffent l'argumentation que le Ministère fédéral de la Coopération économique avance pour justifier le bien-fondé du présent projet de recherche dans le cadre de sa politique du développement.

La consultation d'ouvrages bibliographiques, l'examen a posteriori de nombreux rapports de projets et études ainsi que des visites sur le terrain, effectuées dans le cadre de ce projet de recherche, ont permis d'identifier de nouveaux facteurs ayant une incidence sur l'acceptation. Des recommandations conceptionnelles, stratégiques et méthodologiques pour la mise en oeuvre de mesures favorisant l'acceptation des projets sont élaborées sur cette base. Ces recommandations ont caractère de modèle et doivent donc être adaptées à la situation socio-culturelle du groupe-cible concerné. Elles sont présentées dans la partie II du présent rapport.

D'autres facteurs influant sur l'adhésion des populations aux projets ont, en outre, été identifiés au niveau des stratégies portant sur la participation communautaire et le recours à différentes formes de communication dans les volets d'animation sociale. La partie I, Introduction, s'attachera donc à définir ces notions et à présenter différentes opinions et tendances de développement actuelles.

La participation de la communauté à toutes les phases d'un projet est un élément-clé de l'acceptation. On observe, dans presque tous les milieux culturels, que la conscience collective tend à décroître, cédant le pas aux comportements individualistes. Les activités de projet doivent donc tenir

compte, d'une part, de l'autonomie des familles et des intérêts individuels des citoyens, d'autre part de la nécessité d'un soutien accru à l'organisation de la participation communautaire. Cette transformation structurelle a un impact sur les systèmes et moyens de communication auxquels l'Animation sociale aura recours.

On distingue deux secteurs de la communication, bien qu'une séparation nette ne soit pas possible. L'information, le marketing social et la publicité ont pour objet d'inciter les individus et les groupes à adopter les équipements techniques (achat ou participation physique). On parle en l'occurrence d'une communication descendante, du haut vers le bas. La sensibilisation, l'éducation pour l'hygiène et la santé, elle-même renforcée par des mesures concrètes de mise en confiance, sont considérées comme étant des formes de communication susceptibles de déclencher un processus, au cours duquel la population prend elle-même l'initiative de participer aux activités du projet. L'évolution s'opère ici selon un mouvement dirigé de bas en haut. Dans le marketing social, par exemple, où le produit doit satisfaire à des exigences élevées, l'utilisateur est libre de décider s'il veut accepter ou refuser le produit. La qualité exigée du produit ainsi que les égards pris envers l'utilisateur, le cas échéant le groupe-cible, font de cette forme de communication un moyen efficace pour améliorer l'acceptation des mesures. La sensibilisation et l'éducation mènent à un dialogue au cours duquel la population peut exprimer ses besoins fondamentaux et apprend à s'aider elle-même. Ce processus de mise en confiance a des effets positifs sur l'acceptation. Pour garantir la participation de la population à long terme, il est toutefois indispensable que ces besoins fondamentaux puissent être satisfaits par des prestations de services et des mesures de soutien. Une structure organisationnelle correspondante devrait être établie dans la région du projet.

Les différences caractérisant les diverses formes de communication peuvent susciter des divergences d'opinions et des conflits chez les planificateurs et les exécutants. Les auteurs mettent en lumière qu'une utilisation combinée des diverses formes de communication est de nature à stimuler l'acceptation des projets. Cet effet stimulant s'explique par le fait que chaque forme de communication peut être associée à divers contenus et résultats à atteindre.

Au regard de ce contexte, l'animation sociale se présente comme un processus, au cours duquel un groupe-cible apprend à s'identifier avec les activités du projet, à y participer et à les intégrer dans sa vie quotidienne de façon à garantir leur pérennité. L'efficacité des activités d'animation sociale réside dans l'emploi conjugué de différentes formes de communication, la mise en oeuvre de mesures concrètes d'accompagnement et un soutien aux maîtres d'oeuvre locaux, appelés à réaliser ces actions de longue haleine dans la zone du projet. La notion d'animation sociale se recoupe ainsi dans une large mesure avec celle de la communication sociale reprise en vue d'améliorer l'acceptation des projets par les populations. Cette définition de l'animation sociale ou de la communication sociale ainsi que de l'ensemble des mesures nécessaires à sa mise en oeuvre est à la base d'un modèle d'exécution.

Les facteurs influençant l'acceptation et les solutions correspondantes sont présentés dans le cadre de ce modèle d'exécution pour toutes les phases de déroulement d'un projet:

1. analyse de la mission d'animation sociale, 2. analyse des problèmes, 3. planification, 4. réalisation, 5. évaluation.

Chapitre 1: Analyse de la mission d'animation sociale

Cette analyse a pour objet d'identifier les facteurs influençant l'acceptation dans la conception de la partie technique du projet d'adduction d'eau potable et d'assainissement ainsi que d'établir un consensus sur la nature et l'étendue de l'Animation sociale. Dans son acception présente, la conception de la partie technique d'un projet s'étend à toutes les dimensions, depuis la définition des objectifs jusqu'aux formes d'organisation et méthodes d'évaluation en passant par le mode de réalisation. Les facteurs ayant une incidence possible sur l'acceptation à ces divers niveaux sont présentés sous forme de tableaux. L'appréciation s'appuie sur des valeurs empiriques, extraites d'ouvrages spécialisés et de rapports de projets. Les auteurs attireront l'attention du lecteur sur les points contestables demandant vérification. Des recommandations, portant sur la conception de la partie technique ainsi que sur les actions d'animation sociale nécessaires, peuvent être formulées sur cette base.

Chapitre 2: Analyse des problèmes

L'analyse est réalisée à tous les niveaux (pays, région, zone d'action du projet) et s'articule autour de deux axes opérationnels: analyse sectorielle et analyse des groupes-cible.

Etant donné que les actions d'animation et de communication sociales procèdent d'une démarche multisectorielle (secteurs concernés: eau, santé/hygiène, information, éducation, développement communautaire), il importe d'identifier tous les ministères et services techniques entrant en ligne de compte ainsi que de déterminer leurs capacités opérationnelles par le biais d'analyses économiques. Selon les résultats obtenus, on proposera, soit de confier la composante Animation à un maître d'oeuvre unique, soit d'instaurer sur une base contractuelle une collaboration entre plusieurs groupes de travail (maîtres d'oeuvre). Cette dernière solution sera préconisée en vue de mieux valoriser les ressources nationales.

L'analyse des groupes-cible est l'étape la plus importante de l'analyse des problèmes. Les relations d'interdépendance entre la situation socio-économique et démographique, l'utilisation de l'eau, le comportement en matière d'hygiène et l'état de santé forment la base d'une conception technique favorisant l'adhésion et déterminent les thèmes et l'étendue des actions d'animation sociale. En plus des études sur le degré de couverture des besoins en eau potable, il est nécessaire de procéder à des enquêtes appréhendant les dimensions économique, sociale, médicale et culturelle. Les paramètres suivants doivent, en l'occurrence, être vérifiés: besoins en eau en relation avec la situation démographique et les habitudes de consommation, participation en relation avec la situation économique et les attitudes à l'égard de la santé,

participation aux mesures d'hygiène en relation avec l'incidence et la fréquence des maladies, participation communautaire en relation avec les formes traditionnelles de collaboration.

Tableau: Enquêtes primaires

Dimension	Buts d'étude	Remarques
Dimension économique	Détermination du pouvoir d'achat de la population ainsi que de ses possibilités et capacités de poursuivre les activités du projet de façon autonome	Les enquêtes devraient englober un fort pourcentage de femmes, étant donné que dans la plupart des pays, les femmes gèrent en propre un budget destiné à couvrir les dépenses courantes encourues pour elles-mêmes et leurs enfants.
Dimension sociale	Description de la situation démographique, des principales formes d'éducation et de communication ainsi que de "l'idéologie" dominante	L'expert devrait avoir une connaissance approfondie de la situation socio-culturelle du groupe-cible et disposer de suffisamment de temps pour son enquête sur le terrain.
Dimension médicale	Détermination de l'état de santé actuel au travers d'enquêtes par échantillonnage	Les personnes étudiées devraient résider de façon durable dans la zone d'action du projet, afin de pouvoir être réexaminées en cours d'exécution du projet, ceci dans le but de vérifier l'efficacité des mesures. Des ressources correspondantes doivent être mises à disposition.
Dimension culturelle	Détermination de la nature des relations que les individus entretiennent avec l'eau, l'hygiène et la santé	Des enquêtes spécifiques doivent être menées au sein de chaque groupe-cible car il n'existe pas de valeurs et comportements généralisés vis-à-vis de l'eau, de l'hygiène et de la santé.

Pour ces enquêtes primaires, les méthodes d'investigation suivantes sont employées: reconnaissance sur le terrain par des experts, interviews menées à l'aide de questions ouvertes et fermées, observation des ménages et entretiens conduits avec différents groupes pendant leurs temps de loisirs et de travail. L'association et la collaboration d'experts nationaux et, en particulier, de femmes est très importante au niveau de l'analyse des groupes-cible.

La situation réelle, déterminée sur cette base, sert de base de référence à la planification des mesures techniques nécessaires ainsi que des mesures d'animation sociale destinées à promouvoir leur acceptation. L'analyse du groupe-cible peut

conduire à la décision d'interrompre les activités envisagées dès lors qu'elle conclut à l'absence de besoins ou à une volonté de participation insuffisante.

Chapitre 3: Planification du projet

La planification du projet s'appuie sur les techniques et méthodes employées pour la "planification des projets par objectifs". Selon les expériences accumulées à ce jour, les tâches à accomplir / objectifs à atteindre peuvent être schématisés comme suit:

- amélioration de la compréhension globale de la population pour le complexe eau - hygiène - santé;
- amélioration de l'état de santé général et des possibilités de préserver la santé;
- amélioration de la situation socio-économique et des conditions de vie des femmes;
- amélioration des services proposés par les organisations publiques, semi-étatiques et privées.

Lors de la détermination de l'enveloppe budgétaire, deux éléments doivent être pris en compte, notamment le soutien financier devant être apporté aux services concernés ainsi que la couverture des frais de fonctionnement courants jusqu'au moment de leur prise en charge par les budgets nationaux.

Les possibilités d'intégration administrative du projet aux différents niveaux sont discutées ensuite. Etant donné que les actions d'animation sociale et les mesures techniques relèvent généralement de maîtres d'oeuvre différents, il est nécessaire de procéder à une répartition conséquente des attributions et compétences. La mise en place d'une unité de projet spéciale, responsable des mesures d'animation sociale, est jugée nécessaire. La coordination entre la partie technique et la composante d'animation sociale peut, par exemple, être assurée par des groupes de travail constitués par des sociétés de conseil ou moyennant le recours à une approche de projet intégrée.

Le calendrier d'exécution doit prévoir des temps de préparation correspondants et aménager la possibilité de poursuivre les activités d'animation au terme des travaux de la partie technique. La sensibilisation de même que les changements de comportement exigent un effort de longue haleine. Les programmes d'animation sociale sont mis en oeuvre par le personnel des services nationaux, de sorte qu'une initiation de ce personnel aux besoins spécifiques du projet est nécessaire.

Chapitre 4: Réalisation des mesures d'animation sociale

Comme souligné dans l'introduction, les techniques précconciées pour la réalisation des mesures doivent être appliquées de façon universelle; les thèmes et les contenus, par centre, doivent être adaptés aux caractéristiques du groupe-cible dans les divers pays concernés. La réalisation a lieu en quatre étapes: (I) mise en place de l'unité de projet

spéciale, (II) sensibilisation de la population, (III) éducation pour l'hygiène et la santé en combinaison avec des mesures de mise en confiance dans les domaines de la couverture sanitaire et du développement socio-économique, (IV) évaluation qui, au regard de son importance, est traitée séparément au chapitre (5).

L'étape I est consacrée à la mise en place de l'infrastructure du projet, à la sélection et à la préparation du personnel ainsi qu'à l'élaboration du programme d'information, de formation et d'éducation.

La durée de cette phase de réalisation est souvent sous-estimée. La description circonstanciée des différents secteurs d'activités, qui met tout particulièrement l'accent sur les techniques de mise au point de programmes éducatifs, ainsi que sur la production de médias audiovisuels, le cas échéant l'adaptation des médias existants à la situation spécifique des groupes-cible, se propose de démontrer l'effort de travail devant éventuellement être fourni.

Il importe, en même temps, d'identifier le personnel appelé à participer aux mesures d'animation sociale ainsi que de définir ses besoins de formation et de perfectionnement. Les profils de qualification sont très diversifiés, allant de l'expert hautement spécialisé jusqu'à l'agriculteur sachant lire et écrire. Les programmes pédagogiques spécifiques doivent être élaborés pour toutes les catégories de personnel.

L'étape II commence par une information du groupe-cible au travers des mass-médias ou par l'intermédiaire de personnalités locales. Le programme de sensibilisation peut être entrepris ensuite sous forme de visites régulières au groupe-cible. Cette sensibilisation a pour objet d'inciter la population à participer aux activités du projet. Dans le cadre du modèle présenté, nous nous orienterons à l'exemple des comités d'eau, d'hygiène et de santé, mis sur pied dans les régions rurales surtout. La sélection de ces volontaires parmi le groupe-cible, leur formation et initiation concrète aux tâches qu'ils sont appelés à assumer de même que leur encadrement permanent seront décrits en détails.

Partant du comportement du groupe-cible en matière d'hygiène, qui est déterminé par son milieu socio-culturel, l'étape III commentera la mise au point et l'exécution de programmes éducatifs visant à induire des changements de comportement. A l'appui de différents exemples, nous montrerons qu'il est nécessaire de définir des indicateurs permettant de vérifier le degré de réalisation des objectifs pédagogiques, ceci dans le but d'amener graduellement un changement des comportements. La même démarche sera décrite pour le domaine de l'éducation sanitaire.

Les auteurs soulignent que la notion d'hygiène est définie à l'aide de critères scientifiques par les liens de causalité s'établissant entre l'agent pathogène, la voie de transmission et la personne infectée, et que ces critères correspondent rarement à l'idée que le groupe-cible se fait de la santé et des maladies. En cas de non-observation de ces valeurs socio-culturelles, l'éducation pour l'hygiène risque fortement de se heurter à un refus.

L'incidence des mesures d'éducation s'amenuise lorsque le groupe-cible n'a pas la possibilité de s'adresser aux services compétents en cas de besoin. Il s'agit là, en particulier, des services de santé ainsi que des structures institutionnelles de promotion de la condition féminine. On recommandera donc qu'un soutien soit apporté à ces services par le projet.

Ces recommandations détaillées concernant la planification et la réalisation de mesures d'animation sociale ainsi que les possibilités d'influencer les facteurs ayant une incidence sur l'acceptation ne doivent pas faire oublier que l'acceptation est également conditionnée par les processus d'interaction s'établissant entre l'individu au sein de la population et les collaborateurs de l'Animation sociale. L'importance de cette interaction est illustrée à l'aide de quelques exemples.

Chapitre 5: Evaluation

L'évaluation est l'analyse des résultats obtenus par le projet au regard des objectifs fixés. L'évaluation des activités d'animation sociale, ayant pour but de susciter des changements de comportement et exigeant un effort de longue haleine, est extrêmement difficile. Il est malgré tout nécessaire de mettre au point des indicateurs vérifiables, afin de pouvoir mesurer l'efficacité et l'efficacé des mesures d'animation.

Pour procéder à l'évaluation, on dispose de toutes les techniques et méthodes de la sociologie empirique et des différentes disciplines techniques (épidémiologie). Les outils d'investigation sont les mêmes que ceux employés pour l'analyse des groupes-cible. Ils peuvent être mis en oeuvre dans le cadre d'une analyse en coupe, effectuée à un moment précis dans le temps, ou d'une enquête de longue durée s'échelonnant à des dates différentes. Nous conseillons d'employer les deux méthodes, afin de pouvoir cerner ainsi les fluctuations saisonnières, observées au niveau de la consommation d'eau et dans le secteur de la santé.

Les sous-chapitres reprennent sous forme succincte certains indicateurs vérifiables, déjà mentionnés dans le rapport, et servant à mesurer l'efficacité des mesures techniques ainsi que celle des activités de sensibilisation et d'éducation, renforcées par certaines mesures concrètes dans les secteurs sanitaire et socio-économique.

L'évaluation est un outil de contrôle et de pilotage des projets. Grâce à la compilation des données et documents existant dans le secteur de l'eau potable et de l'assainissement, on pourrait éviter d'accabler le groupe-cible d'enquêtes trop fréquentes.

I. INTRODUCTION

I.1 La Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement

La Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement, déclarée en 1980 par l'Assemblée Générale des Nations-Unies, a fait redoubler les efforts en vue de remédier à la pénurie mondiale en eau potable saine et en installations sanitaires.

L'importance de cette Décennie est soulignée par tous, autant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement. Les efforts consentis pour remédier à la situation de pénurie mondiale contribuent à la satisfaction des besoins fondamentaux des populations, ont une incidence bénéfique sur la santé et le développement socio-économique et motivent, par là-même, l'importance de la Décennie.

Dans ses "principes directeurs pour la planification et la réalisation des projets de coopération bilatérale de la République fédérale dans le secteur de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement" (mars 1984), le Ministère fédéral allemand de la Coopération économique, BMZ, met également l'accent sur ces facteurs, ce qui ressort bien de l'extrait suivant:

"Disposer d'eau potable saine est l'un des besoins essentiels de l'homme. Pour des raisons sanitaires, il importe de toujours prendre en considération lors de l'étude de projets d'approvisionnement en eau, non seulement l'évaluation et la préservation des ressources en eau, mais aussi l'évacuation des eaux usées résultant de l'utilisation de ces ressources ainsi que celle des matières fécales et des déchets et, si nécessaire, d'intégrer ces aspects au projet.

Particulièrement orientées vers les besoins essentiels, les actions dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement se sont vu attribuer une importance particulière en tant que facteur de développement économique et social et en raison de la poussée démographique croissante dans les pays en voie de développement.

L'approvisionnement en eau potable et les mesures d'assainissement jouent de ce fait un rôle clé de plus en plus évident pour assurer la capacité de survie des agglomérations urbaines et des zones rurales."

Ces liens et cette complémentarité entre l'eau potable, les installations sanitaires et l'hygiène, la santé et la situation socio-culturelle de la population, forment la base des programmes préconisés dans le cadre de la Décennie. (Par American Health Organization, environmental Series No.3, 1983: Drinking Water Supply and Sanitation.)

La coopération des pays industrialisés et des pays en développement doit être renforcée dans les domaines suivants:

1. Conception des programmes nationaux

2. Programmes d'investissement destinés à étendre la couverture nationale d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans les zones rurales et urbaines (programmes de couverture)
3. Programmes d'accompagnement destinés à renforcer l'efficacité de l'investissement consenti et à promouvoir son acceptation par la population (programmes de soutien).

La participation de la population (Community participation - participación de la comunidad, participation communautaire) à la planification, à la construction, à l'exploitation et à l'entretien des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement a pour objet de garantir à long terme l'acceptation de ces réalisations par la population, d'améliorer de façon décisive la capacité de fonctionnement des installations et d'accroître leur longévité. La participation communautaire est également reconnue comme étant une condition primordiale pour assurer que les investissements en adductions d'eau et en assainissement aient des effets bénéfiques sur la santé.

Les liens étroits existant entre l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement et la santé des populations-cible ont déjà été soulignés à la Conférence internationale d'Alma Ata organisée en 1978. Afin de renforcer l'incidence des projets d'adduction d'eau et d'assainissement sur l'état de santé des populations-cible, il est préconisé d'avoir recours à des mesures complémentaires dans le secteur de la prévention et de la thérapie des maladies transmises par l'eau et les conditions d'hygiène (traitement des porteurs de germes, réhydratation orale).

Les effets induits par les projets d'adduction d'eau et d'assainissement sur le développement économique et social touchent plus particulièrement les femmes. Les femmes et les adolescentes sont chargées de pourvoir à l'alimentation en eau potable de la famille. Un allègement à ce niveau pourrait contribuer à améliorer leur situation socio-économique. La Conférence mondiale de la Décennie des Femmes (Nations-Unies, 1980) a, pour cette raison, recommandé à tous les Etats membres d'associer les femmes à tous les domaines de l'alimentation en eau potable.

Les objectifs ambitieux et les effets attendus des projets d'alimentation en eau de boisson et d'assainissement ont conduit à adopter une démarche multisectorielle et pluridisciplinaire. La Décennie a ainsi contribué de façon substantielle à promouvoir une approche intégrée dans le cadre de la coopération au développement.

Malgré cette concertation des efforts, il est apparu dans de nombreux projets que la population n'adoptait et n'acceptait pas les équipements techniques mis en place pour son bien-être. Force est de constater que la population, après un certain temps, n'utilise plus ces installations, néglige leur entretien, retourne à ses points d'eau traditionnels et perpétue ses pratiques et son comportement habituel en matière d'hygiène. L'investissement en adductions d'eau et assainissement n'est pas mis à profit pour le bien de la santé et n'induit pas les effets attendus sur le développement socio-

économique. (Commission of the European Communities, Sectoral Evaluation of Urban and Village Water Supply Projects, August 1978).

Les donateurs internationaux et bilatéraux de même que les pays en développement s'emploient à rechercher les causes de cette non-acceptation des installations techniques et à y apporter des solutions. Le Ministère fédéral allemand de la Coopération économique a motivé sa décision de promouvoir le présent projet de recherche en mettant l'accent sur deux facteurs exerçant une influence déterminante sur l'acceptation. Le Ministère considère, en effet, que l'action de communication et d'animation sociale, engagée en temps voulu et à vaste échelle, représente l'un des aspects des projets d'adduction d'eau et d'assainissement les plus importants au regard de la politique de la santé. Les projets qui ne seraient pas épaulés par un programme correspondant d'animation et d'éducation pour l'hygiène pourraient même avoir des incidences négatives sur la situation sanitaire de la population-cible.

Le Ministère poursuit son argumentation dans les termes suivants: "Les motivations et le comportement de la population en matière d'hygiène sont un élément important de son mode de vie, qui est lui-même forgé et conditionné par des critères sociaux et culturels différents rapportés par la tradition. Les projets d'alimentation en eau potable et d'assainissement représentent une intervention profonde dans ces structures conventionnelles des comportements et des attitudes de la population. Ces projets donnent naissance à de nouvelles conditions de vie, auxquelles la population doit tout d'abord être habituée. Pour faire en sorte que la population accepte les nouvelles mesures et les adopte, il est donc indispensable qu'au moment de leur préparation et de leur réalisation, on étudie parallèlement les conditions socio-culturelles et agisse sur leurs effets."

L'animation sociale et l'éducation sanitaire ainsi que l'adaptation de la partie technique aux conditions du milieu socio-culturel sont ainsi considérées comme étant des facteurs favorisant l'acceptation. L'analyse d'ouvrages spécialisés ainsi que de rapports de projets et d'études a permis de dégager d'autres facteurs influant sur l'acceptation au niveau des trois dimensions suivantes:

- approche de la participation communautaire
- définition de la notion d'animation sociale
- interaction des mesures techniques et des actions de communication et d'animation sociale.

La participation communautaire et les actions de communication et d'animation sociale seront précisées et commentées plus en détail ci-dessous. Les interactions entre les mesures techniques et les actions d'animation sociale font partie intégrante du rapport principal élaboré dans le cadre du présent projet de recherche. Il s'agit plus précisément de recommandations pour la planification, la réalisation et l'évaluation de mesures pratiques visant à améliorer l'acceptation des projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement par les populations auxquelles ils sont destinés.

Partant des facteurs influant sur l'acceptation, tels qu'ils peuvent se manifester dans les différentes étapes du déroulement d'un projet, des conceptions, stratégies et méthodes seront recommandées pour la réalisation de mesures favorisant l'acceptation des projets. Ces recommandations revêtent un caractère de modèle. Les auteurs tiennent, toutefois, à souligner que les programmes d'animation et de communication sociale doivent eux aussi être adaptés à la situation socio-culturelle et socio-économique spécifique du groupe-cible.

I.II PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Par participation communautaire, on entend l'association active de la population à toutes les phases d'un projet d'approvisionnement, depuis la démarche d'identification des besoins jusqu'au moment de l'intégration définitive de cette institution dans la vie quotidienne du groupe-cible. La notion de participation communautaire englobe tous les processus à l'aide desquels la population mobilise ses forces et s'emploie, en collaboration avec les services compétents, à améliorer sa situation économique, sociale et culturelle dans le but de prendre une part active au développement de son pays.

La participation communautaire est particulièrement forte dans les pays, dans lesquels les structures sociales sont caractérisées par une conscience collective primant sur les besoins individuels. Léopold Sédar Senghor (African Socialism, 1961) définit la structure sociale dans les pays africains comme étant une forme de communauté, dans laquelle le groupe est placé au-dessus de l'individu, au contraire de la société européenne, dans laquelle la communauté est constituée par un regroupement d'individus. Pour l'Afrique orientale, cette description est également donnée par Jomo Kenyatta (Facing Mount Kenya). En Indonésie, cette conscience collective s'exprime au travers de ce qu'on appelle le Kampong. Ces formes de communauté se retrouvent également en milieu urbain. Aux Philippines, on trouve les Barangay et à Madagascar les Fokontany. On rencontre également des exemples du même genre en Amérique centrale et en Amérique du Sud.

Par suite de l'urbanisation, de l'amélioration du niveau d'information et d'une plus grande mobilité des populations, les structures sociales semblent toutefois évoluer en direction d'une plus grande individualisation. Ce phénomène s'observe surtout dans les petites villes en phase de passer d'une structure homogène à une formation cosmopolite de différents groupes ethniques. La forme de coopération et d'entraide traditionnelle, qui est reconnue par tous comme étant à la base d'une participation communautaire positive, se perd de plus en plus dans ces villes. (Observations personnelles des auteurs en Afrique centrale, au Congo, au Mali et à Madagascar). Les ménages pris individuellement ou encore les familles entretiennent des relations plus distantes avec leurs voisins appartenant à une ethnie étrangère. Aucune forme moderne de collaboration et d'entraide réciproque (coopératives, groupes d'action) n'a jusqu'ici réussi à se substituer à l'organisation communale, fortement hiérarchisée, de ces groupements villageois homogènes.

La conscience collective et l'individualisation croissante exercent une action contraire sur l'acceptation des mesures du projet. Les groupes homogènes participent de façon intensive aux activités du projet, dans les phases initiales. Leur intérêt décroît cependant au fur et à mesure de l'avancement du projet. Dans les structures à dominance individualiste, l'adhésion est faible dans toutes les phases du projet. Cette constatation ressort du tableau suivant, qui s'appuie sur des enquêtes menées en Amérique latine (Environmental Series No.3/1983, Pan American Health Organization).

Tableau Participation de la population

GROUPES DE POPULATION EXPOSÉS A DES RISQUES SANITAIRES DIFFÉRENTS		PLANIFICATION ET CONSTRUCTION		FONCTIONNEMENT/ ENTRETIEN		ADMINISTR. FINANCEMENT		HYGIÈNE ET ÉDUCATION SANITAIRE	
		Eau potable	Assainissement	Eau potable	Assainissement	Eau potable	Assainissement	Eau potable	Assainissement
urbains	Utilisateurs desservis par un branchement domestique								
	Bidonvilles								
	Quartiers périphériques	*							
ruraux	Habitat fermé	**	*	*		*	*		
	Habitat dispersé		*						

Degré de la participation communautaire:

intensive	**
très faible	*
aucune	

Cette transformation des structures sociales et l'influence qu'elle exerce sur l'acceptation des projets appelle les conclusions suivantes:

- Les projets de développement auront de plus en plus affaire à des groupes familiaux / ménages autonomes et, par là même, à des citoyens émancipés, capables de porter un jugement. Ces derniers sont à même d'exprimer leurs besoins et aspirations en fonction de leurs possibilités, sous réserve toutefois que la structure du système politique et administratif ainsi que les responsables du projet leur en donnent l'opportunité.

- La mobilisation d'une collectivité à participer aux activités du projet requiert un soutien organisationnel accru. Pour remplacer la structure sociale traditionnelle de la communauté hiérarchisée, on peut songer aux formes modernes de collaboration (p.ex. coopératives). Ces conclusions s'inspirent de deux réflexions théoriques. En effet, l'acceptation du projet peut être atteinte de deux manières: soit que des individus intéressés et actifs influencent la collectivité, soit qu'un groupe motivé incite des personnes individuelles à participer. Selon les auteurs, ces deux approches devraient être davantage prises en considération à l'avenir.

L'évolution des structures, telle qu'elle se dessine actuellement, exercera une influence de plus en plus prépondérante sur la configuration des actions d'animation sociale. Les formes de communication entrant en ligne de compte ainsi que les mesures concrètes de mise en confiance peuvent être décrites comme suit:

I.III FORMES DE COMMUNICATION

Les actions d'animation et d'éducation pour la santé ont recours à différentes formes de communication. Ces dernières se différencient au niveau de la méthode et des objectifs à atteindre. Les avis divergents, concernant le rôle joué par la participation communautaire et individuelle en tant que facteur d'acceptation dans les projets, trouvent leur expression dans le choix de ces formes de communication. Etant donné que les opinions divergent et sont souvent matière à conflits, nous présenterons les diverses formes de communication et discuterons les différents points de vue. Les auteurs considèrent que toutes les formes de communication mentionnées peuvent contribuer à améliorer l'acceptation, sous réserve qu'elles soient appliquées conformément à la définition qui en est donnée ici. Les enquêtes menées auprès de projets ont montré que les formes de communication sont souvent confondues. Ce problème sera également commenté plus avant.

Les formes de communication peuvent, de façon grossière, être scindées en deux catégories. Dans la première catégorie, on rangera l'information, le marketing social et la publicité. Ces formes de communication ont pour objet de motiver "du dehors" des individus et des groupes à participer aux mesures. La seconde catégorie comprend la sensibilisation, l'éducation (éducation en matière d'hygiène et éducation sanitaire) ainsi que les mesures concrètes de mise en confiance. On attend de ce type de communication que la population apprenne, au cours d'un lent processus, à comprendre l'importance des mesures et que, par voie de conséquence, elle y participe. Il s'agit là d'une distinction grossière, dans la mesure où les transitions entre les diverses formes de communication et leurs effets sont très graduelles.

* Information

L'information a pour objet de faire part au groupe-cible du type de projet que l'on se propose de réaliser à son inten-

tion. Pour être efficace, l'information doit avoir subi un traitement médiatique spécifique et la population doit avoir la possibilité de recevoir l'information.

* Marketing social

Le terme de marketing social est de plus en plus employé. Ce terme est souvent fortement contesté car on part du principe que les projets, dont la vocation est de satisfaire les besoins d'un groupe-cible, ne doivent pas de surcroît être commercialisés. Par ailleurs, le terme de marketing est souvent apparenté à des intérêts commerciaux.

Ces divers points avaient également été discutés au sein du groupe de travail de l'UNICEF, auquel participèrent des collaborateurs directs et des experts de l'OMS, de la PAHO, du PNUD, du WET, etc., et qui s'est tenu à New York en 1985 (Report of a Working Group, New York, 25.-29.03.1985).

L'analyse de ce que recouvre le concept de marketing social permet de mieux comprendre sa signification et son importance dans le cadre de la communication avec le groupe-cible. Il s'agit de l'information concernant un produit donné - qu'il s'agisse de projets ou de prestations de services - destiné à être lancé sur le marché. Pour que le marketing soit efficace, il faut que le produit réponde aux exigences de la demande émanant du marché et que le groupe-cible ait la possibilité d'acquérir le produit, que ce soit de façon directe ou indirecte.

Selon les principes du marketing, le produit doit avoir les propriétés suivantes: il doit s'agir d'un bon produit, offert à un prix intéressant et abordable pour l'acheteur. Dans le cas de ressources insuffisantes, des aides à la consommation, des crédits et des modalités de paiement à tempérament doivent être proposés. Le produit doit être disponible facilement et rapidement, être bon marché et facile en matière d'entretien et de réparations.

Etant donné que le marketing social doit tenir pleinement compte des besoins du consommateur et à des exigences très élevées en ce qui concerne la valeur du produit et du service offert, les représentants de la Conférence de l'UNICEF se sont mis d'accord pour convenir que cet instrument devrait être davantage utilisé dans les projets d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement. Nous renvoyons à ce propos aux ouvrages de Faraq Elkamel et de Ronald Parlato, qui ont tous deux traité le problème du marketing social pour compte de l'UNICEF dans les ouvrages indiqués dans la bibliographie en annexe.

Avec l'introduction du marketing social, l'utilisateur et le consommateur acquièrent le droit de refuser ou d'accepter les mesures proposées. Les maîtres d'oeuvre des projets d'adduction d'eau et d'assainissement doivent s'engager à accomplir un excellent travail. Les analyses des groupes-cible se voient conférer un poids supplémentaire, dans la mesure où elles doivent être effectuées à l'instar des analyses de marché.

* Publicité

La publicité est un sous-domaine du marketing, auquel on recourt pour susciter et stimuler la demande d'un produit, entre autres à l'aide de moyens et de méthodes d'information audio-visuelles. En cas de politique commerciale sérieuse, on attache une grande attention à ce que le produit soit bon et à ce que la publicité n'éveille pas de désirs d'achat d'articles dont le groupe-cible n'a pas ou n'a pas encore besoin.

Malgré cette revendication en faveur d'une politique commerciale sérieuse, l'étude des rapports de projet donne souvent à penser que le marketing et la publicité sont souvent introduits a posteriori, en vue d'améliorer l'acceptation des projets. Ceci est souvent le cas lorsque les mesures ont été planifiées sans la participation du groupe-cible.

Cette conclusion renforce les détracteurs du marketing social dans leur opinion. Les auteurs considèrent toutefois que le recours au marketing, pour autant que cet outil soit utilisé conformément à sa définition véritable, peut contribuer grandement à améliorer l'acceptation des projets. Dans le cas de projets d'adduction d'eau et d'assainissement, cette méthode semble même être de plus en plus appropriée. Les sociétés de distribution d'eau, publiques ou semi-publiques, sont tenues de couvrir les coûts d'investissement en vendant le produit eau et assainissement.

* Sensibilisation

Cette méthode a pour objet de motiver un groupe-cible à participer à un projet par le biais d'une prise de contact directe et personnelle.

Pour que la sensibilisation soit efficace, il faut que la personne chargée d'établir ce contact ait la possibilité d'amorcer un dialogue avec le groupe-cible. Dialogue signifie que le groupe-cible doit avoir la possibilité d'exprimer ses propres opinions, souhaits et recommandations en ce qui concerne les activités du projet. Le processus de participation à toutes les phases du projet, depuis la planification jusqu'à l'évaluation, se trouve ainsi engagé.

Ce dialogue peut conduire à ce que la population exprime ses propres vues et conceptions et propose des mesures de nature à améliorer sa situation actuelle. Pour pouvoir réagir à ces recommandations émanant de la population, il sera le cas échéant nécessaire de mettre en place une structure organisationnelle correspondante.

La sensibilisation est donc un processus de longue haleine au cours duquel des solutions adéquates, répondant aux besoins du groupe-cible, sont cherchées et trouvées dans le cadre d'entretiens menés avec la population.

Salim Lone, conseiller en communication de l'UNICEF à New York, souligne dans son article traitant de la communication (Les Nouvelles de l'UNICEF 114, 1983/2, p.3) que celle-ci est encore trop souvent comprise et employée comme la simple transmission d'ordres et d'idées, et non pas comme un pro-

cessus de facilitation de la compréhension et de l'entente. Des expériences recueillies dans le domaine de la participation communautaire ont montré que la pérennité de cette dernière n'était assurée que lorsqu'elle procédait d'une décision de la population et avait été librement voulue.

Les institutions internationales, les organisations non gouvernementales mais aussi les services des affaires sociales et de l'hygiène du secteur de la santé publique dans les pays en développement sont convaincus que l'acceptation recherchée ne peut pas être obtenue si la population ne juge pas elle-même ces mesures nécessaires et ne prend pas d'elle-même l'initiative de les réaliser. Des délais d'un an à compter du premier entretien mené avec la population et le démarrage du projet sont pris en compte à cet effet.

Ces opinions divergentes sur les voies et moyens d'inciter la population à participer donnent matière à de graves conflits. Dans le cas de projets techniques limités dans le temps, on privilégie la formule du marketing social. Il n'est pas prouvé à ce jour que le marketing social conduise plus rapidement aux résultats recherchés que le processus de la sensibilisation. C'est pourquoi, les auteurs recommandent de trouver une voie intermédiaire entre les deux modes de communication et de faire preuve d'une plus grande souplesse en ce qui concerne le déblocage des ressources correspondantes. C'est là la seule façon de recueillir suffisamment d'expériences sur les formes de la participation communautaire.

* Action éducative

L'éducation a pour objet de modifier les attitudes et le comportement du groupe-cible en élargissant son savoir et ses connaissances. Pour être efficaces, les actions éducatives doivent être conçues et planifiées en fonction d'objectifs pédagogiques et être modulées sur le comportement socioculturel spécifique de ceux à qui elles s'adressent. Des structures de pensée et de comportement existantes doivent être modifiées de telle sorte que la population apprenne à résoudre elle-même des problèmes spéciaux et à participer au processus de développement. Les actions éducatives doivent être conçues à long terme.

Les actions éducatives menées en vue d'améliorer l'acceptation des projets d'alimentation en eau et d'assainissement s'articuleront autour de l'hygiène et de la santé. La population doit, au travers de ces actions, apprendre à utiliser au profit de sa santé les équipements mis en place par le projet, à se préserver des maladies transmises par l'eau et dues aux conditions d'hygiène ainsi qu'à traiter autant que possible elle-même les maladies contractées.

Comme il ressort de la définition ci-avant, l'action éducative est un processus de longue haleine. Des enquêtes, menées sur les campagnes d'éducation pour l'hygiène réalisées dans les projets, ont montré que celles-ci n'étaient souvent pas conçues à long terme. Au contraire, cette éducation se borne bien souvent à présenter au groupe-cible - dans le cadre de l'information ou du marketing social - des tableaux de visualisation illustrant de façon schématique les différentes maladies, ainsi que les possibilités de réduire l'incidence

dé ces maladies par le biais de l'acceptation des équipements techniques. Les résultats attendus ne peuvent pas être atteints de cette manière. La conséquence en est bien plus que les donateurs et les bénéficiaires se font une idée fautive des concepts d'hygiène et d'éducation sanitaire, ce qui remet en cause les actions devant être programmées à long terme. L'acceptation attendue et la meilleure valorisation des équipements techniques devant découler d'une modification du comportement se trouvent ainsi compromises.

Cette interprétation erronée de l'action éducative empêche souvent que les services nationaux compétents assument les programmes de longue haleine nécessaires. Au lieu de cela, on engage des collaborateurs à terme, notamment pour la durée du projet technique. Les attentes placées dans l'éducation en matière d'hygiène pour promouvoir l'acceptation des équipements techniques par la population ne peuvent ainsi pas se réaliser.

* Mesures concrètes de mise en confiance

Il s'agit là d'actions offrant au groupe-cible la possibilité de se faire une idée concrète des activités de projet prévues et contribuant à résoudre les problèmes en présence. Pour que ces mesures de mise en confiance soient efficaces, il faut que le groupe-cible participe à leur réalisation et qu'il soit instruit sur les tâches à accomplir. Les résultats de ces mesures doivent devenir tangibles pour le groupe-cible après un laps de temps raisonnable et aider véritablement ce dernier à résoudre ses problèmes.

Ces mesures ne concernaient jusqu'ici que les installations sanitaires et avaient notamment pour objet d'apporter à la population un soutien pour l'élimination individuelle des matières fécales. Les voies de transmission des maladies infectieuses les plus fréquemment rencontrées dans les pays en développement ne peuvent pas être toutes interrompues de cette manière. En plus de la réalisation d'adductions d'eau potable et de la mise en place d'installations sanitaires privées et publiques, il convient de prévoir des activités concrètes dans les secteurs du contrôle alimentaire, de la lutte anti-vectorielle, de l'hygiène individuelle et de l'hygiène de groupe. Les tâches à accomplir à cet effet sont dans la plupart des pays assumées par le Service national de l'Hygiène. Des mesures appropriées de soutien à ce service sont recommandées.

La cause des maladies dues aux conditions de l'hygiène est à l'eau se trouve dans l'organisme malade, qui, par ses secréta et excréta, peut transmettre la maladie. A côté des mesures préventives, il est donc également nécessaire d'engager une action curative afin de traiter le porteur d'agents pathogènes. Cette exigence implique qu'un soutien soit apporté au service local de la santé publique dans le cadre de la couverture en soins de santé primaires.

Les femmes doivent être le groupe-cible privilégié de ces actions concrètes. On a constaté que la mise en oeuvre de programmes de promotion de la condition féminine, réalisés en complément des mesures citées plus haut, avait un impact

positif sur l'acceptation. Un renforcement approprié des services compétents est nécessaire.

* Animation sociale

Après la présentation des différentes notions relevant du domaine de la communication et des actions concrètes de mise en confiance, le concept de l'animation sociale est défini comme suit par les auteurs: l'animation sociale est un processus au cours duquel un groupe-cible apprend à s'identifier avec les activités du projet, à y participer et à les intégrer à la vie quotidienne, de façon à en tirer un avantage durable.

Pour assurer que l'animation sociale soit efficace, il est nécessaire d'opérer une séparation nette entre les diverses formes de communication (information, marketing, publicité, sensibilisation, éducation). L'utilisation à bon escient de ces différentes formes de communication et leur combinaison avec des mesures concrètes de mise en confiance sont d'autres conditions nécessaires pour garantir l'efficacité de l'animation sociale.

* Acceptation

Partant de la définition du concept d'animation sociale, le terme d'acceptation revêt la signification suivante: de l'avis des auteurs, l'acceptation est la pérennisation des activités du projet, c'est-à-dire leur intégration à la vie quotidienne du groupe-cible. L'utilisation permanente des équipements techniques peut contribuer à améliorer l'état de santé et la situation socio-économique du groupe-cible.

* Actions d'animation sociale et d'éducation pour la santé

Le modèle présenté ci-après et servant à la planification, à la réalisation et à l'évaluation d'actions d'animation sociale repose en conséquence sur la définition donnée plus haut du concept de l'animation sociale (communication sociale). Les mesures correspondantes ne doivent pas être engagées de façon isolée ou ponctuelle, mais doivent au contraire former un ensemble cohérent. Ce faisceau de mesures s'étend en l'occurrence aux domaines suivants:

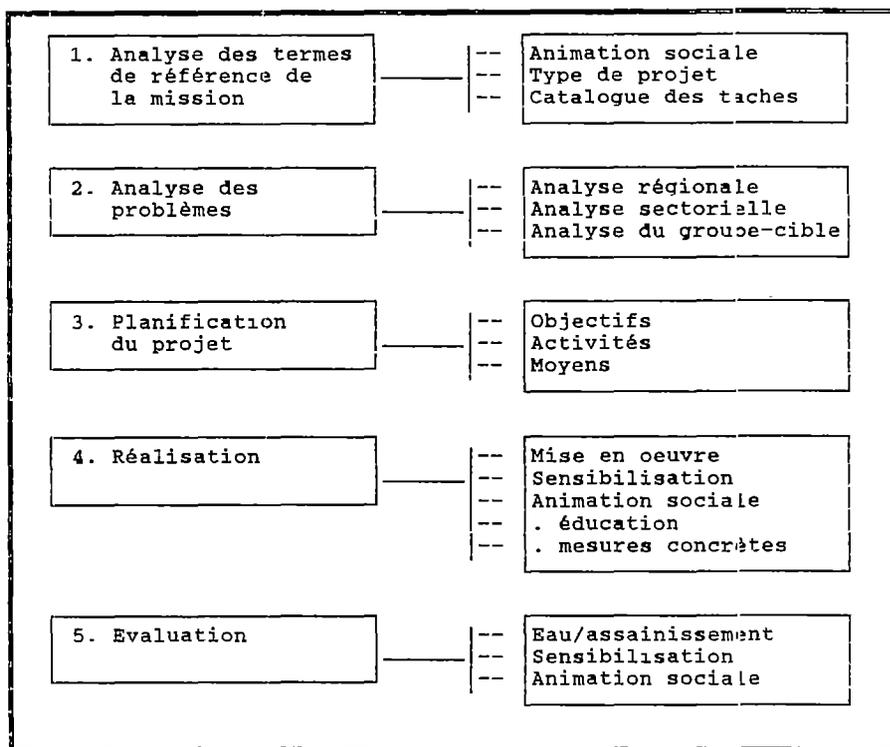
- recours à différentes formes de communication, relevant de l'information, du marketing social, de la sensibilisation et de l'éducation
- mesures concrètes dans les domaines de l'hygiène et des installations sanitaires ainsi que dans le secteur des soins de santé, en vue de lutter contre les maladies transmises par l'eau et contre celles dues aux conditions d'hygiène
- promotion des services nationaux pressentis pour assurer la maîtrise d'oeuvre des actions d'animation sociale et appelés à les réaliser à long terme dans la zone d'action du projet.

Les auteurs sont d'avis que la réalisation de de faisceau de mesures permet d'obtenir et de garantir l'acceptation des projets d'adduction d'eau et d'assainissement, grâce à une participation appropriée de la collectivité et des individus. La population est en mesure d'utiliser les équipements mis en place pour lui permettre d'améliorer sa situation sanitaire et socio-économique. Les services nationaux sont mis à même de s'acquitter de leurs attributions dans le cadre de la communication sociale, de l'exécution à long terme des mesures ainsi que de l'amélioration de l'hygiène et de l'état de santé du groupe-cible.

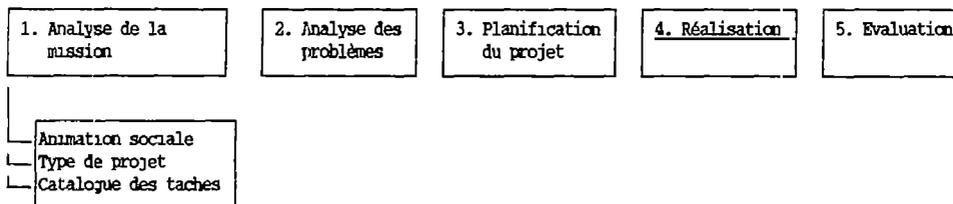
II. **Recommandations concernant la planification, la réalisation et l'évaluation d'actions d'animation sociale adaptées, dans le cadre des projets d'adduction d'eau et d'assainissement**

Les diverses phases de la planification, de la réalisation et de l'évaluation des actions d'animation sociale sont traitées séparément, en relation avec la partie technique du projet d'adduction d'eau et d'assainissement selon le schéma ci-dessous:

Phases de la planification, réalisation et évaluation des actions d'animation sociale



1. ANALYSE DE LA MISSION D'ANIMATION SOCIALE



1.1 PRESELECTION DES MESURES D'ANIMATION SOCIALE

L'analyse de la mission d'animation sociale a pour objet d'ajuster les mesures envisagées à la partie technique du projet d'adduction d'eau et d'assainissement, ceci dès la phase de conception et de préparation de ce dernier. A cet effet, il est nécessaire que les participants se mettent d'accord sur les termes animation sociale et acceptation, définis dans l'introduction. Ceux-ci doivent en outre s'entendre pour décider si ces actions d'animation sociale et d'éducation pour la santé (communication sociale) peuvent consister en un faisceau de différentes mesures. Ce faisceau de mesures comporte, outre des actions de communication, des activités concrètes de mise en confiance et ne peut être envisagée que si les donateurs et bénéficiaires s'accordent sur son importance.

Un support de décision est fourni par le tableau ci-après, qui présente les mesures d'animation sociale et les objectifs respectifs des différentes formes de communication.

Tableau Mesures d'animation sociale

Présentation du projet	Présentation & publicité	Présentation & publicité & dialogue avec la population	Présentation & publicité & dialogue avec la population & éducation, renforcée par des activités concrètes de soutien
Information	Marketing	Sensibilisation	Animation sociale
Objectifs: Le groupe-cible connaît le projet	Le groupe-cible est disposé à adopter le projet	Le groupe-cible participe aux activités du projet	Le groupe-cible utilise les équipements et services mis à disposition pour lui permettre d'améliorer ses conditions de vie

La conception du projet d'adduction d'eau et d'assainissement influence l'acceptabilité du projet pour la population et détermine, dans une large mesure, les actions permettant d'atteindre le groupe-cible. Une connaissance précise des installations d'adduction d'eau et d'assainissement prévues est donc nécessaire.

1.2 CONCEPTIONS POSSIBLES DE LA PARTIE TECHNIQUE DU PROJET

Le type de projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement est défini en fonction des caractéristiques suivantes:

1. Approvisionnement individuel
 - puits creusé à la main (sans/avec pompe à main)
 - forage (avec pompe à main)
 - système d'adduction gravitaire
 - captage d'eau pluviale
2. Réseaux d'alimentation
 - borne-fontaine
 - branchement collectif
 - branchement domestique
3. Evacuation des matières fécales
 - latrines sans eau
 - latrines traditionnelles, différents types de latrines à fosse ventilée améliorée
 - cabinets d'aisance avec chasse d'eau
 - assainissement par déversement dans des fosses étanches, fosses septiques ou réseaux de canalisation menant à des bassins de lagunage, bassins de décantation et stations d'épuration mécanique/biologique
4. Evacuation des eaux usées
 - fosse d'infiltration
 - assainissement comme dans le cas d'évacuation des matières fécales
5. Elimination des déchets
 - matières organiques: compostage, incinération, enterrement
 - matières non récupérables: collecte en un emplacement central, décharge non contrôlée/contrôlée, installation d'incinération
6. Evacuation des eaux pluviales (cette activité n'est pas toujours un élément constitutif des projets d'adduction d'eau et d'assainissement).

Lorsque les activités d'animation sociale sont engagées a posteriori, soit en cours d'exécution d'un projet d'adduction d'eau et d'assainissement, des informations supplémentaires doivent être recueillies. Celles-ci se rapportent aux aspects suivants, figurant en annexe sous forme d'une liste de contrôle:

1. Structure du projet d'adduction d'eau et d'assainissement
2. Stratégies du pays en développement et du maître d'œuvre du projet

3. Conceptions en matière d'hygiène
4. Identification des besoins du projet
5. Objectifs et justification du projet
6. Réalisation d'enquêtes socio-culturelles
7. Réalisation d'enquêtes socio-économiques
8. Mesures supplémentaires
9. Méthodologie des enquêtes et de la planification
10. Mesures d'animation sociale proposées
11. Contrôle des résultats de l'animation sociale

1.3 Facteurs influant sur l'acceptation

L'analyse méticuleuse de la partie technique du projet permet d'identifier les facteurs stimulant ou au contraire freinant l'acceptation du projet par la population. En présence d'un groupe rural homogène habitué à des formes de travail collectif traditionnelles, on peut s'attendre à une participation communautaire élevée lors de la réalisation des ouvrages. Cet état de fait a été décrit dans l'introduction. L'"homogénéité" du groupe-cible et la "localisation du projet en milieu rural" représentent ainsi des facteurs favorisant l'adoption du projet par ses bénéficiaires.

On sait, par contre, que l'existence de points d'eau traditionnels est un facteur préjudiciable à l'acceptation. La détermination de ces facteurs ne renseigne toutefois pas sur les causes de l'acceptation ou du rejet. Le retour aux points d'eau traditionnels peut, par exemple, être motivé par des problèmes se situant au sein même du groupe-cible (pénurie de ressources monétaires, disputes et querelles à la borne-fontaine). Des difficultés inhérentes au système (approvisionnement déficient, coûts de réparation trop élevés) peuvent également expliquer le retour aux systèmes d'approvisionnement en eau traditionnels. Les pages suivantes présentent divers éléments d'un projet où peuvent s'exercer des facteurs ayant une action positive ou négative sur l'acceptation.

La première rubrique du tableau ci-après, ventilé selon les principales catégories d'activités (stratégie du projet, approvisionnement en eau, assainissement), indique les facteurs positifs et négatifs ayant déjà été vérifiés. Les facteurs qui, sur la base d'expériences concrètes accumulées dans les projets, sont présumés exercer une influence positive ou négative sur l'acceptation sont indiqués dans la seconde rubrique [A VERIFIER]. Le signe ** exprime que les auteurs recommandent de vérifier absolument les facteurs mentionnés. Le signe ** dans la rubrique [ACTION POSITIVE] exprime le degré d'influence positive exercée sur l'acceptation.

Tableau: Facteurs influençant l'acceptation

Facteurs dans des études et projets	VERIFIE	A VERIFIER	ACTION NEGATIVE	ACTION POSITIVE
S T R A T E G I E				
Région-cible/groupe-cible	*			
Communauté villageoise				*
homogène				*
Milieu rural				
Travaux de construction de courte durée (jusqu'à 2 ans)	*	**		*
de longue durée (plus de 3 ans)			*	
Intervalle de temps entre l'étude et le démarrage du projet	*	**		*
moins d'1 an			*	(*)
plus d'1 an			*	
Participation prévue aux travaux de construction	*	**		
Participation rémunérée				*
Participation volontaire			*	(*)
Aucune participation			*	
Participation financière	*	**		
Aucune participation			*	
Participation				*
Entreprise chargée de l'exécution des travaux de construction	*	**		
Entreprise nationale				*
Organisation publique ou nationale/locale				*
Surveillance des travaux de construction	*	*		
Service technique			*	
Groupe de travail mixte				*
Type de projet	*	**		
isolé			*	
combiné				*
combiné + mesures d'accompagnement				**
Maitre d'oeuvre du projet	*			
Fonctionnement permanent des systèmes d'adduction d'eau et d'assainissement assuré sur de longues périodes				*
Ruptures d'approvisionnement durant plus d'une semaine			*	

Facteurs dans des études et projets	VERIFIE	A VERIFIER	ACTION NEGATIVE	ACTION POSITIVE
Stratégie nationale	*	**		
Cboix des sites de projet selon des critères objectifs (pénurie d'eau, qualité de l'eau, situation hygiène favorable à la santé)				*
				**
Absence de critères de sélection objectifs (décision politique, pas de véritable analyse des besoins, décision du haut vers le bas)			*	
Stratégies des donateurs	*	**		
Ne sont soutenus que des projets orientés vers la satisfaction des besoins fondamentaux (les bénéficiaires peuvent exprimer leur avis de façon objective: utilisateurs, consommateurs, usu-fruitiers)				**
APPROVISIONNEMENT EN EAU				
Besoins	*			
Pénurie d'eau (permanente)				**
Pénurie d'eau (saisonnrière)			*	
Qualité de l'eau - appréciation subjective			*	*
Qualité de l'eau - appréciation objective				
Points d'eau traditionnels	*	**		
Existent pendant toute l'année			*	
Existent saisonnièrement				*
Eloignement supérieur à 1000 m				*
Vente d'eau traditionnelle	*	**		
Gratuitement			*	
Vendeurs d'eau				*
Ventes privées				*
Nature des équipements techniques		*		
Expériences positives de la population connues				*
Expériences négatives connues			*	
Nombre des prises d'eau prévues		*		
Plus de 500 personnes par point d'eau			*	
Moins de 500 personnes par point d'eau				*
Distance jusqu'à la prise d'eau	*			
Moins de 100 m				*
Plus de 100 m			*	

Facteurs dans des études et projets	VERIFIE	A VERIFIER	ACTION NEGATIVE	ACTION POSITIVE
Configuration du point d'eau Irréprochable du point de vue hygiénique Eau stagnante, immondices		*	*	*
Organisation de l'utilisation du point d'eau Accès garanti à tous de la même façon Accès plus difficile - groupes privilégiés Accès limité aux payeurs de redevances Les utilisateurs sont co-responsables	*	**	*	*
Tarifification Progression tarifaire Echelonnement en fonction des catégories sociales Approvisionnement groupé meilleur marché qu'un branchement domestique Paiement de redevances adaptées à la solvabilité saisonnière Transparence de l'utilisation des cotisations Niveau constant des redevances Offres spéciales du fait de ventes d'eau privées Suppression des exonérations au profit des fonctionnaires Organisation selon le système de l'économie privée	*	**	*	*
Entretien et réparations Frais d'entretien peu élevés (moins de 10 DM/ménage/an) Fonctionnement assuré grâce à un entrtien régulier Charges annuelles pour frais de réparation constantes Système d'avertissement organisé, réparation immédiate	*	**		*
Contrôle de qualité Traitement chimique de l'eau constant Contrôle bactériologique régulier		*		*
ASSAINISSEMENT				
EVACUATION DES MATIERES FIXALES ET ASSAINISSEMENT DOMESTIQUE				
Conception Aucun soutien de la part du projet à des mesures d'assainissement individuelles		*	*	

Facteurs dans des études et projets	VERIFIE	A VERIFIER	ACTION NEGATIVE	ACTION POSITIVE
Assainissement communal organisé sur une base d'économie privée				*
Identification des besoins Besoins exprimés par la population Elimination des matières fécales non pratiquée	*		*	*
Nature des équipements Equipements prévus connus du groupe-cible Sur le plan technique, adaptés au groupe-cible		*		*
Coûts Coûts de réalisation inférieurs à 5 % des coûts locaux habituels pour la construction d'habitation Matériaux de construction disponibles localement Frais de vidange tous les 5 ans seulement Coûts entièrement à la charge des propriétaires de maisons (donneurs de bail)	*	**		*
Participation Une entreprise de construction réalise les ouvrages Des artisans locaux réalisent les installations: sans participation de la population avec la participation de la population		**	*	*
Vidange Prestation propre de la collectivité Organisée sur une base d'économie privée		*	*	
CENTRES DE RAMASSAGE PUBLICS				
Degré de distribution Distribution régulière selon les communautés (quartiers urbains, groupes ethniques) Rattachement à des équipements publics non structurés (marchés, places publ.)	*	**	*	*
Conception techn. et organisationnelle Peuvent également être utilisés par des enfants Protection contre une dispersion des déchets dans la nature Vidange effectuée régulièrement	*	**		k

Facteurs dans des études et projets	VERIFIE	A VERIFIER	ACTION NEGATIVE	ACTION POSITIVE
Couts		*		
Gratuits			*	
Déchets compostables, peuvent être utilisés comme engrais				*
Redevances échelonnées en fonction des catégories sociales				*
Participation		*		
Détermination des sites d'implantation par les utilisateurs				*
Participation à la réalisation de l'installation				*
Législation		*		
Amendes dans le cas de non-utilisation				*
DECHARGES PUBLIQUES				
Conception techn. et organisationnelle		*		
Protection de l'environnement				*
Surveillance organisée				*
Triage des déchets organisé				*
Transport	*	**		
Transport sur base privée				*
Le projet peut soutenir des entrepreneurs privés				*
Assainissement public réglé				*
EVACUATION DES EAUX PLUVIALES				
Participation	*	**		
Réalisation par des entreprises de construction			*	
Riverains participent à la construction				*
Riverains sont rémunérés pour leur participation à la construction				**
Entretien/nettoyage		*		
Riverains responsables de l'entretien				*
La commune se charge de l'entretien			*	

Cette liste des secteurs critiques susceptibles d'entraver l'animation sociale, si des solutions appropriées ne sont pas trouvées dès le stade de la planification de la partie technique du projet d'adduction d'eau et d'assainissement, ne prétend pas être exhaustive. Elle met cependant clairement en évidence que les ingénieurs et les experts en communication sociale doivent coopérer à un stade très précoce, afin d'éviter que la planification de la partie technique du projet n'entraîne des problèmes d'acceptation qu'il sera difficile d'éliminer dans le cadre de l'action d'animation sociale.

A l'appui de ces exemples, éventuellement complétés par les résultats d'une étude de faisabilité à entreprendre le cas échéant, il est possible de dégager les bases d'une conception de la "partie technique" des projets d'adduction d'eau et d'assainissement, de nature à favoriser l'acceptation.

1.4 HARMONISATION DES ACTIVITES D'ANIMATION SOCIALE

On peut, à partir de l'analyse des termes de référence d'une mission, déterminer les tâches à prévoir pour la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des activités d'animation sociale. Ces tâches sont décrites en détail dans les chapitres 2, 3, 4 et 5 ci-après.

Les résultats de l'analyse permettent de prendre des décisions dans les domaines suivants:

1. Méthodes de l'animation sociale

- information
- marketing
- sensibilisation
- éducation et mesures concrètes de mise en confiance
- animation sociale au sens large du terme.

2. Mesures que le groupe-cible devrait accepter:

- approvisionnement en eau potable
- mesures d'assainissement
- mesures combinées d'adduction d'eau potable et d'assainissement
- mesures visant à améliorer l'état de santé du groupe-cible
- mesures visant à améliorer la situation socio-économique du groupe-cible, et plus particulièrement des femmes et des catégories sociales défavorisées.

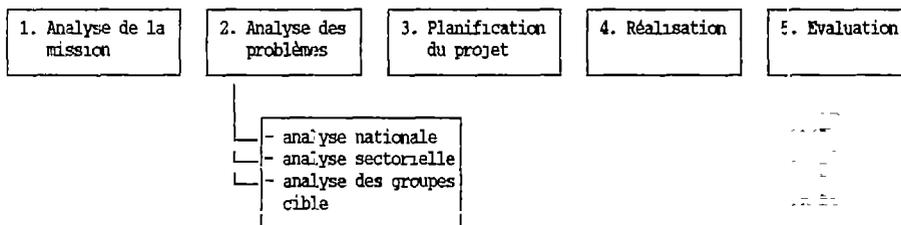
Ces décisions doivent prendre en compte les opinions et attitudes prévalant dans le pays partenaire à l'égard des mesures d'animation sociale. Dans de nombreux pays en développement, l'animation sociale, et notamment sa dimension éducative combinée à des mesures concrètes de mise en confiance, est considérée comme faisant partie des fonctions incombant au gouvernement. Des opinions politiquement irrecevables, exprimées par des experts étrangers travaillant dans l'Animation sociale, ont suscité une attitude sceptique. Les susceptibilités se sont aiguisées à l'égard de ces experts prescripteurs, qui pensent que leur fonction d'animation sociale consiste à instruire un groupe-cible agissant, soit-disant, de façon immature et irresponsable. Cette attitude explique pourquoi différents pays refusent le recours à des experts étrangers dans ce domaine. Une concertation doit donc être engagée avec les décideurs nationaux, politiques et administratifs, sur la finalité et l'étendue des mesures d'animation sociale ainsi que sur l'intervention d'experts étrangers.

La population, elle aussi, affiche souvent une attitude méfiante à l'égard des campagnes d'animation sociale. Cette méfiance peut être suscitée par des pratiques éducatives trop rigoureuses. Dans le cadre de campagnes d'éducation sanitaire, par exemple, des calebasses ont purement et simplement

été détruites, parce qu'on avait constaté qu'elles servaient de gîtes de reproduction aux moustiques. Lorsque la population-cible n'est pas associée au processus de planification des projets, la collaboration active attendue d'elle dans le cadre de la participation communautaire est souvent ressentie comme un "travail forcé". De même, le recours à des médias non adaptés au milieu socio-culturel s'avère problématique: Ceux-ci peuvent, comme en Afrique de l'Ouest par exemple, être rejetés avec l'argument qu'il s'agit là d'un "cinéma des

personnes, participant à la réalisation des actions
social, doit être préparé à faire face à des
difficultés de ce genre.

2. ANALYSE DES PROBLEMES



2.1 INTRODUCTION

L'analyse des problèmes est le pilier sur lequel repose la méthode de planification des projets par objectifs. Elle sert à établir un diagnostic de la situation aux niveaux suivants:

- niveau national
- niveau régional
- région du projet / site du projet
- secteurs et maîtres d'oeuvre éventuels des activités du projet
- population ou groupe-cible.

Dans le cadre de la macro-analyse à effectuer à l'échelon national et régional ainsi qu'au niveau du site du projet, les aspects économiques, démographiques et institutionnels sont examinés et présentés dans leur contexte environnemental. Les résultats de cette analyse écologique permettent d'apprécier les tendances de développement ainsi que les planifications et orientations du pays en fonction des problèmes existants. Ces conditions d'ensemble influent dans une très large mesure sur la configuration et les possibilités des mesures d'animation sociale. Les méthodes de mise en oeuvre sont généralement normalisées pour les études de faisabilité et ne seront donc pas explicitées davantage ci-après.

Lorsqu'il s'agit de concevoir des mesures d'animation sociale, l'analyse des problèmes fait porter l'accent sur l'analyse sectorielle et sur l'analyse des groupes-cible. En raison de l'approche pluridisciplinaire retenue, différents secteurs doivent participer à la mise en oeuvre des mesures d'animation sociale. Les résultats de l'analyse des groupes-cible déterminent les objectifs, le contenu et les méthodes des mesures d'animation sociale. Ces deux types d'analyse seront donc présentés de façon détaillée dans ce qui suit.

2.2 METHODES DE MISE EN OEUVRE

L'analyse des problèmes sera entreprise en collaboration avec des experts nationaux. En ce qui concerne l'analyse des groupes-cible, les connaissances culturelles des collaborateurs nationaux sont essentielles. Etant donné, par ailleurs, que les femmes représentent le groupe-cible le plus fortement concerné par le thème de l'eau, de l'hygiène et de l'éduca-

tion, l'équipe d'experts devra être principalement composée de femmes. Le fait de pouvoir recruter des femmes au sein même du groupe-cible, contribue de façon essentielle à la réussite des enquêtes et analyses, dans la mesure où ces dernières possèdent les connaissances voulues sur les situations et personnes concernées.

Ces experts féminins pourront être initiés en un temps relativement court aux tâches spécifiques de l'analyse, dans la mesure où elles possèdent déjà les connaissances spécialisées requises. Dans les pays anglophones, les analyses des groupes-cible seront conduites sous l'intitulé: Community diagnostics ou KAP survey (Knowledge-attitude-practice), et dans les pays francophones sous le titre études de milieu. Les personnels des services publics opérant dans le secteur socio-médical seront préparés à ces travaux durant leur formation de base. Les études de milieu sont des méthodes de travail également employées par d'autres services oeuvrant dans le secteur de la planification au développement (Universités, Ministère du Plan). Ainsi, il pourra être fait appel aux collaborateurs de ces services pour l'analyse des problèmes. Le principe d'égalité préconisé au niveau du statut et de la position hiérarchique des partenaires nationaux devrait également trouver son reflet dans une rémunération adéquate, correspondant aux normes habituelles dans le pays.

L'analyse des problèmes sera effectuée en cinq étapes. Les différentes opérations à entreprendre pour l'exécution de ces cinq étapes ressortent du tableau ci-après. (Etant donné qu'il s'agit d'analyser des informations déjà disponibles, les temps de travail impartis peuvent être raccourcis en conséquence).

Tableau: Etapes de travail

1ère étape	2ème étape	3ème étape	4ème étape	5ème étape
Travaux préliminaires	Travaux au niveau national	Réalisation des enquêtes	Exploitation des résultats	Planification
<ul style="list-style-type: none"> . préparation de l'étude . intégration de l'étude à l'échelon national 	<ul style="list-style-type: none"> . analyse de la situation et des stratégies nationales . analyse du secteur de l'eau . analyse des secteurs <ul style="list-style-type: none"> — santé — eaux résiduaires — éducation — information — développement communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> . introduction à l'échelon local . enquête par <ul style="list-style-type: none"> — questionnaires — interview — observation personnelle . enquête médicale . analyse des méthodes de communication . analyse bactériologique de l'eau 	<ul style="list-style-type: none"> . exploitation manuelle . exploitation sur ordinateur 	<ul style="list-style-type: none"> . interprétation des résultats et planification des projets préliminaires . rédaction du rapport
Durée / mois	Durée / mois	Durée / mois	Durée / mois	Durée / mois
Europe / pays d'accueil du projet	Capitale du pays d'accueil du projet	Site du projet	Europe / pays d'accueil du proj.	Pays d'accueil du projet / Europe
Durée totale: mois; durée de travail dans le pays d'intervention: ... mois				

La sélection des experts appelés à participer à l'analyse des problèmes peut être opérée à l'aide de la liste présentée ci-après. Celle-ci donne un aperçu des différentes disciplines concernées. Selon son expérience et son profil de qualification, un expert pourra être chargé d'assumer des tâches dans plusieurs disciplines à la fois.

Tableau Experts et disciplines

	Experts Mois Europe/Pays d'accueil du projet	Experts (nationaux) Mois Pays d'accueil du projet
1ère étape préparation et intégration de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> . sociologie . statistique . économie . médecine . éducation sanitaire . hygiène . coordination 	<ul style="list-style-type: none"> . sociologie . statistique . économie . épidémiologie . éducation sanitaire . hygiène . coordination
2ème étape analyse sectorielle et préparation des enquêtes	<ul style="list-style-type: none"> . économie . médecine . éducation sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> . économie . médecine . hygiène . coordination
3ème étape enquêtes sur place	<ul style="list-style-type: none"> . sociologie . économie . médecine . éducation sanitaire . hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> . sociologie . médecine . éducation sanitaire . hygiène . documentation photo
4ème étape interprétation manuelle et sur ordinateur	<ul style="list-style-type: none"> . sociologie . statistique . économie . médecine . éducation sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> . sociologie . statistique . médecine . éducation sanitaire
5ème étape interprétation et planification des projets préliminaires	<ul style="list-style-type: none"> . statistique . économie . médecine . éducation sanitaire . hygiène . coordination 	<ul style="list-style-type: none"> . médecine . éducation sanitaire . hygiène . coordination

2.3 ANALYSE SECTORIELLE

Les secteurs concernés par les activités d'animation sociale peuvent être déterminés par confrontation des fonctions à assumer dans le cadre de l'animation sociale avec les descriptions de tâches intrasectorielles. Les fonctions à assumer dans le cadre de l'animation sociale peuvent être subdivisées en 8 grandes catégories:

1. Planification et coordination
2. Mise au point de programmes pédagogiques
3. Production de moyens audiovisuels
4. Information, marketing et sensibilisation
5. Education et couverture en matière d'hygiène
6. Education et couverture sanitaire
7. Développement communautaire socioéconomique
8. Mesures de soutien spécialement destinées aux femmes.

Ces diverses fonctions font, pour le moins, appel aux secteurs suivants:

- planification nationale du développement
- éducation
- information / mass médias
- hygiène / éducation en matière d'hygiène
- santé / éducation sanitaire
- développement régional / promotion de la condition féminine.

Chaque secteur est représenté par au moins un ministère et les services techniques correspondants. Une comparaison doit être établie entre les fonctions de ces services techniques et les tâches spécifiques au projet, de manière à pouvoir déterminer lequel de ces services peut être sollicité de participer à l'ensemble ou à une partie des activités du projet. L'efficacité potentielle de ces services est appréciée en fonction des critères suivants:

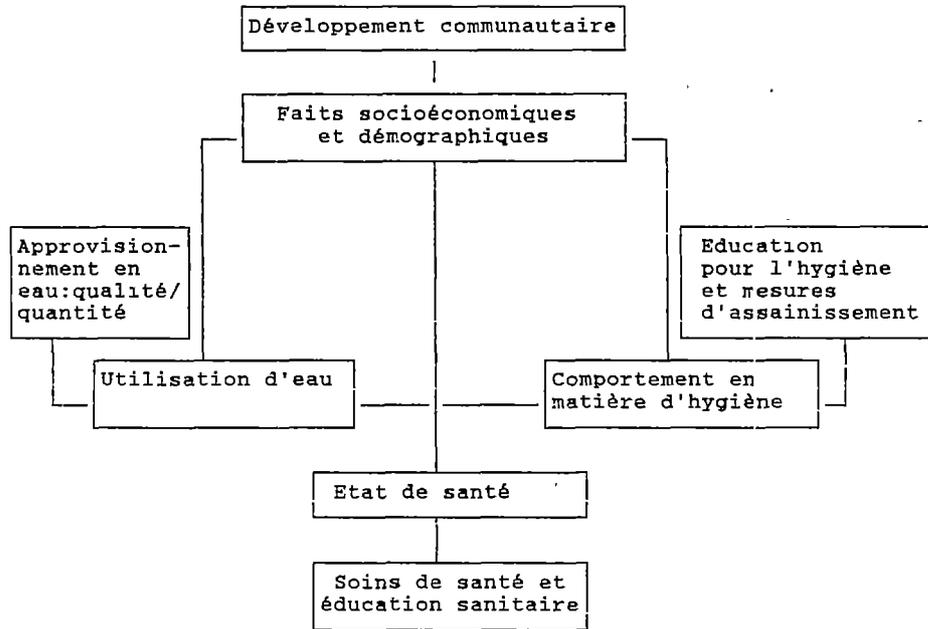
- secteur d'activité et production
- structure d'organisation
- structure de gestion (hiérarchie, planification, contrôle, collaboration, communication)
- budget et gestion budgétaire
- personnel (structure de qualification, effectifs, fluctuations, possibilités de formation continue, salaires)
- planification opérationnelle et déroulement des activités
- équipement matériel (postes de travail, logistique)
- statut juridique et compétences
- constitution de l'entreprise et législation du travail.

Cette analyse fournit des éléments permettant de juger des compétences et ressources des services techniques. Elle sert de base à l'intégration de l'action d'animation sociale dans les structures nationales et devrait être effectuée de façon exhaustive en dépit de l'investissement considérable en temps.

2.4 ANALYSE DES GROUPES-CIBLE

L'analyse des groupes-cible est l'élément le plus important de l'analyse des problèmes. Elle sert à identifier et à

quantifier les facteurs exerçant une influence sur la conception de la partie technique du projet d'adduction d'eau. Les liens et interactions entre la situation socio-économique et démographique, l'utilisation d'eau, le comportement en matière d'hygiène et l'état de santé forment le support des activités d'animation et de communication sociale. Ce système de relations est illustré par le schéma ci-après.



En plus des études visant à analyser la situation actuelle de l'approvisionnement en eau potable, des enquêtes doivent être entreprises afin de cerner les dimensions économiques, sociales, médicales et culturelles du problème. Il importe, en l'occurrence, de vérifier les hypothèses suivantes, ce qui permettra de porter un jugement sur la capacité et la volonté de la population et des services techniques compétents à participer aux activités du projet:

- La capacité et la volonté de payer pour de l'eau potable de meilleure qualité (contribution en espèces ou sous forme de travail) dépendent de la situation économique de la population, de l'importance que celle-ci attache à la santé ainsi que de l'existence de points d'eau alternatifs.
- La capacité et la volonté de la population et des services publics à participer aux campagnes d'hygiène sont déterminées par la structure des attitudes dans ce domaine.
- La capacité et la volonté de la population et des services publics à améliorer la situation sanitaire sont déterminées par la façon dont ils appréhendent le domaine de la santé

ainsi que par les moyens médicaux, humains et financiers dont ils disposent pour mettre ces notions en pratique.

- Le degré de participation concrète aux programmes de développement communautaire dépend des formes traditionnelles existantes de coopération locale et de la façon dont les projets prévus permettent de satisfaire les besoins de la population en eau potable et en installations d'assainissement.

Les enquêtes primaires sur ces quatre dimensions d'analyse seront traitées en détail dans les chapitres suivants. Le tableau suivant en donne un aperçu.

Tableau Enquêtes primaires

Dimension	Buts d'étude	Remarques
Dimension économique	Détermination du pouvoir d'achat de la population, de ses possibilités et. capacités de poursuivre de façon autonome les activités du projet	Les enquêtes devraient englober un fort pourcentage de femmes étant donné que dans la plupart des pays, les femmes gèrent en propre un budget destiné à couvrir les dépenses courantes encourues pour elles-mêmes et leurs enfants.
Dimension sociale	Description de la situation démographique, des principales formes d'éducation et de communication ainsi que de l'idéologie (dominante)	L'expert devrait avoir une connaissance approfondie de la situation socioculturelle du groupe-cible et disposer de suffisamment de temps pour son enquête sur le terrain.
Dimension médicale	Détermination de l'état de santé actuel au travers d'enquêtes par échantillonnage	Les personnes étudiées devraient résider de façon permanente dans la zone d'action du projet, afin de pouvoir être réexaminées en cours d'exécution du projet, ceci dans le but de vérifier l'efficacité des mesures. Des ressources correspondantes doivent être mises à disposition.
Dimension culturelle	Détermination des pratiques habituelles des populations en relation avec l'eau, l'hygiène et la santé	Des enquêtes spécifiques doivent être menées au sein de chaque groupe-cible car il n'existe pas de valeurs et comportements généralisables vis-à-vis de l'eau, de l'hygiène et de la santé.

2.4.1 DIMENSION ECONOMIQUE

* Objectifs et recommandations

Une analyse plus précise de la situation socioéconomique du groupe-cible ainsi que des potentiels d'autoassistance qu'il renferme est importante, car elle permet de déterminer

- dans quelle mesure le groupe-cible est en mesure d'assumer les coûts découlant éventuellement de la mise en oeuvre du projet d'adduction d'eau et d'assainissement;
- si le groupe-cible dispose des moyens et capacités nécessaires pour poursuivre le projet de façon autonome.

Ce constat doit être fait, dans la mesure où les projets d'adduction d'eau potable et d'assainissement représentent généralement un facteur de coût pour la population, ce dont cette dernière n'est pas toujours consciente a priori. Il peut, néanmoins, se faire que le besoin de disposer d'un système d'approvisionnement en eau fiable prime sur les capacités de la population à rémunérer ce service de façon adéquate.

En analysant ces problèmes, on commet souvent l'erreur de n'interroger que les chefs de famille de sexe masculin. Du fait de la division des tâches entre l'homme et la femme, elle-même caractérisée par des spécificités régionales, les femmes disposent, dans la plupart des pays, d'un budget domestique sur lequel elles doivent prélever les dépenses courantes pour elles-mêmes et leurs enfants. Si on interroge les femmes, on se rend compte que leurs possibilités financières sont souvent insuffisantes et ne leur permettent pas de couvrir les dépenses d'eau courantes, en particulier en milieu rural.

Nous aimerions, à cet endroit, insister encore une fois sur la nécessité d'englober un fort pourcentage de femmes dans l'enquête.

* Appréciation de la situation socioéconomique

Pour cerner la situation socioéconomique, on s'emploiera pour l'essentiel à saisir les données suivantes (indicateurs), en s'aidant de questionnaires et fiches d'observations formulées en conséquence:

- revenus du ménage (homme/femme)
- dépenses du ménage (homme/femme)
- dépenses du ménage se rapportant à l'eau et aux dispositifs d'assainissement (par ménage)
- ressources monétaires disponibles par mois et par année (homme/femme)
- occupation professionnelle (homme/femme)
- sources de revenus (homme/femme).

Ces divers indicateurs doivent être spécifiés davantage en fonction de la situation et des besoins de l'enquête. La question relative aux revenus du ménage, par exemple, doit être complétée par une question permettant d'éclaircir les différentes provenances des revenus (qui contribue à la for-

ation du revenu en raison de quels liens de parenté ?). Il est recommandé de formuler de telles questions sous une forme indirecte car la situation financière des ménages peut être considérée comme un domaine très sensible dans tous les pays. L'équipement des ménages en installations et ustensiles domestiques, de même que le mode de construction de l'habitation et la taille de la propriété sont révélateurs de la situation économique de la famille; ces indices doivent être pris en compte pour vérifier la plausibilité des indications fournies par les personnes interrogées.

* Auto-assistance

On retrouve, dans de nombreuses cultures et sociétés des pays en développement, des structures primitives d'organisation coopérative ou participative de l'économie. De plus, les populations concernées ont développé leurs propres formes d'entraide et d'assistance mutuelle, ce qui leur permet de faire face aux exigences économiques de l'époque présente. Il apparaît donc raisonnable d'enquêter dans chaque cas spécifique sur la nature et sur l'étendue de ces formes d'entraide collective.

Dans le cadre d'un projet d'adduction d'eau et d'assainissement, les questions les plus importantes peuvent être formulées comme suit:

- Comment les familles s'entraident-elles pour se procurer de l'eau et des produits alimentaires ?
- Quelles sont les formes d'entraide sociale et économique développées par les divers groupes de population ?

2.4.2 DIMENSION SOCIALE

Dans le cadre de l'analyse du groupe-cible, on entend par là toutes les enquêtes visant à cerner les aspects socio-démographiques et socio-psychologiques de la culture ou du groupe-cible concerné.

Ces enquêtes ont pour finalité de:

- décrire le groupe-cible au regard de ses caractéristiques démographiques et sociostructurelles, afin de pouvoir en établir le profil.
- décrire les formes dominantes d'éducation ainsi que les relations inter-individuelles entre les générations jeunes et plus âgées du groupe-cible
- décrire les modes de communication à l'intérieur du groupe-cible, afin de pouvoir déterminer les méthodes et techniques les plus appropriées pour atteindre la population-cible dans le cadre des mesures d'animation sociale
- décrire "l'idéologie" dominante ou la philosophie qui conditionne le mode de vie du groupe-cible, afin de se forger ainsi des bases pour la conception des mesures d'éducation pour l'hygiène et la santé.

* Difficultés liées à la détermination de la structure démographique

Dans les pays en développement, les données démographiques ne sont généralement pas fiables, dans la mesure où elles proviennent de recensements effectués de longue date ou de relevés de l'administration, établis à périodicité annuelle pour des raisons fiscales.

Il peut donc s'avérer nécessaire de compléter le matériel statistique existant pour les besoins du projet envisagé. Des enquêtes supplémentaires de ce genre ne peuvent toutefois être réalisées que sur la base de sondages par échantillonnage, les résultats pouvant ensuite être extrapolés à l'ensemble de la population-cible. Les aspects suivants sont à prendre en considération:

- Structure d'âge du groupe-cible
- Proportion relative des sexes selon les tranches d'âge
- Composition ethnique du groupe-cible
- Evolution démographique, c'est-à-dire taux de natalité et de mortalité.

En introduisant dans les interviews des questions relatives à la taille des familles et des ménages, on peut déterminer de façon indirecte la taille du groupe-cible. Lors de l'évaluation des tendances démographiques, il y a lieu de tenir compte des migrations saisonnières comme celles des nomades par exemple.

L'étape suivante dans la détermination des structures familiales s'emploie à cerner le statut social des différents groupes d'âges et sexes au sein de la famille, par exemple: quelles personnes décident du déroulement de la vie familiale, qui décide des achats et investissements, des recettes et dépenses du ménage ? Qui est responsable de l'approvisionnement de la famille ? Qui s'occupe du ménage et de la culture de produits agricoles de caractère privé ? Qui assume la responsabilité de l'éducation des enfants et qui les éduque réellement ?

Les questions devant permettre de saisir les mouvements de migration de divers membres de la famille se différencient des précédentes, et doivent être formulées comme suit: Qui exerce quelle activité professionnelle en dehors du village ? De quelle façon le revenu de ces personnes est-il intégré au budget familial ? Qui vaque à une autre occupation professionnelle extra-familiale et à quelle époque de l'année ? Quel est le statut social de ces personnes au sein de la famille ? De quelle façon - mis à part le fait de céder leurs revenus à la famille - ces personnes contribuent-elles à la vie familiale ? Comment ces personnes voient-elles leur propre migration et quelle est l'attitude du reste de la famille à leur égard ?

* Convictions fondamentales du groupe-cible

Nous parlerons dans ce qui suit des convictions fondamentales que partagent les membres d'un milieu culturel donné et qui, en conséquence, ont un impact sur le développement de la personnalité et l'éducation des enfants.

Cet aspect peut, de prime abord, paraître trop épineux pour pouvoir être traité dans le cadre d'une étude de faisabilité. Un expert possédant une solide expérience de ce type d'enquête parviendra toutefois à recueillir les informations voulues en ayant une discussion franche avec les intéressés à la suite d'une interview ou lors de rencontres informelles en fin de journée. A cet effet, il est toutefois indispensable que les experts séjournent sur place durant plusieurs semaines.

Ce que l'on entend par ces convictions fondamentales peut être explicité à l'appui de quelques exemples: la santé est le plus souvent appréhendée de façon globale, alors que l'influence d'autres personnes, ancêtres ou esprits, peut revêtir en l'occurrence une importance plus grande que le comportement propre des individus. Une telle attitude ne reste pas sans effet sur les mesures d'éducation pour l'hygiène et la santé et doit, de ce fait, être prise en compte lors de l'élaboration des programmes pédagogiques correspondants. Nous reviendrons sur ce point au chapitre 4.4.

- L'eau, comme la terre par exemple, est considérée comme un bien collectif et ne peut donc pas être vendue.
- L'obligation de payer la dot empêche qu'un homme épouse une jeune fille de son village. Seuls les hommes plus âgés ont les moyens de prendre une ou plusieurs épouses. L'émigration des jeunes vers la ville peut donc également s'expliquer par des motifs de ce genre.
- Une attitude fataliste peut contrecarrer la motivation de changement si l'animateur ne parvient pas, par exemple, à invalider les arguments du croyant à l'aide d'une citation du Coran. En Afrique occidentale, les animateurs racontent l'histoire de ce chamelier qui invoqua Mohammed pour lui demander s'il devait attacher son chameau ou non, étant donné que toute chose est décidée par le destin. Mohammed répondit au chamelier en lui disant d'attacher son chameau et d'avoir confiance en Dieu.

* Groupes sociaux et individu

La responsabilité sociale, limitée au clan familial ou tribal, offre une sécurité à tous ses membres mais peut, par contre, empêcher les actes de solidarité à l'égard d'étrangers dès lors que la période d'hospitalité est dépassée.

La question suivante à laquelle l'enquête doit apporter des éléments de réponse porte sur l'importance et le rôle attribués à l'individu par le groupe social. Estime-t-on que l'importance de l'individu est faible, celle du groupe prépondérante ? L'individu a-t-il ses propres possibilités de développement et ses propres marges de manoeuvre, l'individu peut-il influencer de façon considérable la vie de la communauté ? Quelles sont les différences opérées et observées à cet égard suivant les sexes ?

L'enquête devra s'attacher enfin à définir la distribution typique des rôles au sein du groupe-cible, ceci en fonction de l'âge et des sexes; il est important, dans ce contexte, d'indiquer si les informations fournies sont validées par

l'observation. On s'emploiera, en particulier, à cerner les rôles différents des hommes et des femmes en fonction de leur âge et de leur statut social (célibataire, marié(e), veuf(ve)). Il convient en outre d'étudier comment les différents groupes se comportent entre eux et quelle influence ils exercent les uns sur les autres ainsi que sur la vie de la communauté.

Le statut social des femmes est un paramètre important au regard de l'acceptation des projets d'adduction d'eau et d'assainissement. Il peut être différent dans chaque société et varier selon les groupes ethniques. Dans les petites villes ayant perdu leur caractère homogène et peuplées de différents groupes ethniques, par exemple, cet aspect doit nécessairement être pris en compte. Dans les pays islamiques, où les femmes vivent en retrait, il peut s'avérer difficile de recueillir des renseignements sur le statut de la femme au sein de la famille. Le seul moyen d'obtenir des informations consiste souvent à mener des entretiens dans les dispensaires fréquentés par les mères et leurs enfants.

On peut même se demander si les enfants ont seulement la possibilité de transmettre les notions d'hygiène apprises à l'école aux membres restants de la famille. Dans de nombreuses sociétés, le respect envers les personnes plus âgées et/ou détenteurs de l'autorité hiérarchique est tel que la transmission de connaissances par des adolescents ou des personnes appartenant à l'autre sexe n'est pas possible.

Dans certaines civilisations, l'homme et la femme se partagent l'éducation des enfants. Au Niger par exemple, l'homme assure l'éducation de ses fils dès que ceux-ci atteignent l'âge de 7 ans; les enfants plus âgés se voient très tôt confier la responsabilité de leurs frères et soeurs plus jeunes. C'est pourquoi l'OMS considère que les adolescents représentent un groupe-cible essentiel des programmes d'éducation pour l'hygiène.

* Formes de communication du groupe-cible

L'étude des modes de communication et de la situation dans laquelle ceux-ci sont employés a pour objet de renseigner sur les moyens et médias auxquels on peut avoir recours dans le cadre de l'animation sociale.

Il est donc important d'observer de quelle façon s'établissent les situations de communication au sein du groupe-cible et de savoir qui engage la communication avec d'autres membres du groupe et par quels moyens, comment est structuré le déroulement de la communication entre les différents groupes de population, quelles méthodes verbales et non verbales sont utilisées de préférence pour se divulguer soi-même et pour présenter un état de fait objectif (par exemple, narration d'histoires et/ou de contes, déguisement, scène théâtrale) et laquelle de ces formes de communication présente un attrait particulier pour les spectateurs et/ou auditeurs.

* Mise à l'essai des médias

Il est possible, dans le même temps, de tester les moyens d'information et matériels éducatifs disponibles dans le pays. Il s'est avéré, par exemple, que des messages qui

^Ataient parfaitement interprétés dans une région du pays n'étaient pas compris dans d'autres régions. Les habitants d'une région où la salade n'est pas connue interpréteront des feuilles de salade comme étant des bananes vertes, et l'animateur récoltera d'immenses éclats de rire s'il prodigue le conseil de bien laver ce produit alimentaire.

Nous recommandons au planificateur d'enquêter sur les formes de communication et de tester les moyens audio-visuels disponibles dans le pays ainsi que les contenus des programmes d'éducation pour l'hygiène de façon aussi intensive que possible. Les expériences ainsi recueillies forment la base des contenus, méthodes et moyens de communication à utiliser dans le cadre de l'animation sociale. Les résultats obtenus permettront en même temps de convaincre le donateur qu'il n'est pas toujours possible de transposer des programmes d'information d'une région à l'autre et que des productions nouvelles peuvent s'avérer nécessaires.

2.4.3 DIMENSION MEDICALE

La situation sanitaire du groupe-cible est déterminée par les facteurs suivants:

- incidence et fréquence de maladies dues à l'eau et aux conditions d'hygiène ainsi que de leurs agents pathogènes
- configuration de l'environnement naturel et de l'environnement transformé par l'action de l'homme
- pratiques d'hygiène et comportement nutritionnel de la population.

Elle est influencée par la situation financière du groupe-cible, par sa capacité d'apprendre à modifier son comportement ainsi que par la couverture sanitaire proposée par les services de la santé publics.

* Réalisation d'enquêtes médicales

Pour appréhender ces facteurs, il importe donc, dans le cadre de l'analyse du groupe-cible, d'effectuer des enquêtes médicales sur des échantillons de population. Les objectifs poursuivis peuvent être décrits comme suit: d'atteindre les buts suivants:

- Les enquêtes médicales permettent de sensibiliser la population en faveur du projet prévu et de ses activités; la population est en même temps informée pour la première fois sur les liens existants entre l'eau, l'hygiène et la santé.
- Les résultats des enquêtes médicales serviront d'indicateurs de référence à l'évaluation effectuée au terme du projet; ils font le constat de l'état de santé de la population avant le démarrage des activités prévues.
- Ces enquêtes médicales permettent d'estimer les mesures à prendre concernant l'hygiène et les campagnes d'éducation sanitaire dans le cadre du projet prévu.

Les enquêtes devront s'employer en priorité à déterminer les taux de morbidité et de mortalité dus aux maladies transmises par l'eau et aux conditions d'hygiène dans les différentes

tranches d'âge de la population. Différentes organisations recommandent, en outre, de contrôler l'état nutritionnel des enfants afin de disposer ainsi d'un indicateur indirect permettant de mesurer l'état sanitaire.

L'échantillon de population examiné devrait se composer de personnes résidant depuis longtemps dans la région du projet (par exemple, écoliers), afin de pouvoir être soumises à un examen de contrôle.

Pour la réalisation des enquêtes médicales, il est nécessaire de faire appel à du personnel national disposant des qualifications requises et parlant la langue du groupe-cible, de façon à pouvoir replacer les maladies diagnostiquées dans leur contexte culturel spécifique. La façon dont les individus conçoivent la maladie et la santé dépend fortement du milieu social et culturel dans lequel ils vivent (voir chapitre 4.4.1).

2.4.4 DIMENSION CULTURELLE

Dans le contexte des projets d'adduction et d'assainissement, nous entendons par dimension culturelle la nature des relations que les individus entretiennent quotidiennement avec l'eau, l'hygiène et la santé.

Comme on peut se l'imaginer facilement, chaque individu se forge des attitudes et valeurs personnelles sur ce sujet. Ces attitudes individuelles sont intégrées dans des structures d'attitudes et de valeurs, qui sont acceptées par le milieu culturel et transmises de génération en génération au travers de l'éducation. Pourtant, bien que ces dernières soient soumises continuellement à certains processus de changements, elles n'en restent pas moins typiques pour chaque groupe ethnique.

Il n'existe pas de valeurs et comportements généralisables concernant les rapports avec l'eau, l'hygiène et la santé. C'est pourquoi, il est nécessaire d'étudier, dans chaque cas, quelles sont les structures d'attitudes socioculturelles adoptées par le groupe-cible à l'égard de l'eau, de l'hygiène et de la santé.

Trois thèmes différents devront être abordés dans le cadre de l'enquête. Ces thèmes sont étroitement liés et devraient donc toujours être étudiés en même temps.

* La signification culturelle de l'eau

La signification culturelle de l'eau dépend d'une série de facteurs, qui devront être éclaircis ou observés individuellement:

- La source d'eau et sa localisation revêtent des significations différentes pour chaque groupe ethnique. Il peut arriver que, pour des motifs religieux, les sources d'eau ne soient pas utilisées à certaines périodes et/ou par certaines personnes; les points d'eau ne peuvent être aménagés qu'à des emplacements donnés, qui sont situés à une distance déterminée des habitations et ont été préalablement bénis par les marabouts; ils sont considérés comme

des lieux de communication sociale; l'eau n'est pas considérée comme un bien, qui peut être acheté et vendu, ou encore destiné à d'autres transactions, que l'enquête s'emploiera à définir en fonction du groupe-cible.

- L'eau provenant de différentes sources d'approvisionnement est réservée à des usages bien précis. Ainsi, par exemple, l'eau disponible à la concession est avant tout utilisée comme eau de boisson et pour la cuisson. Par contre, le lavage du linge et les ablutions corporelles ont lieu à la source ou au fleuve. L'explication, selon laquelle ce comportement dépendrait uniquement de la quantité d'eau disponible à la concession, ne se confirme pas toujours. Dans de nombreux cas, le refus de faire bouillir l'eau ne s'explique pas par une compréhension insuffisante des problèmes de santé, mais est une réaction aux modifications organoleptiques subies par l'eau bouillie. Ou bien les ménages n'ont tout simplement pas suffisamment d'argent pour acheter du bois de feu.

Ces attitudes et d'autres peut-être, à l'égard de l'eau et de ses usages, forment des conditions d'ensemble importantes, dont il faut tenir compte lors de la mise en oeuvre de campagnes d'éducation pour l'hygiène.

* Attitude du groupe-cible sur les questions d'hygiène

Les enquêtes, portant sur les conditions d'hygiène dans la zone du projet et sur les attitudes et comportements de la population dans ce domaine, renseignent sur les mesures d'assainissement à prévoir ainsi que sur les thèmes à traiter en priorité dans le cadre de l'animation sociale.

La notion d'hygiène et par conséquent les pratiques d'hygiène de la population varient selon les régions et les appartenances socioculturelles.

Pour certains peuples asiatiques par exemple, la pratique européenne, consistant à s'adonner à ses ablutions dans une baignoire, n'est pas hygiénique; pour se laver, ces Asiatiques n'entrent pas dans la baignoire mais utilisent celle-ci comme un récipient d'eau, dont ils puisent l'eau nécessaire à leurs ablutions. De même, l'utilisation d'une toilette à siège est considérée comme non hygiénique par de nombreux étrangers en visite en Europe. Pour agir en conformité avec leur propre conception de l'hygiène, ceux-ci réalisent des poussoirs d'équilibre pour s'installer les deux pieds sur le siège. Le fait de simplement se laver les mains après la défécation est parfaitement inconcevable pour les femmes musulmanes. Lorsqu'elles se trouvent dans les cabinets de toilette européens, elles cherchent en vain un récipient leur permettant de procéder à leurs ablutions intimes.

La conception de l'hygiène, en Europe, a été fortement influencée par la découverte des voies de transmission de certaines maladies infectieuses. Les agents pathogènes sont libérés du corps malade par les fèces. Les agents infectieux peuvent alors pénétrer dans l'organisme sain; l'infection peut être transmise de la main à la bouche de même que par le sol, les aliments et enfin les vecteurs (mouches, moustiques,

rongeurs); le cycle de transmission se referme de cette manière (voir chapitre 4.4.1).

Toutes les méthodes, à l'aide desquelles ces voies de transmission peuvent être interrompues, sont implicitement comprises dans la conception européenne de l'hygiène. Il importe donc que les enquêteurs et futurs maîtres d'oeuvre du projet déterminent dans quelle mesure ces notions d'hygiène sont connues du groupe-cible et quelles sont les pratiques qui contribuent à entraver le cycle de transmission ou au contraire favorisent une dissémination des agents infectants.

Le comportement en matière d'hygiène sera analysé dans quatre domaines différents:

Hygiène individuelle

Dans le domaine de l'hygiène individuelle, la transmission des maladies s'opère par voie fécale-orale. Toutes les règles de conduite, telles que lavage des mains après la défécation, nettoyage des ongles, lavage des mains avant le repas, contribuent à entraver une transmission de la maladie.

Le risque de contamination par voie orale est particulièrement élevé chez les enfants en bas âge. C'est dans un petit nombre de pays seulement qu'on a réussi à introduire des toilettes doubles, utilisées séparément par les adultes et par les enfants. Dans les communautés rurales, dont les membres sont jour pour jour occupés sur les champs, on peut toutefois se demander qui utilise les toilettes et quand.

Ces différents aspects devront être explorés dans le cadre d'observations et d'interviews (cf. le chapitre suivant 2.4.5); des discussions libres devront être menées dans le but de trouver une explication aux règles et pratiques d'hygiène observées. Il importe, en l'occurrence, d'apporter des éléments de réponse aux questions suivantes:

- Quelles sont les pratiques quotidiennes d'hygiène individuelle et corporelle ?
- A quelle occasion se lave-t-on les mains ?
- Quand et à quelle fréquence procède-t-on à des ablutions corporelles et se baigne-t-on ?
- Quand et à quelle fréquence prend-on soin des ongles des mains et des pieds ?
- Quelle importance attache-t-on à l'hygiène individuelle ?
- L'hygiène individuelle est-elle associée à des pratiques religieuses (par exemple, ablutions quotidiennes et/ou rituelles, ablutions avant ou après certaines activités, etc.) ?
- Quelles différences observe-t-on selon les sexes au niveau de l'hygiène individuelle; quelles sont les raisons avancées pour expliquer ces différences ?

Hygiène domestique

Au niveau de l'hygiène domestique, les maladies infectieuses peuvent se transmettre de diverses manières; par exemple, lorsque les convives mangent tous dans le même plat, utilisent des récipients et des couverts non nettoyés, ingérant des aliments infectés; la poussière peut également servir de

route de dissémination aux agents infectants. Les mouches et les moustiques de même que les rongeurs parvenant à se nicher dans l'habitation ou à se poser sur la nourriture jouent un rôle important dans ce cycle de transmission.

Les questions et observations suivantes devront donc être respectivement posées et effectuées:

Dans quel état d'hygiène se trouvent la cuisine et les autres pièces d'habitation ? A quelle fréquence et avec quels produits les pièces sont-elles nettoyées ? Qui exécute ces travaux ? Les ustensiles de cuisine sont-ils nettoyés après chaque usage et avec quels produits ? Comment les alentours de l'habitation sont-ils maintenus propres ? Comment conserve-t-on et utilise-t-on les aliments ? L'habitation est-elle protégée contre les mouches et les rongeurs ? Les habitants utilisent-ils des moustiquaires ou des insecticides ? Où les animaux domestiques sont-ils logés ?

Hygiène environnementale

Les agents pathogènes se trouvent dans les matières fécales et dans les déchets. Pour pouvoir se reproduire, les vecteurs ont généralement besoin d'eau stagnante. Pour pouvoir dépister d'éventuels foyers de contagion, les points suivants devront être éclaircis:

Que fait-on de l'eau usée ? Des flaques d'eau stagnante se forment-elles dans la concession ? Comment les déchets sont-ils éliminés et où ? Où se trouve le point d'eau et comment est-il maintenu en état de propreté ? Où se trouvent les lieux de défécation et comment sont-ils entretenus et maintenus en état de propreté ? Les chemins et pistes à l'intérieur de la localité sont-ils nettoyés et débarrassés de la saleté et des excréments des animaux ? Qui exécute ces travaux ?

Hygiène alimentaire

Une attention particulière devra être attachée à la façon dont la population s'approvisionne en produits alimentaires. L'expérience a montré que les conditions d'hygiène peuvent être améliorées plus facilement au niveau des ménages que dans le secteur public. Les enquêtes suivantes devront être menées auprès des commerçants, des restaurants et sur les marchés:

Les produits alimentaires sont-ils nettoyés avant d'être vendus et consommés ? Comment et à l'aide de quels produits procède-t-on à ce nettoyage ? Comment les produits alimentaires sont-ils conservés ? Comment les produits alimentaires sont-ils stockés ? Les aliments sont-ils suffisamment protégés contre les mouches ?

* Liens entre l'eau, l'hygiène et la santé

L'enquête devra en outre s'attacher à déterminer dans quelle mesure le groupe-cible comprend les rapports de causalité existant entre l'eau, l'hygiène et la santé. Comment la population perçoit-elle ce rapport ? Cette perception est-elle conditionnée par certaines croyances religieuses (par

exemple, la santé et la maladie sont considérées comme des coups du destin que l'on ne peut absolument pas influencer) ? Le groupe-cible sait-il que certaines maladies sont causées par le manque d'hygiène ? Est-il intéressé de connaître les liens existant entre l'eau, l'hygiène et la santé ? Est-il motivé à améliorer sa situation actuelle pour autant qu'un soutien lui soit apporté ? Quel potentiel d'auto-assistance le groupe-cible possède-t-il et comment l'exploite-t-il ?

2.4.5 METHODES D'ENQUETE

Pour réaliser l'analyse du groupe-cible, il est généralement nécessaire de mettre au point des techniques d'enquête spéciales permettant de recueillir les informations recherchées.

Bien entendu, on ne pourra pas entreprendre dans chaque cas particulier d'importants travaux de recherche et d'expérimentation méthodologiques; ceci dépasserait de loin le cadre temporel et financier, dont on dispose pour la réalisation de l'analyse du groupe-cible.

C'est pourquoi, la littérature scientifique propose d'avoir recours aux méthodes d'enquête, dites qualitatives pour la maîtrise de telles tâches. Il s'agit, en l'occurrence, de guides d'interviews, de comptes-rendus d'observations, de comptes-rendus d'entretiens et des techniques de discussion de groupe.

Ces méthodes présentent l'avantage de pouvoir être adaptées de façon souple aux situations d'enquête données, sans occasionner pour autant des travaux supplémentaires de dépeuplement et d'interprétation. Ceux-ci seraient nécessaires si l'analyse du groupe-cible était menée à l'aide des instruments d'enquête "standard" et selon les critères de la représentativité statistique.

* Mise au point de guides d'interviews

Il s'agit donc, à présent, de se demander comment mettre au point les outils méthodologiques nécessaires à la conduite de ces enquêtes qualitatives ? Chacun sait que les questions ayant trait à la façon personnelle de se comporter avec l'eau, les installations d'assainissement, l'hygiène et la santé, empiètent très fortement sur la sphère la plus intime des individus. Les enquêteurs, souhaitant obtenir des informations sur ce sujet devront donc procéder avec beaucoup de doigté; en d'autres termes, les questions ne doivent jamais être formulées de façon directe, comme par exemple: "Vous lavez-vous quotidiennement avec de l'eau ?" Les renseignements souhaités peuvent, en effet, être obtenus de la même façon en formulant la question sous une forme indirecte, par exemple: "à quelles occasions utilisez-vous de l'eau chaque jour dans votre ménage ?" Pour pouvoir préciser davantage les réponses recueillies sur cette question, on peut alors s'enquérir des quantités d'eau consommées à ces différentes occasions, afin de disposer ainsi d'un indicateur permettant de juger de l'intensité de l'hygiène individuelle avec de l'eau.

La formulation de questions sous une forme indirecte doit être recommandée dans tous les cas où le thème de l'interview porte sur des habitudes et des pratiques individuelles très personnelles. Il suffit, en l'occurrence, de songer à sa propre réaction dans une telle situation; personne, en effet, n'aime être interrogé directement sur certains sujets personnels, et chacun d'entre nous cherchera probablement à répondre de façon évasive à ce genre de questions.

*** Dépouillement des questionnaires**

Pour pouvoir procéder à l'analyse et à l'interprétation des interviews, il faut, en fonction des questions posées, établir une fiche de dépouillement, sur laquelle on reportera les réponses des interviewés. Cette fiche devrait, elle-même, être subdivisée en catégories, d'après lesquelles on classera les réponses obtenues. On peut, de cette manière, établir un profil de réponses pour chacune des questions posées, ce qui permet de constater combien de réponses différentes ont été données sur une même question.

*** Fiches d'observation**

Les fiches d'observation sont élaborées selon la même méthode que les guides d'interviews. Dans ce cas aussi, il convient d'établir une liste de contrôle faisant état des comportements à observer, ceci afin de définir des comportements de référence. On établit ensuite des fiches, sur lesquelles on notera le comportement, la situation dans laquelle il est observé ainsi que les personnes concernées.

Le dépouillement des fiches d'observation est entrepris sur place. Les observations sont notées et enregistrées selon les catégories de comportement et leur contexte et sont interprétées ensuite.

*** Intensité de temps et de travail nécessaire**

La mise au point de guides d'interviews et de fiches d'observation exige du temps. Les agents appelés à utiliser ces outils méthodologiques devraient être associés à leur mise au point, à un stade aussi précoce que possible. Il importe, en effet, que tous les collaborateurs interprètent de la même façon les différentes questions individuelles et catégories d'observations.

La population concernée peut considérer que les interviews et fiches d'observation constituent une ingérence profonde dans sa vie privée et peut les refuser à ce titre. La conduite d'enquêtes, moyennant le recours à ces méthodes, suppose que les chercheurs fassent preuve de beaucoup de doigté et aient une bonne connaissance du milieu culturel dans lequel se déroule l'enquête.

L'interprétation des données recueillies exige également beaucoup de temps. Cet aspect doit être pris en compte lors de la planification de l'analyse du groupe-cible.

2.4.6 REGLES ET DEMARCHES A SUIVRE PAR LE PERSONNEL D'ENQUETE

Le deuxième point fort de l'analyse des problèmes est l'analyse du groupe-cible. A l'occasion de cette rencontre avec le groupe-cible, l'acceptation ou la non-acceptation des activités futures du projet peut déjà être influencée dans une forte mesure par le comportement des experts. Ceux-ci doivent donc être conscients de l'importance d'adopter une démarche et un comportement réfléchis.

Après s'être présentée à l'administration locale ainsi qu'aux autorités hiérarchiques traditionnelles, l'équipe d'experts informera la population sur les objectifs et la finalité du projet prévu. Il importe de veiller à ce que cette campagne d'information sur l'eau, l'hygiène et la santé n'éveille pas d'attentes exagérées au sein de la population. Dans la plupart des cas, néanmoins, on assiste à la situation inverse. La population, qui a été déçue par des missions d'identification précédentes n'ayant jamais débouché sur des mesures concrètes, adopte une attitude méfiante. La crainte que ces enquêtes démographiques puissent servir à fixer la dette fiscale ou à justifier une incorporation dans le service national du travail peut encore renforcer ce manque de confiance.

On a constaté que le fait de combiner les enquêtes socio-culturelles et socioéconomiques avec les enquêtes médicales était bénéfique à l'instauration d'un climat de confiance. Comme ces enquêtes médicales impliquent automatiquement un traitement sanitaire de l'échantillon de population sélectionné, et même d'autres patients dans les cas urgents, ceci en collaboration avec les services locaux de la santé publique, l'équipe d'experts est plus facilement acceptée par le groupe-cible. Pour ne pas harceler la population avec des enquêtes trop fréquentes, il convient de grouper les enquêtes sur le terrain servant à planifier la partie technique du projet et à concevoir les activités d'animation sociale. La nécessité d'associer des experts féminins aux enquêtes sur le terrain a déjà été soulignée en autre endroit. La participation d'experts nationaux permet de corriger certaines impressions fausses recueillies par les experts étrangers. De même, les experts étrangers peuvent aider les experts nationaux à interpréter certains phénomènes ressentis comme naturels et qui risqueraient donc d'échapper à leur vigilance.

Avant d'entreprendre l'analyse du groupe-cible, les experts participant à la mission d'enquête doivent s'accorder sur la façon de réagir aux aspirations et recommandations formulées par la population mais ne s'inscrivant pas dans le cadre du projet d'adduction d'eau et d'assainissement. Cette décision dépend de la façon dont certaines mesures d'accompagnement (par exemple, promotion de la condition féminine, etc.) peuvent être prises en compte dans le cadre des activités de projet prévues (voir chapitre 4). Il est recommandé de sensibiliser l'équipe d'experts à la nécessité d'observer des règles de conduite appropriées et d'adopter les méthodes adéquates.

2.4.7 DEPOUILLEMENT ET INTERPRETATION DES ANALYSES

Après achèvement de la macro-analyse ainsi que de l'analyse du groupe-cible, les données recueillies doivent être exploitées et interprétées. Cette étape de travail doit être entreprise à l'appui des différentes catégories mises au point et employées pour les analyses.

Dans la plupart des cas, il s'agit d'établir des distributions de fréquence, c'est-à-dire de dégager la fréquence des catégories de réponse fournies aux diverses questions posées. La distribution de fréquence donne un premier aperçu de la structure du groupe-cible et de la zone d'action du projet concernée.

Dans l'étape suivante, les fréquences relevées pour les différentes catégories doivent être mises en relation les unes avec les autres (établissement de corrélations). Ces corrélations signifient simplement que certains facteurs se trouvent en relation avec d'autres facteurs mais n'impliquent pas de rapports de causalité.

Il est toutefois possible d'établir les corrélations existant entre différents facteurs et de déterminer si les relations identifiées sont importantes ("significatives"). Ceci s'effectue à l'aide de programmes informatiques appropriés, compris dans les progiciels statistiques.

* Interprétation commune des résultats

L'interprétation des données recueillies peut être entreprise dès que l'on s'est fait un aperçu des fréquences de distribution et des corrélations existant entre les différents facteurs. Cette étape de travail consiste à interpréter les données recueillies en procédant à l'analyse conceptuelle de la situation et de l'importance de l'approvisionnement en eau et en installations d'assainissement au regard des conditions de réalisation concrètes du projet.

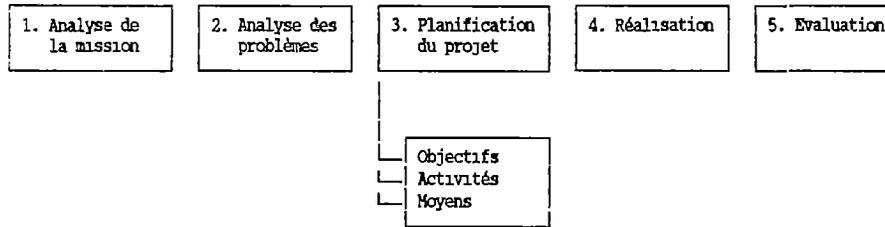
Ce cheminement suppose une connaissance profonde des conditions du développement social, historique, culturel et économique du groupe-cible et de la zone d'action du projet. Il est, de ce fait, indispensable que l'interprétation des données soit entreprise en collaboration étroite avec les experts nationaux.

* Prise de décision

L'exploitation et l'interprétation des résultats de la macro-analyse et de l'analyse du groupe-cible débouchent sur la description de la situation actuelle dans la zone d'action du projet. Il s'agit là d'un diagnostic de situation qui met en lumière les conditions dans lesquelles un projet éventuel aurait à opérer.

Ce diagnostic de situation dégage en même temps les éléments permettant de décider de l'opportunité de réaliser un projet d'adduction d'eau et d'assainissement. Après établissement de ce rapport de situation, il convient donc de décider également si les étapes de travail décrites dans les chapitres suivants ont des chances d'aboutir et peuvent être entreprises. La première prise de décision concernant le déroulement ultérieur du projet doit donc avoir lieu après établissement du rapport de situation.

3. PLANIFICATION DES ACTIONS D'ANIMATION SOCIALE



3.1 INTRODUCTION

L'objectif de cette phase vise à élaborer des mesures d'animation sociale et à les intégrer dans la conception globale du projet d'adduction d'eau et d'assainissement. En raison de la complémentarité étroite des deux composantes du projet (partie technique et animation sociale), une planification commune doit être prévue.

Partant des résultats de l'analyse des problèmes, il convient de retenir la conception technique qui répond le mieux aux besoins du groupe-cible et de décider sous quelle forme les mesures d'animation sociale peuvent être réalisées.

Il s'agit là d'une étape de travail critique dans la mesure ou l'acceptabilité du projet prévu d'adduction d'eau et d'assainissement peut être remise en question suite à l'analyse des problèmes. Il peut y avoir contradiction entre la nécessité objective de réaliser la partie technique du projet et la motivation de participation ou les besoins subjectifs de la population.

La décision de réaliser ou non le projet d'approvisionnement malgré les risques pesant sur son acceptation exige une appréciation neutre et une interprétation des résultats à la lumière de l'analyse des problèmes. Il faut empêcher que la décision ne soit influencée par des intérêts économiques ou par les facteurs d'ordre politique ou administratif. Au cas où on déciderait de réaliser le projet malgré les risques attendus, ceux-ci devraient être pris en compte lors de la conception des mesures d'animation sociale (par exemple, allongement conséquent des délais de préparation, mise en oeuvre de grappes de mesures).

La méthode de "planification des projets par objectifs" peut servir de base à la planification (voir le tableau suivant pour les divers domaines abordés).

Tableau Planification du projet par objectifs

1. Description sommaire	
-------------------------	--

2. Objectif et justification du projet	
1. Situation de départ (analyse des problèmes)	2. Objectif du projet (y compris, analyse du groupe-cible)
3. Intégration du projet dans la politique de développement	4. Justification des déviations par rapport aux instructions du client

3. Conception / contexture du projet	
1. Activités menées à ce jour	2. Conception du projet
3. Réalisation	4. Poursuite du projet au terme de la phase de coopération
5. Relations avec d'autres projets	6. Attentes du groupe-cible, du maître d'oeuvre du projet et du donateur

4. Maître d'oeuvre du projet	
1. Alternatives possibles: motivation du choix	2. Statut juridique, domaine d'attributions, compétences
3. Organisation et gestion	4. Situation économique
5. Intégration politique et socioculturelle; relations avec le groupe-cible	

5. Coût total . Financement . Prestations		
1. Coût total	2. Financement	3. Description et répartition des tâches

6. Effets du projet . suppositions . risques

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1. Analyse des effets | 2. Conditions d'ensemble |
| 3. Appréciation globale du projet | |

7. Contribution allemande

8. Autres remarques

3.2 PROBLEMES ET OBJECTIFS

A la lumière des expériences accumulées à ce jour, on peut, de façon générale, identifier les problèmes et aspects critiques suivants:

- approvisionnement insuffisant en eau de boisson, causé par une situation de pénurie permanente ou saisonnière
- qualité insuffisante de l'eau potable
- couverture déficitaire en installations sanitaires, ne permettant pas d'entraver la propagation des maladies contagieuses
- pratiques d'hygiène insatisfaisantes, ne permettant pas d'entraver les routes de dissémination des maladies transmises par les matières fécales
- manque de connaissances de la population sur les liens de causalité entre l'eau, l'hygiène et la santé
- activités de prévention (consommation d'eau potable saine et observation des règles d'hygiène) insuffisantes de la part de la population
- capacités insuffisantes des services publics, semi-publics et privés pour résoudre les problèmes
- coordination insuffisante entre les services publics
- coopération insuffisante entre les services publics et la population
- forte incidence des maladies contagieuses dues à l'eau et aux conditions d'hygiène
- possibilités de développement socio-économique limitées
- inégalité des chances pour différentes catégories de population, en particulier pour la partie féminine de la population.

Deux "groupes-cible" sont par conséquent touchés par ces problèmes:

1. La population: niveau d'information, motivation et bombardement, environnement écologique
2. Les structures politico-administratives et les services techniques: capacités, motivation et connaissances techniques, cadre politique et administratif.

Etant donné que les mesures d'animation sociale sont des activités intégrées, leur réussite est pour une large part déterminée par les relations entre ces services nationaux et le groupe-cible.

Les solutions des problèmes sont formulées comme objectifs du projet. Cette situation prévisionnelle peut être atteinte au travers d'activités déterminées. Les principales activités de ce genre doivent être mises en oeuvre à la lumière des expériences recueillies dans le cadre de projets d'adduction d'eau et d'assainissement comportant une composante d'animation sociale et peuvent être résumées comme suit:

1. Mesures techniques dans le secteur de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement

- alimentation en eau potable et évacuation des eaux résiduaires moyennant le recours à une technologie spécifiquement adaptée aux réalités régionales
- couverture en services d'assainissement moyennant le recours à une technologie spécifiquement adaptée aux caractéristiques du groupe-cible.

2. Animation sociale en combinaison avec les mesures suivantes:

- sensibilisation de la population dans le but d'inciter cette dernière à participer aux activités d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement
- éducation pour l'hygiène et la santé
- mesures concrètes de mise en confiance dans le domaine de la santé et du développement infrastructurel au profit du groupe-cible et, en particulier, des femmes
- renforcement des capacités opérationnelles des services concernés.

En ce qui concerne l'organisation de ces mesures, diverses stratégies se sont avérées efficaces:

- les projets d'alimentation en eau potable et d'assainissement sont de plus en plus souvent réalisés sous forme intégrée. En fonction des capacités du pays à mobiliser des entreprises nationales, les travaux de construction et d'ingénierie doivent être confiés à des sociétés/organisations étrangères et/ou nationales.

- L'éducation du groupe-cible pour l'hygiène et la santé est axée sur la prévention, ceci dans le but de promouvoir la capacité d'autoassistance de la population.
- Pour lutter contre les maladies transmises par l'eau et une hygiène insuffisante, la plupart des pays envisagent de mobiliser les services de soins de santé primaires - renforcés par des programmes spécifiques - et, le cas échéant, d'élargir en conséquence le degré de couverture.
- Différents pays et donateurs combinent les projets d'adduction d'eau, d'hygiène et de santé à des mesures spécifiques d'équipement en infrastructures (développement rural, développement de l'artisanat et de la petite industrie), celles-ci étant tout particulièrement axées sur le groupe-cible des femmes.
- La promotion des services techniques nationaux devrait s'opérer à tous les échelons administratifs (niveau central, régional, site du projet) dans le cadre du renforcement des structures institutionnelles; elle concerne les secteurs de la formation initiale et continue du personnel, l'aide matérielle et financière, l'assistance technique aux institutions, l'assistance en matière de coordination

La présentation détaillée des éléments d'exécution figure au chapitre 4.

3.3 MOYENS

Il convient de planifier les moyens humains, matériels et financiers nécessaires à la mise en oeuvre des différentes mesures ainsi que de définir les contributions respectives des partenaires en fonction des ressources du pays bénéficiaire.

On ne dispose pas, à ce jour, de suffisamment d'expérience pour pouvoir fournir ici des indications généralisables sur le volume financier nécessaire à la réalisation des mesures d'animation sociale. Des organisations internationales, telles que l'UNICEF, s'emploient à élaborer des valeurs de référence devant permettre d'établir les coûts de l'animation sociale en relation avec le volume de la partie technique du projet. Dans le rapport d'un groupe de travail ayant traité le thème "promotion d'un comportement bénéfique à la santé dans les projets d'adduction d'eau et d'assainissement (New York, 25 - 29 mars 1985)", il est recommandé d'établir une comparaison avec l'industrie. A la page 10 du rapport, il est indiqué que 10 % du budget sont consacrés aux opérations de marketing dans l'industrie. On remarquera que cette valeur de référence ne concerne qu'une seule composante de l'animation sociale, à savoir le marketing social.

Il faut, en outre, tenir compte du fait que les mesures d'animation et de communication sociales sont la plupart du temps mises en oeuvre par plusieurs services techniques du pays bénéficiaire, ce qui élève souvent les coûts de la promotion institutionnelle. L'approche multisectorielle exige un important travail de coordination, qui doit également être

pris en compte dans le budget. Les mesures d'animation et de communication sociales représentent dans la plupart des cas des innovations, qui ne sont pas encore inscrites dans les budgets des services nationaux. Il faut donc prévoir une prise en charge des frais de fonctionnement courants jusqu'à leur inscription dans les budgets publics.

3.4 INTEGRATION ORGANISATIONNELLE

Les actions d'animation sociale sont réalisées par des services publics nationaux. L'intégration organisationnelle des activités du projet doit être rendue tributaire des programmes de travail et de la capacité opérationnelle des services publics aux différents échelons administratifs. Les avantages et inconvénients suivants doivent être pris en compte et pondérés lors du choix du niveau d'intégration des activités du projet.

1. Niveau central

Avantages: l'approche multisectorielle et pluridisciplinaire adoptée pour les mesures d'animation et de communication sociales requiert une concertation étroite entre les différentes institutions, qui ne peut être obtenue qu'à l'échelon national. Les établissements de production de moyens audiovisuels, de formation initiale et continue ainsi que de maintenance et de réparation sont généralement implantés dans les capitales. Les institutions et personnes chargées de l'évaluation des activités sont rattachées aux universités nationales.

Inconvénients: la forte bureaucratisation ralentit les activités du projet. L'éloignement par rapport au groupe-cible exige la mise sur pied d'une unité mobile, d'un coût relativement élevé.

2. Niveau régional

Avantages: l'administration régionale exerce sa compétence pour la réalisation des mesures et pour la surveillance du personnel dans sa région, pour autant que prévu dans la structure administrative politique. Ceci facilite la mise en oeuvre des activités, la conduite du personnel et les tâches d'évaluation.

Inconvénients: seuls quelques pays disposent de structures régionales d'information (mass-médias) et de production de matériels audiovisuels. Les possibilités de formation initiale et continue sont limitées, faute de disposer des personnels nécessaires et de structures d'accueil suffisantes. Malgré la décentralisation de l'administration, certains pays n'ont pas les structures de coordination requises, ce qui entrave la coopération avec d'autres secteurs.

3. Site du projet

Avantages: le site du projet peut se trouver dans une ville, une petite ville ou une région rurale. Les structures administratives en place (mairie, sous-préfecture, etc.) entretiennent des contacts directs avec la population. La coordi-

nation des activités s'effectue souvent au travers de relations personnelles entre les agents techniques et les agents administratifs. Les diffuseurs de l'animation sociale peuvent s'entretenir directement de leurs problèmes et des résultats obtenus avec la direction du projet, ce qui facilite la conduite des opérations et les ajustements nécessaires. Les besoins exprimés par la population dans le cadre des campagnes d'animation sociale peuvent être communiqués directement aux services compétents.

Inconvénients: étant donné qu'une grande partie des fonctions nécessaires à la bonne exécution du projet, telles que coordination avec d'autres secteurs, production de matériels audiovisuels, instruction des formateurs, etc., ne peuvent être assumées qu'à l'échelon central, il faut, soit prendre en compte des absences fréquentes des collaborateurs du projet, soit créer sur place des unités de production à haute intensité capitalistique. Cette contrainte incite à mettre en oeuvre des mesures ponctuelles, se rapportant spécifiquement au projet, et fait obstacle à une intégration des résultats dans les planifications nationales.

* Répartition des compétences

La partie technique des projets d'adduction d'eau potable et d'assainissement est réalisée par les sociétés d'exploitation publiques ou semi-publiques. Ces entreprises de production ne sont pas en mesure d'assumer de surcroît les campagnes d'animation sociale. La tendance, visant à doter les entreprises d'exploitation de services spéciaux, chargés de l'animation sociale, conduit à fractionner davantage encore les attributions des services nationaux. Les auteurs recommandent de créer, à cet effet, des unités de projet spéciales, qui seront rattachées en vertu de leurs statuts au service technique le plus compétent. Cette question doit être réglée par des accords contractuels appropriés.

Dans le cadre de la coopération financière, la coordination des activités consultatives pour la partie technique et la composante d'animation sociale pourrait être assumée par des groupements de travail des sociétés d'étude et de conseil. Dans le cadre de la coopération technique, il est recommandé d'opter pour des approches de projet intégrées.

3.5 CALENDRIER D'EXECUTION

Le calendrier d'exécution des mesures d'animation et de communication sociales sera modulé sur la planification opérationnelle de la partie technique du projet. Des temps de préparation appropriés devront être prévus pour la mise sur pied d'une unité de projet spéciale ainsi que pour la sensibilisation du groupe-cible. Les actions éducatives doivent être conçues à long terme et exigent la mise en place d'une période de suivi. Pour cette raison, il peut s'avérer nécessaire de prévoir un délai d'exécution plus long pour la composante animation sociale que pour la partie technique du projet.

Dans ce qui suit, nous ne présenterons pas un calendrier d'exécution détaillé mais nous contenterons d'indiquer certaines valeurs de référence, à titre d'orientation. Ces va-

leurs de référence découlent des quatre étapes de réalisation des mesures d'animation sociale (voir également chapitre 4.1).

Etape I: Mise sur pied de l'unité de projet spéciale de la production de moyens audiovisuels et de la formation

Etape II: Sensibilisation de la population, règlement des modalités de sa participation et préparation des actions d'animation sociale

Etape III: Animation sociale (éducation sanitaire et éducation pour l'hygiène), assortie de mesures concrètes de mise en confiance

Etape IV: Evaluation.

Pour l'étape I, il faut, de façon générale, prévoir une période d'exécution comprise entre 6 et 12 mois. Cette durée dépend du volume de l'action d'animation sociale prévue ainsi que des ressources disponibles dans le pays (personnel moyens audiovisuels, programmes en cours).

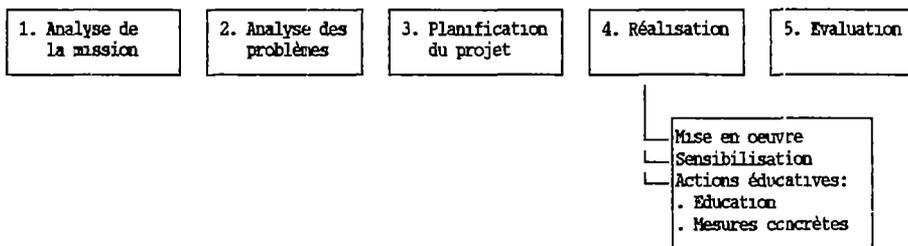
L'étape II est déterminée par le volume du projet d'adduction d'eau et d'assainissement. Les groupes-cible devant faire l'objet de mesures de sensibilisation et le nombre de leurs membres découlent des objectifs d'approvisionnement du projet. Dans le cas de branchements particuliers, on tient par exemple compte des personnes composant un ménage (entre 10 et 20 personnes), pour les puits et bornes-fontaines entre 200 et 500 personnes. L'expérience a montré qu'il était nécessaire de prévoir au moins trois visites pour chaque groupe (première information, éclaircissement de certaines questions, règlement définitif de toutes les modalités). En milieu rural et dans les petites villes, il faut prévoir au moins deux journées par visite pour chaque groupe de population, desservi par un puits ou une borne-fontaine. Il faut ajouter à ces temps de travail effectifs les trajets d'aller et de retour.

Dans la plupart des cas, cette programmation permet simplement d'informer sur le produit "installations d'adduction d'eau potable et d'assainissement", c'est-à-dire de mener à bien la composante marketing de la sensibilisation. Si l'on entend, toutefois, par sensibilisation l'ouverture d'un dialogue avec la population, devant inciter cette dernière à participer aux mesures d'animation sociale et aux mesures concrètes d'accompagnement, les temps indiqués prévus pour les visites à effectuer auprès du groupe-cible sont trop courts. Il convient également d'examiner si les visites effectuées dans les villages ou dans certains quartiers urbains ne peuvent pas pour des raisons économiques être combinées immédiatement avec des mesures éducatives et des mesures concrètes d'accompagnement. Dans la configuration actuelle, impliquant une orientation étroite de la sensibilisation au calendrier d'exécution du projet d'adduction d'eau et d'assainissement, la combinaison recommandée n'est pas possible, de sorte que les mesures d'animation sociale doivent être réalisées séparément, dans le cadre d'une troisième étape.

L'étape III est réservée à des mesures éducatives s'accompagnant d'activités concrètes de mise en confiance, qui doivent être conçues à long terme et qui ne peuvent pas être achevées dans le cadre temporel du projet d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement. En fonction de la situation rencontrée dans la zone d'action du projet, il conviendra de vérifier s'il y a lieu d'intensifier des mesures d'animation sociale déjà engagées ou si de nouvelles mesures éducatives doivent être mise en place. Dans les deux cas, il convient de veiller à ce que l'appui assuré à la population, dans le cadre de ces activités d'animation sociale porte sur une période suffisamment longue.

Dans l'étape IV, il convient de prévoir, outre les activités de contrôle et de suivi permanent (à caractère formateur), une évaluation et/ou inspection globale devant prendre place au moment de l'achèvement du projet d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement. Au regard des objectifs à moyen et à long terme de l'animation sociale, cette évaluation finale peut être entreprise une première fois au terme du projet. Cette dernière est généralement réalisée sous forme d'évaluation interne. Une évaluation externe devrait être effectuée deux à quatre ans plus tard, afin de vérifier si le projet a été accepté dans toutes ses composantes (structures matérielles et immatérielles).

4. REALISATION DES MESURES D'ANIMATION SOCIALE



4.1 INTRODUCTION

Trois des quatre étapes de travail mentionnées (voir chapitre 3.5) seront décrites ci-après: Comme indiqué dans le résumé, la description de l'étape d'évaluation fait l'objet de développements séparés au chapitre 5.

- Création d'une unité de projet spéciale pour les campagnes d'animation et de communication (unité de communication sociale du projet)
- Sensibilisation de la population (y compris information, marketing social et publicité) afin d'inciter cette dernière à adopter le projet d'adduction d'eau et d'assainissement, de même qu'à participer aux activités
- Education de la population en vue de renforcer les effets sanitaires du projet (éducation pour l'hygiène et la santé, mise en oeuvre de mesures concrètes de mise en confiance et mesures de soutien).

Les diverses activités individuelles devant être effectuées au cours de ces différentes étapes de travail, sont présentées en relation avec leurs objectifs respectifs dans le tableau ci-après:

Tableau Etapes de réalisation

Mise en place de l'unité de projet spéciale	Sensibilisation	Education et mesures concrètes de soutien
<ul style="list-style-type: none"> . Mise sur pied de l'infrastructure . Sélection et préparation du personnel de projet . Production des matériels d'information, de perfectionnement et d'éducation <ul style="list-style-type: none"> -- Elaboration des différents programmes pédagogiques -- Adaptation/production nouvelle de matériels audiovisuels --- Organisation de la mise en oeuvre des programmes pédagogiques . Formation des formateurs 	<ul style="list-style-type: none"> . Planification opérationnelle du programme et initiation des collaborateurs . Mise en oeuvre des activités de sensibilisation <ul style="list-style-type: none"> -- Création du Comité d'eau, d'hygiène et de santé -- Formation des membres -- Définition réglementaire de la nature de la coopération avec le projet -- Encadrement et suivi continu du groupe-cible 	<ul style="list-style-type: none"> . Planification opérationnelle des programmes d'éducation pour l'hygiène et la santé . Sélection définitive des diffuseurs . Formation initiale et continue . Organisation de l'encadrement et de la supervision . Planification opérationnelle des mesures concrètes d'accompagnement . Soutien aux services d'hygiène . Soutien aux services de santé . Soutien aux services d'appui à la participation communautaire
<p>Objectif: renforcement/création d'une nouvelle infrastructure de projet</p>	<p>Objectif: acceptation du projet d'adduction d'eau et d'assainissement par la population</p>	<p>Objectif: consolidation à long terme de l'acceptation du projet par la population</p>

Les diverses activités à entreprendre au cours de ces trois étapes doivent être planifiées, selon des modalités souples, en fonction des réalités spécifiques du pays d'intervention. La création d'une unité de communication sociale, par exemple, est conditionnée par les disponibilités en ressources des différents niveaux administratifs. La sensibilisation dépend des programmes déjà mis en oeuvre dans la région du projet. Les actions d'éducation et les mesures concrètes d'accompagnement sont principalement influencées par la stratégie de développement actuelle du pays concerné.

Il est souvent nécessaire de modifier la planification opérationnelle arrêtée dans l'étude de faisabilité. Cette obligation résulte du fait que deux à trois années se sont écoulées entre l'étude de faisabilité et le démarrage du projet. La situation dans les ministères compétents et au niveau du personnel peut avoir subi des changements entre-temps.

4.2 CREATION DE L'UNITE DE COMMUNICATION SOCIALE DU PROJET

La réalisation des campagnes d'animation sociale requiert la mise sur pied d'une unité de projet spéciale (unité de communication sociale). Deux formes d'organisation peuvent être envisagées, en l'occurrence:

- unité de projet spéciale créée au sein d'un des ministères compétents (maître d'oeuvre de la composante animation sociale)
- unité indépendante avec rattachement des divers secteurs d'activités à différents services et/ou ministères.

L'intégration de l'unité de communication sociale dans les structures nationales doit être assurée par des arrangements contractuels appropriés.

Cette intégration garantira la poursuite des activités au-delà de la date d'achèvement du projet.

4.2.1 DOMAINES D'INTERVENTION ET FONCTIONS

Indépendamment de la structure d'organisation retenue, l'unité de communication sociale doit être en mesure de couvrir les domaines d'activités suivants:

- planification, coordination et contrôle
- formation initiale et continue
- production de moyens audiovisuels
- documentation
- achat de fournitures, entretien et réparations
- mise en oeuvre des mesures au site du projet, moyennant le recours à une ou plusieurs unités mobiles.

Les fonctions de l'unité de communication sociale découlent de la matrice des objectifs ainsi que des activités à entreprendre pour atteindre les objectifs fixés. L'analyse des tâches spécifiques dans les divers domaines d'interventions, montre que le nombre des activités nécessaires est étonnamment important. L'investissement nécessaire en moyens humains et financiers ainsi qu'en temps peut donc, en fonction des conditions trouvées sur place, être relativement élevé. Les tableaux ci-après font apparaître les tâches spécifiques incombant à l'unité de communication sociale.

Tableau Fonctions de l'unité de communication sociale

Planification, coordination, contrôle

- . Planification de l'ensemble des activités du projet, définition de priorités, mise en oeuvre, surveillance, suivi et encadrement complémentaire
- . Coordination des activités de production envisagées
- . Communication et relations avec les services techniques compétents
- . Gestion du personnel, comptabilité, gestion financière, évaluation
- . Collecte d'informations, innovations
- . Coordination des activités et fonctions de tous les collaborateurs nationaux
- . Encadrement et réalisation d'activités de recherche dans les secteurs de la santé, de la gestion des ressources humaines et de la technologie éducationnelle
- . Réalisation de cours et de conférences
- . Organisation de séminaires nationaux et internationaux, participation à ces séminaires et établissement des rapports de synthèse
- . Organisation d'actions de formation mises en oeuvre par le ministère de la Santé et d'autres institutions, et participation à ces diverses actions
- . Participation à divers comités dans le but de représenter le Bureau de l'éducation sanitaire et le projet
- . Assistance-conseil au ministère de la Santé et à d'autres institutions.

Production de moyens audio-visuels

- . Planification et production de moyens audiovisuels pour les actions d'éducation de base; formation continue "sur le tas" de toutes les catégories de personnel du projet
- . Elaboration de moyens audio-visuels, soit de façon autonome, soit en collaboration avec les centres de production d'autres services techniques
- . Elaboration des scénarios conformément aux résultats d'analyse; organisation de la production sur le terrain, dans le centre et avec des producteurs appropriés, mise à l'épreuve de l'acceptabilité des médias
- . Organisation et finition de la production de médias audio-visuels: mise au point, sélection (qualité, quantités), illustrations, travaux dactylographiques, traductions, reproduction, impression, distribution (frêt)
- . Initiation et formation du personnel de santé, des techniciens et du personnel du Bureau de l'Éducation sanitaire, sur tous les aspects ayant trait à la production de médias
- . Organisation de la fourniture des matériels et matériaux nécessaires

Formation initiale et continue

- Définition des termes de référence et descriptions de postes pour le personnel de santé et le personnel du projet
- . Elaboration d'un système d'éducation de base pour le secteur de la santé
 - Identification des besoins de la collectivité dans le domaine de l'éducation sanitaire
- . Compilation et développement de divers matériels pédagogiques destinés au personnel de santé
- . Elaboration de matériels audio-visuels d'enseignement (en collaboration avec la sous-division de la production)
- . Organisation et mise en oeuvre de cours parallèles d'approfondissement des connaissances à l'intention du personnel de santé
- . Normalisation des contenus pédagogiques des programmes de formation "sur le tas"
- . Planification, développement, mise à l'essai préliminaire et évaluation des matériels de formation mis au point.

Documentation

- . Compilation de tous les documents et matériels de formation et d'éducation sanitaire, existant à l'échelon national et international
- . Enregistrement des noms et des adresses de toutes les institutions nationales et internationales produisant des matériels audiovisuels, et commande de leurs catalogues
- . Création d'un service d'archivage et d'un fichier, recensant tous les matériels disponibles, destiné à un usage permanent
- . Actualisation régulière et enregistrement de tous les nouveaux documents acquis
- . Organisation et réglementation du système de prêt et de livraison; collaboration avec la sous-division production pour la distribution
- . Information (catalogue)

Entretien et fournitures

- . Inventaire des stocks et de l'état de tous les matériels disponibles dans les établissements de formation sanitaire
- . Constatation des déficits
- . Etablissement de listes de pièces de rechange manquantes
- . Réparation des matériels défectueux et entretien consécutif
- . Etablissement de contacts avec les centres de formation travaillant dans le domaine de la santé publique
- . Initiation des utilisateurs à des réparations simples
- . Planification de l'acheminement des matériels défectueux jusqu'aux centres de réparation
- . Organisation des matériels devant être utilisés dans les séminaires, cours, etc.
- . Création d'une unité de réparation mobile
- . Formation de deux techniciens
- . Recherche de possibilités d'acquisition de nouveaux matériels (ministère de la Santé, institut de formation)
- . Mise en place d'un système Cardex pour le matériel disponible et la gestion des stocks de pièces de rechange
- . Organisation d'une salle d'exposition des matériels
- . Elaboration d'un manuel d'instruction concernant le matériel disponible.

Travaux sur le terrain . unité mobile

L'unité mobile assume les fonctions suivantes au site du projet:

- . Sensibilisation de la population
- . Formation des membres du comité
- . Encadrement et assistance au comité

et participe aux actions suivantes:

- . Formation continue des formateurs et diffuseurs
- . Encadrement et supervision du personnel
- . Mesures concrètes de mise en confiance
- . Etudes de milieu et enquêtes épidémiologiques
- . Contrôles bactériologiques de l'eau.

4.2.2 SELECTION DU PERSONNEL ET PLANIFICATION OPERATIONNELLE ADEQUATE

Les collaborateurs directs de l'unité de projet spéciale peuvent être recrutés parmi le personnel d'un ou plusieurs services publics. L'existence de descriptions de postes facilite la procédure de sélection. Des contrats passés avec les collaborateurs de cette unité lient ces derniers au projet et garantissent en même temps la poursuite des activités au terme du projet.

Dans certains pays en développement, il peut s'avérer nécessaire de recruter des spécialistes ou experts indépendants auprès d'autres organisations (universités, organisations non gouvernementales, etc.). Il sera nécessaire de procéder de la sorte dans tous les cas où les services publics ne sont pas encore dotés d'experts suffisamment. Les actions d'animation sociale devraient toutefois être conduites par les ministères ou services publics compétents. Grâce à la planification d'actions de formation, on garantira la relève de ce personnel. En fonction des réalités spécifiques du pays, il est éventuellement possible d'envisager une intégration de ces experts dans la fonction publique. Il importe de veiller à ce que des garanties contractuelles leur soient offertes.

La planification opérationnelle détaillée est établie en collaboration avec l'équipe ainsi constituée. L'expérience a montré qu'un séminaire organisé sous forme de travail de groupe (atelier) représentait une méthode particulièrement appropriée à cet effet. De cette manière, il est en effet possible de valoriser de façon optimale les expériences professionnelles variées de l'équipe pluridisciplinaire, nécessaire à la réalisation de mesures d'animation sociale.

Les thèmes de l'atelier découlent des objectifs et activités envisagées, et portent au moins sur les domaines suivants: eau, installations sanitaires, hygiène, techniques d'information, de marketing, de sensibilisation et d'éducation, production de médias, évaluation et management.

Dans le cadre de cet atelier, les collaborateurs seront en même temps préparés à leurs tâches futures. Cette préparation devrait contribuer non seulement à améliorer les aptitudes pratiques et à élargir les connaissances des participants, mais avant tout à susciter chez ces derniers une attitude positive à l'égard des activités du projet.

Les résultats attendus de l'atelier sont les suivants:

- formation de l'équipe
- planification détaillée des activités du projet (plan d'opérations)
- planification des programmes: information, formation continue et éducation de la population
- organisation structurelle et opérationnelle du projet.

La désignation définitive des collaborateurs appelés à opérer aux différents échelons du projet est un résultat important de l'atelier. Il s'agit, en l'occurrence, d'experts hautement qualifiés ainsi que de personnes formées pour les besoins spécifiques du projet, telles que par exemple les volontaires d'un comité d'eau et d'hygiène. Pour obtenir un aperçu de cette équipe pluridisciplinaire, le tableau suivant met en relation les profils de qualification et les tâches à accomplir dans chaque catégorie professionnelle. Pour donner une image complète de la situation, le même tableau fait état des secteurs de formation continue entrant éventuellement en ligne de compte. L'animation sociale et ses sous-secteurs représentent, en effet, une discipline récente et les organisations publiques de nombreux pays en développement n'ont pas encore acquis les connaissances spécialisées nécessaires à sa maîtrise. Cette présentation part du principe que, selon le niveau de formation, différentes tâches peuvent être confiées à un même expert. Les auteurs tiennent toutefois à souligner qu'il importe de ne pas surcharger les collaborateurs de l'unité de communication sociale. Des descriptions de postes simples, définissant de façon précise les tâches à accomplir, sont une condition essentielle pour garantir la bonne exécution des activités et pour faciliter le contrôle des performances et prestations. Le tableau, présenté ci-après, souligne donc à nouveau l'importance d'une approche pluridisciplinaire et la nécessité de débloquer les fonds correspondants.

Tableau Profils de qualification, tâches et besoins de formation continue selon les secteurs d'activités

Profils de qualification	Description des tâches	Secteurs de formation continue
1. Unité de projet centrale		
<p> Chef du projet Spécialiste en méthodes didactiques Spécialiste en recherche Photographe Caméraman Designer Calligraphe Technicien du son Technicien Script Commentateur Comptable Secrétaire (traitement de texte) Chauffeur Main d'oeuvre auxiliaire </p>	<p> Organisation des capacités de travail pour les domaines suivants: <ul style="list-style-type: none"> . planification et communication . production de matériel audio-visuel . normalisation des méthodes de formation et de communication . documentation . entretien et fournitures </p>	<p> Gestion Techniques de formation Techniques de communication Production de médias Enquêtes Etudes de milieu Enquêtes épidémiologiques Couverture sanitaire Administration Collecte de données </p>
2. Formation continue du personnel et des instructeurs		
<p> Spécialiste de la communication Spécialiste en méthodes didactiques Formateur Educateur pour la santé </p>	<p> Collaboration à l'élaboration de programmes pédagogiques Programmes pédagogiques Collaboration à la production de médias Formation du personnel et des instructeurs Supervision des cours d'initiation en relation avec le projet Information et formation des membres d'organisations participantes et de collaborateurs appartenant à différents services publics Réalisation d'enquêtes sur le terrain Mise en oeuvre et supervision </p>	<p> Gestion Techniques de formation Production de médias audiovisuels Communication Evaluation </p>

Profils de qualification	Description des tâches	Secteurs de Formation continue
3. Formation continue et encadrements des diffuseurs		
Spécialiste en technologies pédagogiques Spécialiste en collecte de données Educateur pour la santé Médecin Gestionnaire	Formation du personnel des centres de santé ruraux Supervision des activités de formation Supervision des activités de projet dans les villages Assistance au niveau des enquêtes et de la production de médias	Technologie de la formation Gestion Enquêtes Production de médias
4. Education pour l'hygiène et la santé, mesures concrètes de mise en confiance		
A l'échelon des dispensaires: Personnel de la santé publique Collaborateurs d'autres services publics Surveillants A l'échelon du village / du quartier: Auxiliaires de santé villageois Guérisseurs traditionnels et sages-femmes	Education sanitaire Assainissement de l'environnement Formation et surveillance des travailleurs villageois Enquêtes Participation de la population Education sanitaire Assainissement de l'environnement Construction de latrines Distribution de médicaments Etablissement de rapports	Rafraichissement des connaissances spécialis. Instruction dans le domaine de la technologie de la formation Instruction dans le domaine des enquêtes Instruction en matière de contrôle pour les besoins spécifiques du projet Formation de base Instruction spécifique-ment orientée aux besoins du projet

4 2.3 FORMATION ET PERFECTIONNEMENT

En raison de la composition multisectorielle et pluridisciplinaire de l'équipe de collaborateurs, un large éventail d'actions de formation et de perfectionnement peut s'avérer nécessaire. La formation correspond à une instruction de base d'assez longue durée dans diverses disciplines spécialisées. Les actions de perfectionnement consistent en une formation continue orientée aux tâches à accomplir, dispensée sous forme de formation sur le tas ou de cours spéciaux de courte durée.

Pour les actions de formation, on peut, le cas échéant, avoir recours aux établissements d'enseignement nationaux. La création de centres de formation régionaux est soutenue dans le cadre de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement. Différents pays donateurs conduisent des actions de formation dans des domaines spécifiques. On notera à ce propos que la partie technique prédomine encore actuellement. La formation dans le domaine de l'animation sociale se répartit sur différentes disciplines. D'après les informations dont disposent les auteurs, il n'existe pas encore à l'heure actuelle de centres de formation spécialement orientés vers l'animation et la communication sociales. Il est recommandé de faciliter l'accès à une formation combinée (hardware et software) dans les pays donateurs. L'industrie, les bureaux d'ingénierie, les universités et les instituts spécialisés en matière d'animation et de sensibilisation pourraient coopérer étroitement en l'occurrence.

Le perfectionnement du personnel est assuré au sein du projet. Selon le niveau de qualification de ce personnel, il peut s'agir d'une formation continue intensive ou d'une initiation relativement courte aux tâches et activités du projet. Les actions de perfectionnement sont assurées par les experts en mission de longue durée ainsi que par des experts nationaux et internationaux détachés à court terme. Selon les expériences recueillies à ce jour, les actions de formation et de perfectionnement dans le cadre de l'animation sociale peuvent exiger environ 10 programmes pédagogiques différents. Ces programmes sont indiqués dans le tableau suivant.

Tableau Programmes pédagogiques: formation initiale,
formation continue, éducation

1.	Initiation des collaborateurs directs aux réalités spécifiques du projet
2.	Formation continue des collaborateurs dans des domaines d'activités spécifiques

3.	Sensibilisation de la population
4.	Instruction des membres des comités

5.	Education de la population en matière d'hygiène, dans le but d'induire des modifications du comportement
6.	Education sanitaire de la population, centrée sur l'application
7.	Formation des formateurs, orientée vers la pratique
8.	Formation continue des diffuseurs, orientée vers les tâches à accomplir

9.	Rafraîchissement des connaissances ayant un rapport spécifique avec le projet et des aptitudes pratiques du personnel d'hygiène et de santé publique

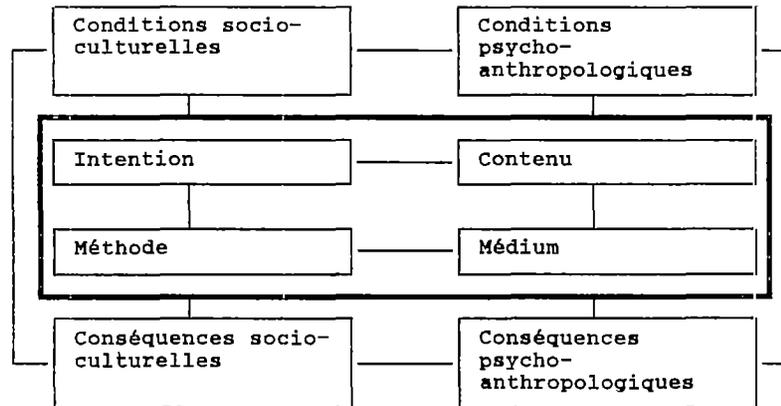
10.	Initiation des collaborateurs d'autres services publics aux programmes de développement communautaire ayant un rapport avec le projet

Les différents programmes pédagogiques seront traités séparément dans les chapitres suivants. Dans ce qui suit, nous présenterons les principes qui devraient être appliqués lors de la confection de programmes pédagogiques. Les auteurs considèrent que ces principes sont valables pour toutes les formes de communication sociale. Les programmes destinés aux sous-secteurs de l'information, du marketing et de la publicité devraient être élaborés selon les mêmes directives.

4.2.4 PRINCIPES POUR L'ELABORATION DE PROGRAMMES DANS LES DOMAINES DE L'INFORMATION, DU PERFECTIONNEMENT ET DE L'EDUCATION

Les principes s'appliquant au développement de programmes dans le cadre de l'animation et de la communication sociales découlent des théories d'apprentissage et des expériences recueillies sur les techniques d'information. La situation du récepteur, le contenu et la forme du message à transmettre ainsi que le résultat attendu s'influencent mutuellement. Ces interactions sont illustrées dans le schéma suivant.

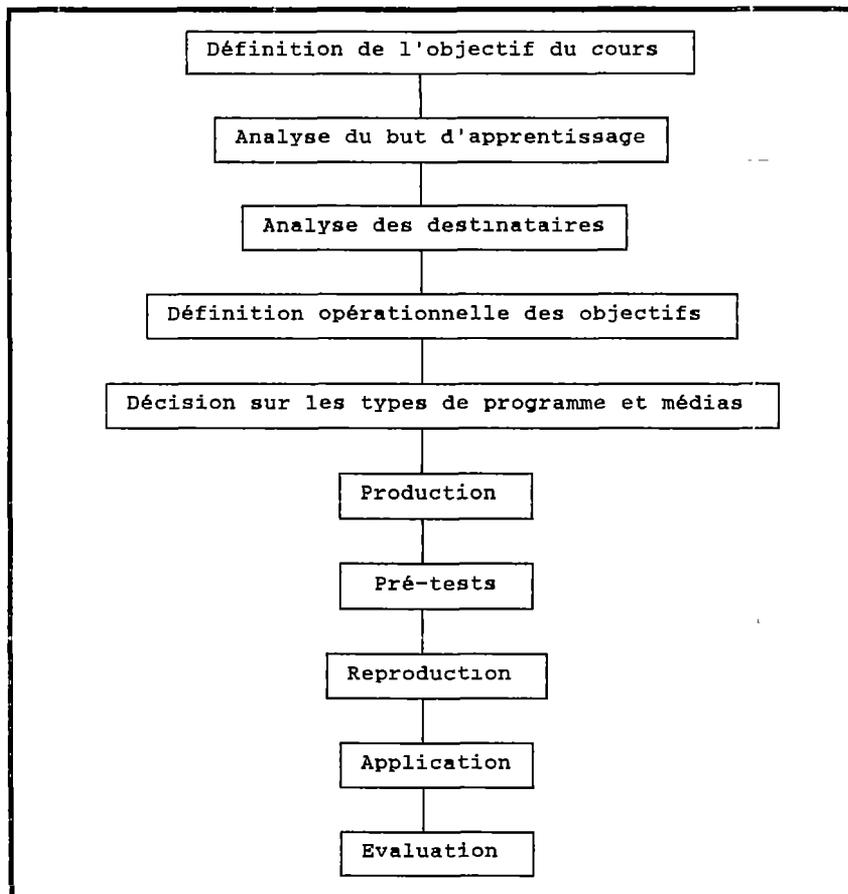
Tableau Facteurs de l'enseignement



Les conditions devant être réunies au plan socioculturel et individuel sont identifiées dans le cadre de l'étude de faisabilité. Ceci souligne l'importance de l'analyse des ressources en personnel, effectuée dans le cadre de l'étude sectorielle, ainsi que de l'analyse du groupe-cible. Souvent, il n'est pas possible d'analyser le niveau de formation et les capacités des collaborateurs du projet pendant l'étude de faisabilité. C'est pourquoi, il est nécessaire d'entreprendre des recherches correspondantes, avant de pouvoir se livrer à l'élaboration conceptuelle des programmes d'information et d'enseignement.

Les programmes sont mis au point en plusieurs étapes de travail successives.

Tableau Confection des "programmes pédagogiques"



* Objectifs et analyses

Les objectifs des différents programmes ainsi que les buts d'apprentissage sont centrés sur les besoins spécifiques du projet. L'importance revenant dans ce contexte à l'analyse du groupe des destinataires a déjà été relevée ci-avant. Les différentes étapes de travail servant à la réalisation des objectifs sont planifiées par l'équipe du projet en fonction des tâches en présence.

* Types de programmes et médias

La décision concernant les types de programmes et médias appropriés ne soulève pas de difficultés majeures dans le cas d'actions de formation continue. Ces dernières s'adressent,

en effet, à un cercle restreint de personnes, ce qui permet de contrôler de façon immédiate l'efficacité des programmes et médias utilisés. Les adaptations nécessaires peuvent être entreprises en cours de formation. Le processus de décision est, par contre, plus difficile lorsque les campagnes d'information ou d'éducation s'adressent à un groupe plus important (population-cible), caractérisés par des conditions socioculturelles multiples et variées. Les contrôles d'efficacité exigent un grand déploiement de moyens et ne peuvent être entrepris qu'à plus longue échéance.

Pour faciliter le choix des types de programmes et médias à utiliser, nous présenterons ci-après différentes formes de communication et les moyens audio-visuels auxquels elles font appel. Une distinction est opérée entre la communication interpersonnelle directe et la communication au travers de moyens de communication de masse.

Communication interpersonnelle directe

On entend par là toutes les méthodes et techniques où l'informateur, voire le diffuseur, et le groupe-cible entrent directement en relation les uns avec les autres, et où on utilise des moyens auxiliaires audio-visuels en plus de l'entretien.

Méthodes

Moyens auxiliaires

. réunions et conférences	. brochures
. discussions de groupe	. dépliants
. jeux de rôles	. projections vidéos
. jeux de scène	. films
. études de cas	. diapositives
. visites à domicile	. montage sons et images
. démonstrations	. tableaux papier
	. tableaux noirs
	. maquettes
	. expositions
	. cartes /diagrammes

Communication par l'intermédiaire de moyens d'information de masse

Dans cette forme de communication, le récepteur reçoit une information spécifique par voie indirecte. Cette information a subi un traitement médiatique et ne peut plus être influencée par celui qui la transmet.

. radio	. cinéma
. télévision	. affiches
. journaux	. théâtre

Des études conduites auprès de groupes-cible familiarisés avec les techniques médiatiques (par exemple, dans les pays industrialisés) ont révélé que les différentes formes de communication ou médias avaient des incidences bien déterminées. Quant il s'agit de transmettre des connaissances uniquement, on peut avoir recours à presque tous les moyens de communication de masse. Un film ayant un scénario correspondant peut influencer l'attitude du spectateur. Par contre, les médias consistant à laisser défiler les images se prêtent moins bien à l'apprentissage d'aptitudes pratiques que le travail sur maquettes. Des systèmes médiatiques complets doivent donc être employés pour l'information et l'enseignement, ceci afin de garantir un impact de large portée.

Il ne semble pas possible de transposer directement ces observations sur les groupes-cible dans les pays en développement. L'expérience qu'ont les groupes-cible de l'usage des médias et des différentes formes de communication varie considérablement en fonction de leur situation socioculturelle. L'interprétation du message, et donc son incidence, ne coïncident pas nécessairement avec le but recherché, ce qui est mis en lumière par les exemples suivants:

- Des bulles de bandes dessinées ont été interprétées par des habitants de Birmanie comme étant un symbole devant leur faire comprendre que ces personnes avaient mangé de l'ail.
- L'enregistrement d'un entretien sur bande magnétique n'a pas été reconnu comme ayant valeur de document par les participants, ceux-ci étant convaincus que l'on ne peut pas stocker les voix humaines.
- La projection au ralenti d'une scène avec des travailleurs occupés à construire un puits peut conduire au rejet du projet par la population, celle-ci craignant que ses mouvements ne soient ralentis de la même façon en cas de participation à des travaux de ce genre.
- Le fait de décrire le sol comme étant sale peut amener certains groupes-cible à ne plus participer aux actions d'éducation pour l'hygiène, car le sol ou plus précisément la terre symbolise la mère, et que cette affirmation blesse les femmes participant aux séances éducatives dans leur amour-propre.
- Le fait d'utiliser certaines couleurs pour visualiser un contenu pédagogique peut violer les tabous du groupe-cible et provoquer un rejet des mesures éducatives (couleurs "sacrées" chez certaines civilisations).
- Dans les sociétés à tradition orale, des tests menés avec des diffuseurs ont montré que même des individus formés, comme le personnel soignant, avaient souvent des difficultés à interpréter des images. En République islamique turque, un fort pourcentage des agents de santé villageois n'a pas reconnu ce qui se trouvait sur une photo polaroid, montrant une chaise du dispensaire posée à l'envers. Les agents de santé n'ont pas été en mesure d'identifier l'objet ainsi visualisé et de mettre une chaise dans la même position.

- Le recours aux moyens d'information de masse peut également susciter des difficultés. Dans le cadre d'un projet en Indonésie, l'analyse du groupe-cible a révélé l'existence d'un nombre suffisant de postes de radio. Les émissiers radios diffusés par le projet n'ont, toutefois, pas eu l'impact attendu, car les évaluateurs ne s'étaient pas rendu compte que les propriétaires de ces postes n'écoutaient la radio qu'occasionnellement, faute de pouvoir se procurer des piles sur le marché.
- Le recours à la télévision, souvent préconisé pour les programmes éducatifs, présente l'inconvénient qu'il ne permet d'atteindre que la population urbaine. Malgré l'efficacité de ce véhicule d'information, les projets d'adduction d'eau et d'assainissement disposent rarement des moyens leur permettant d'installer les postes de réception nécessaires auprès du groupe-cible.

Les supports de communication et les médias doivent donc être produits ou choisis en fonction des réalités nationales et des caractéristiques spécifiques du groupe-cible.

Le tableau suivant présente les supports et moyens de communication importants, et indique en même temps leurs particularités et leurs avantages. Il commente, en même temps, les difficultés éventuellement rencontrées, ce qui facilite le choix des moyens de communication à utiliser ou à produire. En fonction des besoins, on peut envisager de combiner différents outils de communication. Pour obtenir un impact de large portée, de l'information par exemple, on peut utiliser des médias polyvalents, tels que les enregistrements vidéo et les films. Ces médias peuvent être utilisés pour atteindre des groupes de grande taille, appartenant à des milieux socioculturels variés. Selon les commentaires accompagnant ces films ou montages vidéo, ils servent à transmettre ces connaissances théoriques et pratiques ainsi qu'à induire des changements d'attitude. Les médias utilisés dans les structures de communication traditionnelles (marionnettes, musique, théâtre, narration) sont considérés dans l'ensemble comme étant efficaces. L'emploi combiné d'outils de communication modernes et traditionnels doit donc être rendu tributaire d'une phase préliminaire d'essais.

Tableau Présentation de différentes formes de communication et moyens audio-visuels

Formes de communication	Avantages	Commentaires
Réunions et exposés	. faciles à organiser	La hiérarchie sociale peut empêcher la participation à la discussion
Discussions de groupe	. échange direct et multiple d'opinions complexes . donne un aperçu des problèmes d'ensemble	Problèmes éventuels de domination
Jeux de rôles	. le thème peut être considéré sous des éclairages différents . attirent l'attention sur les comportements typiques, non réfléchis	Le thème doit être repris et commenté ultérieurement
Jeux de scènes	. valeur de divertissement élevée . incitent les spectateurs à se livrer à une analyse critique de la situation	Il convient d'éviter de trop diversifier les thèmes
Marionnettes et ombres chinoises	. crédibilité importante car il s'agit d'un médium traditionnel . production locale des marionnettes . intégration de l'information dans son contexte culturel . l'effet pédagogique recherché est obtenu en associant l'apprentissage au divertissement	Le recours aux marionnettes et aux ombres chinoises présuppose une bonne connaissance de la culture locale
Etudes de cas	. incitent à l'initiative lorsque les participants reconnaissent et retrouvent des éléments caractéristiques de la situation locale	Les récepteurs doivent être motivés à élaborer leurs propres études de cas
Visites à domicile	. établissement de bonnes relations personnelles entre les agents de terrain et le groupe-cible . amélioration de la participation de la population . source d'informations supplémentaire	Les prises de notes sont recommandées

Formes de communication	Avantages	Commentaires
Démonstrations	<ul style="list-style-type: none"> . sollicite fortement l'attention . participation et encouragement du groupe-cible . processus d'apprentissage pratique . meilleure accessibilité du groupe-cible 	Il est conseillé de procéder à la distribution de brochures à la fin de la séance de démonstration
Radio	<ul style="list-style-type: none"> . facilité de diffusion massive d'informations . permet d'atteindre même les analphabètes . support médiatique intéressant . diversité au niveau des formes de transmission 	Les thèmes devraient être approfondis dans des tribunes de discussion et être appliqués aux conditions locales
Télévision	<ul style="list-style-type: none"> . la combinaison son/image convient à la présentation de contenus compliqués . sollicite fortement l'attention . support médiatique approprié pour informer, motiver, éduquer 	Le traitement thématique des émissions est difficile sans installations vidéo/textes écrits
Cinéma	<ul style="list-style-type: none"> . attire toutes les couches sociales 	Ne peut être utilisé qu'indirectement comme médium pédagogique
Journaux	<ul style="list-style-type: none"> . permettent d'influencer l'opinion publique et favorisent la prise de conscience . support médiatique convenant à une présentation approfondie . élément important dans une combinaison d'instruments médiatiques 	Un impact durable peut être obtenu grâce à la publication de séries d'articles
Montages vidéo	<ul style="list-style-type: none"> . production locale possible . association ou participation des spectateurs . bon support de documentation . aide pédagogique appropriée pour des groupes restreints 	Utilisé dans un but pédagogique, cet instrument devrait être combiné avec des brochures et des notices manuscrites
Films	<ul style="list-style-type: none"> . sollicitent fortement l'attention . stimulation émotionnelle importante . permet de s'adresser à des groupes de grande taille . aide pédagogique efficace et ayant des effets durables 	Le traitement thématique ultérieur peut être organisé facilement sous forme de discussions de groupe

Formes de communication	Avantages	Commentaires
Montages audio-visuels	<ul style="list-style-type: none"> . peuvent être produits pour des thèmes et groupes-cibles spécifiques . valeur de démonstration élevée 	La correspondance entre le texte et l'image est essentielle; l'effet pédagogique est faible en cas de préparation et de traitement ultérieur insuffisants
Diapositives	<ul style="list-style-type: none"> . production centrée sur les caractéristiques spécifiques du groupe-cible, sélection et composition thématiques possible . traitement approfondi du thème 	Le chevauchement d'informations doit être évité à tout prix; la priorité doit être donnée aux prises de vue de détail plutôt qu'aux représentations d'ensemble
Affiches	<ul style="list-style-type: none"> . aide pédagogique convenant pour les groupes-cible de grande taille . diffusion rapide de messages simples . support médiatique bon marché 	Le choix de la localité est important; il est indispensable de procéder à une phase d'essais méticuleux
Expositions	<ul style="list-style-type: none"> . structure de communication pouvant être utilisée pour des groupes-cible spécifiques . possibilité de présenter un thème de façon globale en ayant recours à des médias différents . effet important de démonstration et de sensibilisation de l'opinion publique 	Des expositions ponctuelles, permanentes ou mobiles sont possibles; elles occasionnent des coûts relativement importants
Tableaux papier	<ul style="list-style-type: none"> . conviennent bien pour informer sur un thème précis . peuvent être fabriqués sur place à peu de frais . facilement transportables . utilisation multiple possible . peuvent être facilement combinés à d'autres aides pédagogiques 	Conviennent uniquement pour transmettre des messages peu complexes; le degré d'efficacité dépend de la qualité de l'animateur
Tableaux muraux	<ul style="list-style-type: none"> . support traditionnel simple . utilisables partout . permettent la visualisation de processus et étapes d'apprentissage . visualisation directe par des textes et graphiques, éventuellement en couleurs 	L'agencement et la présentation du texte et de l'image représentent un élément de qualité essentiel

Formes de communication	Avantages	Commentaires
Cartes/ diagrammes	<ul style="list-style-type: none"> . approfondissement et visualisation de thèmes choisis . regroupement d'aspects essentiels 	Pré suppose que le groupe-cible soit entraîné
Maquettes	<ul style="list-style-type: none"> . bonne visualisation concrète de processus et modes de construction . stimulent l'esprit de reproduction et d'imitation 	Fabrication chère et difficile, problèmes de transport
Brochures/ dépliants	<ul style="list-style-type: none"> . adaptables aux caractéristiques du groupe-cible . permettent un approfondissement thématique et une visualisation graphique . peuvent être aisément combinés à d'autres médias . consolidation durable et importante des connaissances 	Coûts de production relativement élevés; l'efficacité de ce médium dépend de la présentation graphique et didactique du texte

* Production

La production des aides pédagogiques et moyens audio-visuels nécessaires suppose, soit la fabrication de toutes pièces, soit l'adaptation de médias existants aux besoins spécifiques de la région. Dans le cas d'adaptations, il importe de veiller à ce que des tests d'efficacité soient effectués préalablement.

Selon la situation du pays, il faut, soit créer une nouvelle unité de production, soit répartir les travaux sur les centres de production rattachés aux différents services publics. Le choix des médias à confectionner devrait être opéré en fonction des technologies de production locales pouvant être employées. Cette restriction ne doit, toutefois, nuire ni au contenu ni à la qualité des produits. La qualité esthétique des représentations imagées est souvent sous-estimée par les producteurs. Des représentations laides peuvent froisser les susceptibilités, ce qui amoindrirait considérablement leur efficacité.

La décision concernant les opérations à réaliser dans le pays d'intervention et à l'étranger dépend de la capacité de production actuelle (qualifications, disponibilités en matériel et machines, durée de la production, coûts) des services locaux.

* Mise à l'essai des médias

Avant d'entamer la reproduction ou de se lancer dans la production de masse, les médias doivent être mis à l'essai parmi le groupe-cible. Ces essais ont pour objet de vérifier

si le message représenté est compris et accepté dans la forme proposée. L'impact de ces médias sur le comportement du groupe-cible ne peut pas encore être testé à ce stade. Ce contrôle devra prendre place durant la phase de mise en oeuvre des mesures d'animation et de communication sociales.

L'efficacité et l'impact des médias doivent être testés non seulement sur le groupe-cible mais aussi au niveau des animateurs. Les animateurs jouent un rôle important dans la transmission des informations, dans la mesure où leur capacité de faire passer un message influence également la réaction du groupe-cible. Les résultats de ces tests obligent, le cas échéant, à corriger la conception des médias et, éventuellement, à réviser le programme pédagogique destiné à la formation des animateurs.

La mise à l'essai des médias est souvent omise, faute de disposer du temps nécessaire et de moyens financiers suffisants. Ceci explique que, dans certains pays en développement, un grand nombre de médias continuent d'être utilisés pendant de longues années, en dépit de leur faible efficacité.

Les auteurs insistent sur la nécessité de tester les médias avant leur utilisation.

* Reproduction

La reproduction ou la production en série de ces matériels peut, en fonction des capacités disponibles, être confiée à des services publics ou établissements privés du pays même, ou doit être réalisée à l'étranger.

4.3 SENSIBILISATION AUX ACTIVITES D'ADDUCTION D'EAU ET D'ASSAINISSEMENT

Les actions visant à sensibiliser le groupe-cible ont pour but d'inciter ce dernier à participer aux activités du projet d'adduction d'eau potable et d'assainissement, c'est-à-dire à accepter les équipements et services proposés.

* Elaboration de programmes

Pour la sensibilisation du groupe-cible, il convient d'élaborer, selon les principes mentionnés ci-avant, des programmes orientés aux objectifs que l'on se propose d'atteindre. Il est important que les activités de sensibilisation soient entreprises dès le stade de l'étude de faisabilité. Les déclarations des experts influencent, en effet, les attentes placées dans le projet par la population. Les visites rendues par les collaborateurs du projet aux décideurs locaux affermissent encore davantage la population dans ces attentes. De telles visites sont nécessaires lorsqu'il s'agit de recruter du personnel local ou de tester des médias, par exemple. Ces étapes préliminaires de la sensibilisation doivent être prises en compte lors de la conception du programme.

Les sous-objectifs du programme sont déterminés par le mode de participation attendu de la population. Les facteurs suivants (indicateurs) servent à mesurer la participation:

Adduction d'eau potable

Dans le cas de branchements domestiques:

- demandes de branchement individuel
- notification des dommages et prise en charge des frais de réparation

Dans le cas de branchements collectifs (puits, bornes-fontaines):

- choix du site de forage
- création d'un comité d'eau, d'hygiène et de santé pour les points d'eau publics, ou recours à d'autres formes d'organisation caractéristiques pour la région
- participation aux travaux de construction
- participation à l'aménagement du point d'eau
- participation au choix de l'équipement et des pompes
- paiement des redevances
- notification des dommages importants et prise en charge des frais de réparation et de maintenance

Assainissement

Dans le secteur privé:

- construction et utilisation de latrines
- construction et entretien des installations d'évacuation des eaux usées et d'élimination des déchets

Dans le secteur public:

- utilisation et, sauf réglementations contraires, entretien des latrines publiques

* Formes de communication

Le programme de sensibilisation correspondant doit, dans chaque cas particulier, être élaboré en conformité avec la situation socioculturelle du groupe-cible. D'après les expériences accumulées à ce jour, les formes de communication les plus employées sont l'information par l'intermédiaire des mass-médias et les entretiens menés avec le groupe-cible avec l'aide de moyens audio-visuels. Lorsqu'il est fait recours aux méthodes du marketing social et de la publicité, on dispose de techniques supplémentaires de nature à améliorer la communication (par exemple, cadeaux publicitaires).

* Exemple concret

La démarche retenue pour la mise en oeuvre de la sensibilisation dépend du type de programme choisi et des formes de communication jugées appropriées. En milieu rural, l'emploi des méthodes suivantes s'est révélé efficace.

Les informations d'ordre général sont transmises au groupe-cible par le biais des mass-médias. L'information spécifique est véhiculée par les représentants de l'Administration. Les collaborateurs désignés pour les actions d'animation sociale entrent en contact direct avec le groupe-cible et lui expliquent les activités de projet prévues. Des moyens audio-

visuels sont utilisés pour renforcer l'impact de ces explications.

Le contact direct avec la population exige le concours d'un personnel qualifié. Ces agents doivent être capables d'instaurer des relations de confiance avec la population. Pour pouvoir s'acquitter de leurs tâches, ils doivent, de plus, posséder des connaissances et aptitudes pratiques dans les domaines suivants:

- approvisionnement en eau potable et assainissement
- santé et hygiène
- techniques de marketing et de sensibilisation
- sociologie et formation sociologique.

Il est préférable de recruter ces agents parmi les services publics représentés à l'échelon local plutôt que d'engager à court terme des collaborateurs indépendants. Une telle démarche garantit la pérennité des activités au terme du projet.

Il importe de veiller à ce que chacun des collaborateurs de cette équipe soit préparé à sa mission. Compte tenu du grand nombre de contacts informels entretenus par ce personnel, il est important que chaque membre de l'équipe, qu'il s'agisse des experts ou du personnel auxiliaire (tels que les chauffeurs et les cuisiniers), connaisse la stratégie du projet.

Cette équipe se rend auprès du groupe-cible à périodicité régulière (pour informer la population, coordonner les activités, arrêter définitivement les modalités de sa participation). Ces visites et les résultats des entretiens menés à cette occasion doivent être consignés dans des comptes-rendus, établis de concert avec la population. Cette méthode facilite la conclusion d'arrangements formels et permet d'éviter les erreurs d'interprétation.

Il est conseillé d'intégrer les activités de sensibilisation dans des programmes en cours d'exécution. Ceci permet d'économiser les frais de déplacement, par exemple, lorsque l'équipe de sensibilisation accompagne les agents des services sanitaires lors de campagnes de vaccination. La coordination nécessaire peut être assurée par les organismes locaux chargés de piloter les interventions des services techniques; de telles structures de coordination et de suivi existent dans la plupart des pays.

* Comités d'eau, d'hygiène et de santé

La sensibilisation n'a pas seulement pour objet d'informer les futurs utilisateurs. En effet, un soutien doit souvent être fourni en même temps, afin d'organiser et de structurer la participation de la population. Dans ce contexte, il a été observé que le fait de rendre les utilisateurs solidairement responsables de l'équipement technique avait un impact positif sur l'acceptation. Une telle approche se trouve facilitée lorsque le groupe-cible connaît des formes d'association traditionnelles (par exemple, travaux communautaires sur les champs, administrations villageoises démocratiques) ou modernes (coopératives, groupes d'action).

Dans le but d'améliorer l'acceptation de la partie technique du projet et de renforcer les effets de l'animation sociale, on peut créer par exemple des comités d'eau, d'hygiène et de santé. Etant donné que la réalisation des projets d'adduction d'eau et d'assainissement mobilise une main d'oeuvre nombreuse, le ministère fédéral allemand de la Coopération économique recommande, dans son rapport sectoriel, d'honorer en conséquence les prestations fournies par la population. Il conviendrait d'étudier également si l'intervention des membres des comités ne devrait pas être également rémunérée par le projet à l'avenir.

Les comités peuvent bénéficier d'un soutien au niveau de la définition des tâches ainsi que de la sélection et de la formation de leurs membres. Si un tel comité est également compétent pour recouvrer les cotisations et redevances, une assistance devrait également lui être apportée pour organiser sa comptabilité et la tenue des comptes. Les attributions et responsabilités du comité varient selon la conception retenue pour le projet d'adduction d'eau et d'assainissement. Les tâches incombant en règle générale à un tel comité sont les suivantes:

- entretien des équipements techniques
- réparation des équipements techniques
- surveillance des conditions d'hygiène dans les installations techniques
- gestion des ressources financières (recouvrement des redevances, cotisations, ventes d'eau, etc.)
- convocation et direction des séances du comité local, qui doit siéger au moins une fois par mois
- représentation permanente du groupe-cible vis-à-vis du projet.

Dans le cas d'un projet combiné d'adduction d'eau potable et d'assainissement, les attributions et compétences du comité peuvent être élargies en fonction des activités envisagées (équipements sanitaires privés et publics):

- organisation de la distribution des éléments de cabinets d'aisances (par exemple couvercles, tuyaux de ventilation, cuves en plastique dans le cas de cabinets d'aisance à chasse d'eau)
- assistance lors de la construction de toilettes privées
- organisation de la participation de la population à la construction d'équipements publics
- organisation de l'assainissement.

Un comité doit, par conséquent, être composé des personnes suivantes:

- un président, responsable de la coordination des activités
- un comptable, chargé de veiller au paiement des cotisations destinées à la construction, à l'achat de pièces de rechange et à la couverture des frais de réparation
- un responsable de l'hygiène, chargé de veiller à l'état de propreté et à l'aménagement du point d'eau

- un responsable de l'entretien, chargé d'assurer les travaux courants d'entretien du point d'eau et les petites réparations.

Ces fonctions devraient, en dépit de toutes les difficultés éventuelles, être confiées à parts égales à des personnes du sexe féminin et masculin. Dans certains pays d'Afrique orientale et d'Asie, par exemple, les femmes sont elles aussi initiées à la maintenance des pompes: ceci a conduit à de très bons résultats, car les femmes sont les premières intéressées par un approvisionnement permanent en eau. Les critères suivants doivent être pris en compte lors de la sélection des membres du comité:

- Les postes de responsabilité devraient être confiés à des personnes respectées, acceptées par la population et résidant dans la localité concernée.
- Les membres du comité devraient posséder des connaissances de base dans leurs domaines d'attribution respectifs.
Comptabilité: alphabétisation; hygiène: expérience pratique en tant qu'auxiliaire de santé ou sage-femme villageoise; réparation: qualification dans un métier artisanal ou en mécanique.

Les membres du comité doivent bénéficier d'une instruction les préparant spécifiquement aux tâches à accomplir. Des programmes pédagogiques, adaptés aux niveaux de qualification des membres du comité, doivent être élaborés à cet effet (voir chapitre 4.2.3).

* Limites de la sensibilisation

Les auteurs partent de l'hypothèse, selon laquelle la mise en oeuvre de campagnes de sensibilisation n'est pas nécessaire, lorsque l'approvisionnement en eau et en installations d'assainissement procède d'un besoin fondamental véritable (pénurie d'eau permanente et situation hygiénique jugée critique). Si, par contre, ces besoins sont identifiés de l'extérieur, dans le cadre de recherches objectives, il sera alors opportun de mener une action de sensibilisation, afin de faire comprendre à la population les tenants et les aboutissants ainsi que l'importance des activités envisagées. Force est de constater, malgré tout, que les efforts de sensibilisation ne se soldent pas toujours par une réussite. Les réactions suscitées, dans les cas concrets suivants, par les arguments de l'équipe de sensibilisation illustrent cette situation.

Arguments de l'équipe de sensibilisation:

- une meilleure qualité de l'eau se traduit par une diminution de l'incidence des maladies et par une économie de coûts
- le gain de temps peut être employé à des activités de loisir et à des activités productives dans d'autres secteurs
- un approvisionnement permanent et bon marché en eau stimule le développement socio-économique

- l'attrait accru du site contribue à prévenir l'exode des travailleurs et des spécialistes vers les villes
- les conditions d'hygiène améliorées contribuent à réduire l'incidence des maladies
- les latrines domestiques augmentent la valeur de la propriété
- l'élimination des déchets réduit l'incidence des maladies
- l'évacuation des eaux pluviales facilite la circulation et les transports.

Les expériences antérieures vécues par le groupe-cible amènent souvent ce dernier à réfuter ces arguments avancés par les collaborateurs du projet:

- Lors d'une campagne de sensibilisation organisée de façon analogue, le ministère de l'Agriculture avait mené une action de grande envergure, afin d'accroître la production de riz; celle-ci n'a pas pu être écoulee par la suite. Bien qu'intéressé par le projet, le groupe-cible s'enferme alors dans une attitude de méfiance.
- Dans un village de la forêt vierge, l'approvisionnement traditionnel en eau est suffisant. Comme il s'agit d'un village déshérité, le gouvernement prévoit d'aménager un système d'adduction d'eau moderne afin d'accroître ainsi l'attrait du site et de prévenir l'exode de la population. Les habitants, quant à eux, proposent l'implantation d'une scierie, qui, en créant des emplois, serait mieux à même, selon eux, de freiner l'exode rural.
- lors d'une enquête, la population masculine exprime sa volonté de participer au projet d'adduction d'eau et d'assainissement. Les femmes s'opposent à cette décision en argumentant que ce sont elles qui, au sein de la famille, doivent assurer leur subsistance et celle de leurs enfants, et que leurs revenus ne leur permettent pas de prendre en charge les frais courants d'eau. Elles pourraient, par contre, améliorer leurs revenus si on mettait à leur disposition des moulins à main ou des décortiqueuses d'arachides par exemple. Les femmes n'imputent pas le manque de temps à la corvée d'eau mais bien plus au fait qu'on leur ait attribué les champs les plus éloignés et de fertilité médiocre, lors de la répartition des terres.
- Le temps libre économisé ne peut pas être employé par les femmes pour améliorer leurs connaissances, par exemple, les cours d'alphabétisation et d'économie domestique ayant lieu à des heures peu propices de la journée.

L'équipe de sensibilisation ne peut pas faire fi de ces expériences car elles mettent en cause l'acceptation des mesures envisagées. Pour pouvoir établir un dialogue véritable avec la population, l'équipe de sensibilisation devrait avoir la possibilité de communiquer directement aux services compétents les opinions et recommandations émanant du groupe-cible. Dans ce contexte, le dialogue apparaît comme étant un processus dynamique, exigeant de la part des collaborateurs

du projet qu'ils fassent preuve d'un grand engagement et de beaucoup de créativité pour résoudre les problèmes.

Un processus dynamique similaire se déroule entre le comité et la population. Un comité peut se voir confronté à des difficultés lorsque la participation de la population aux activités du projet diminue. Comme ce processus peut avoir un impact fortement négatif sur la marche du projet et, partant, sur l'acceptation de ce dernier, il sera commenté ci-après à l'appui des exemples suivants.

Les contributions en espèces destinées à la construction d'un puits ou à l'installation d'une pompe sont la plupart du temps versées de bon gré par le groupe-cible. La disponibilité des habitants à payer la redevance annuelle servant à l'entretien de la pompe décroît toutefois au cours des années, pour diverses raisons:

- La population n'utilise le système d'adduction d'eau public que pendant la saison sèche, et l'intérêt porté à cet équipement décroît en conséquence.
- Les habitants de villages voisins ou les nomades profitent du système d'adduction d'eau, sans devoir s'acquitter de redevances.
- Dans certaines villes, des familles riches engagent des porteurs d'eau; ceux-ci usent de leur force pour se frayer un passage jusqu'au point d'eau et évincent de la file les femmes qui attendent leur tour. Face à ce comportement qui les place dans une position désavantageuse, les femmes commencent à ne plus payer la redevance.

Le comité ne doit pas seulement faire face à des problèmes émanant de la population, mais aussi aux difficultés pouvant se présenter en connexion avec le projet d'adduction d'eau et d'assainissement. A son titre de défenseur des intérêts de la population vis-à-vis de l'organisation du projet, le comité se heurte souvent à d'étroites limites. Cette constatation peut être étayée par les exemples suivants.

Consultation des usagers lors du choix des pompes

Dans certains pays, les femmes ont fait de mauvaises expériences avec les pompes à pied (fracture de la jambe, rupture de l'utérus). Malgré ces expériences préjudiciables à l'acceptation des installations, le comité ne peut pas influencer le choix des pompes. Les considérations techniques et financières priment sur les recommandations formulées par les comités.

Droit de regard sur les prix des pièces de rechange

Lorsque l'approvisionnement en pièces de rechange s'appuie sur les structures de l'économie privée, les prix peuvent être fixés directement par les commerçants. Cette forme d'organisation donne lieu à des augmentations de prix non contrôlées, que le comité doit défendre devant les utilisateurs. Certains projets ont cherché à résoudre le problème de la façon suivante: les pièces de rechange sont photographiées et les prix indiqués sur les photos. Le comité est ainsi en mesure d'exercer un contrôle sur les prix.

Notification des dommages

L'acceptation du projet peut être compromise si les services nationaux ne réagissent pas, dans les délais prévus, aux avis de dommage communiqués par le comité. Ces avis de dommage concernent des pannes survenues sur les pompes ou une contamination de l'eau potable par des larves de mouches. Les délais d'attente à compter de la date de notification du dommage atteignent parfois un an. La conséquence d'une telle situation est que les populations s'en retournent à leurs points d'eau traditionnels.

Ces exemples démontrent clairement que la mise en place ou l'existence d'une structure d'organisation opérationnelle est indispensable si l'on veut garantir la participation de la population à long terme.

4.4 EDUCATION ET MESURES CONCRETES DE MISE EN CONFIANCE

Comme indiqué en liminaire du présent rapport de synthèse, les auteurs considèrent qu'il est nécessaire de mettre en oeuvre tout un train de mesures complémentaires si l'on veut améliorer l'acceptation des projets d'adduction d'eau et d'assainissement. Les programmes d'éducation et les mesures concrètes de mise en confiance font partie de ce système de mesures.

Les mesures éducatives sont censées conduire au résultat suivant:

- L'état de santé de la population s'améliore parce que celle-ci a appris à se protéger contre les maladies transmissibles et à se soigner elle-même (éducation pour l'hygiène et éducation sanitaire). La population comprend mieux les interactions existant entre l'eau, l'hygiène et la santé. Les installations techniques sont acceptées et utilisées à bon escient, ce qui a un effet bénéfique sur la santé.

Les mesures concrètes de mise en confiance sont supposées conduire à plusieurs résultats:

- L'état de santé de la population s'améliore parce que les services sanitaires s'acquittent plus efficacement de leurs fonctions dans le domaine de la médecine préventive et curative (renforcement des services d'hygiène et des services de santé)
- Les conditions de vie s'améliorent de façon générale parce que la population participe aux activités socio-économiques et que les services compétents lui apportent un soutien sous forme de micro-projets ou de programmes appropriés (renforcement des programmes de développement communautaire).

Ces mesures concrètes permettent de satisfaire les besoins fondamentaux de la population en matière de santé. Des expériences positives, recueillies dans le cadre des programmes de développement, stimulent sa participation ainsi que ses initiatives individuelles et collectives d'auto-assistance. Cette démarche est conforme à l'approche multisectorielle et pluridisciplinaire adoptée par la Décennie Internationale de

l'Eau potable et de l'Assainissement. Ces différentes mesures sont présentées de façon plus circonstanciée dans les sous-chapitres suivants.

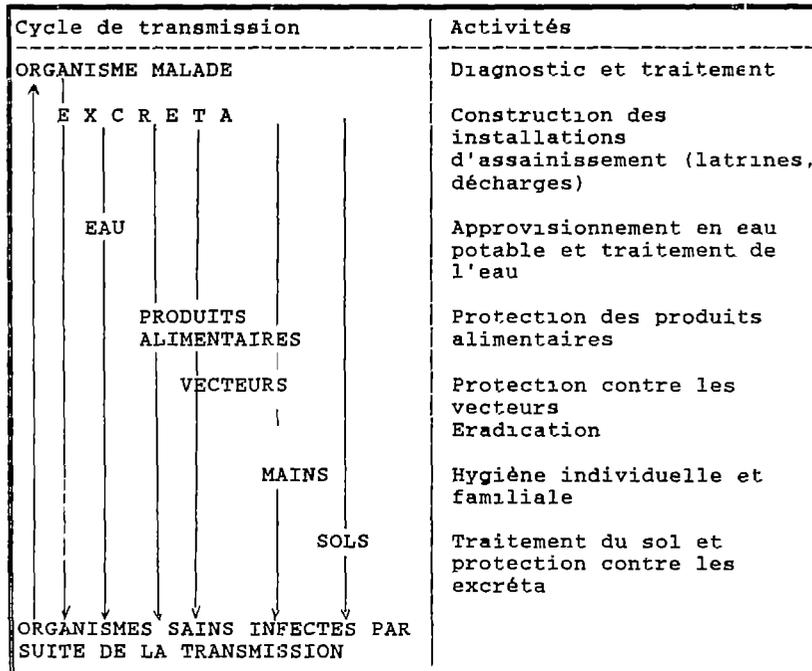
4 4.1 PROBLEMES DE SANTE LIES AUX CONDITIONS D'HYGIENE ET A L'EAU

L'importance et la nécessité des mesures éducatives (éducation pour l'hygiène et la santé) ainsi que des mesures concrètes de soutien (promotion des services d'hygiène et de santé) découlent du spectre des maladies prévalant dans les pays en développement. Il s'agit, en l'occurrence, de maladies infectieuses caractérisées par leurs voies de transmission.

Parmi les maladies infectieuses affectant en priorité les habitants des pays en développement à climat tropical et subtropical, on compte avant tout les maladies du tractus intestinal ainsi que les maladies transmises par des vecteurs (mouches, moustiques, rongeurs) telles que le paludisme, la maladie du sommeil, les filarioses de même que la bilharziose, transmise par contact direct avec l'hôte intermédiaire vivant dans l'eau.

Les routes de dissémination de ces maladies infectieuses sont représentées dans le schéma suivant, qui montre que les agents pathogènes peuvent pénétrer dans l'organisme sain à partir des excréta et secréta d'un organisme malade (excréta eau, produits alimentaires, vecteurs, mains, sol).

Tableau Voies de transmission



Les mesures permettant de lutter contre ces maladies consistent à entraver les routes de dissémination et à traiter l'organisme infecté. Ces différentes mesures sont regroupées dans la notion d'hygiène. Comme il ressort du tableau suivant, les mesures à prendre varient selon la nature de la maladie. La fourniture d'eau potable saine et de qualité irréprochable, la construction d'installations d'assainissement (latrines, systèmes d'évacuation des eaux usées et d'élimination des déchets), la lutte anti-vectorielle, le contrôle des aliments et le traitement des organismes excréteurs des agents pathogènes comptent au nombre de ces mesures. La transmission et la propagation de ces maladies sont considérablement influencées par le comportement et les pratiques d'hygiène. Il découle de ce qui précède que seul le recours combiné à des mesures éducatives et à des mesures concrètes de soutien est de nature à réduire l'incidence des maladies infectieuses.

Tableau Maladies transmissibles et mesures de lutte

Catégorie	Infection	Foyer de dissémination	Mesures de lutte
I	Oxyurose Diarrhée virale Amibiase Giardiase Hyménolépiase	Contact direct domestique	. Approvisionnement domestique en eau . Education pour la santé . Amélioration du logement . Mise en place de cabinets d'aisance
II	Typhoïde Salmonellose Shyggellose Choléra Infection à collibacilles	Contact domes- tique Eau Récoltes	. Approvisionnement domestique en eau . Education pour l'hygiène . Amélioration du logement . Mise en place de cabinets d'aisances . Traitement préalable à l'évacuation et au recyclage
III (Hel- min- thia- se)	Ascaridiase Trichocéphalose Ankylostomiase	Cours d'eau Champs Récoltes	. Mise en place de cabinets d'aisances . Traitement des excréta avant leur épandage
IV	Téniasis	Cours d'eau Champs Récoltes	. Mise en place de cabinets d'aisance . Traitement des excréta avant leur épandage
V	Bilharziose Distomatose	Eau	. Cabinets d'aisances . Traitement des excréta avant leur épandage

Caté- gorie	Infection	Foyer de dissémination	Mesures de lutte
VI	Filariose Ensemble des infections à entéro-virus et collibacilles avec diarrhée	Divers sites contaminés par des excréta et servant de gîtes larvaires	. Identification et élimination des gîtes larvaires

4 4.2 EDUCATION POUR L'HYGIENE

Les thèmes de l'éducation pour l'hygiène sont ainsi déterminés par le spectre des maladies infectieuses affectant le groupe-cible ainsi que par les voies de transmission de ces dernières.

* Objectifs pédagogiques en vue d'induire des modifications du comportement

Les objectifs de l'éducation pour l'hygiène sont définis par référence aux pratiques et comportements, favorisant une transmission des maladies. On veut, par l'éducation, parvenir à promouvoir un comportement entravant les voies de transmission des maladies infectieuses. Les comportements qui favorisent la transmission et sont préjudiciables à la santé doivent être atténués.

Le spectre des maladies de même que le comportement de la population en matière d'hygiène présentent toutefois des différences régionales. Ainsi, le ver de Guinée, par exemple, qui peut être combattu par l'utilisation d'eau potable saine, ne se rencontre pas dans toutes les régions d'Afrique. En Indonésie, la cuisson de l'eau de consommation est une pratique répandue, qui permet de lutter efficacement contre les maladies du tractus intestinal. Par contre, on construit ici des latrines sur les points d'eau traditionnels (mares, lacs). L'eau est ainsi souvent contaminée et les enfants peuvent s'infecter facilement en ingérant involontairement de l'eau pendant la baignade.

Les objectifs pédagogiques de l'éducation pour l'hygiène dépendent donc de la situation rencontrée au sein du groupe-cible. Pour cette raison, il n'est pas possible d'élaborer des programmes d'éducation applicables à différentes régions. Les objectifs pédagogiques pouvant entrer en ligne de compte sont indiqués ci-après en fonction des différents secteurs d'hygiène.

Hygiène individuelle

- se laver les mains après défécation
- se laver les mains avant de manipuler des aliments et de préparer les repas
- laver régulièrement les enfants en bas âge

- Hygiène domestique
- nettoyer les ustensiles de cuisine après chaque usage
 - maintenir le logement et les abords proches de l'habitation en grand état de propreté
 - maintenir les toilettes en état de propreté
- Hygiène environnementale
- maintenir l'état de propreté au point d'eau
 - transporter et stocker l'eau dans de bonnes conditions d'hygiène
 - éliminer les déchets dans de bonnes conditions d'hygiène
 - évacuer les eaux usées dans de bonnes conditions d'hygiène
 - assurer une protection contre les vecteurs
- Hygiène alimentaire
- faire bouillir l'eau utilisée dans l'alimentation des bébés
 - laver les aliments avec de l'eau pure
 - cuire les aliments
 - veiller à la bonne conservation des aliments
 - stocker les aliments dans des récipients propres, protégés contre la pénétration des insectes

*** Mesure du degré de réalisation des objectifs**

Pour mesurer le degré de réalisation des objectifs, on définit des indicateurs, tels que présentés ci-dessous à l'exemple du lavage des mains. Le lavage des mains permet d'interrompre l'infection par voie fécale-orale (hygiène individuelle) et peut être considéré comme objectif pédagogique. La réalisation de cet objectif pédagogique peut être contrôlée à l'aide des indicateurs suivants:

- lavage des mains
- présence d'un récipient rempli d'eau au lieu de défécation
- transport d'un récipient d'eau jusqu'au lieu de défécation
- état de santé du point de vue des maladies infectieuses transmises par voie fécale
- consommation d'eau.

Les multiples formes de comportements possibles doivent être prises en compte lors de la définition des indicateurs. Lorsque la présence d'un seau rempli d'eau sert d'indicateur, par exemple, il peut arriver que l'évaluateur se contente de noter la présence de ce seau rempli d'eau. Il ne se rend pas compte que tous les usagers d'un cabinet d'aisances lavent leurs mains dans le même seau sans en changer l'eau. Malgré les résultats concluants de l'évaluation, destinés à contrôler le degré de réalisation de l'objectif pédagogique, la réussite des actions d'éducation pour l'hygiène est sujette à caution.

*** Elaboration des contenus pédagogiques**

L'élaboration des contenus pédagogiques et le choix, voire la production, de moyens audio-visuels auxiliaires s'orientent aux principes et règles élémentaires de la didactique. Il importe, en outre, de tenir compte des facteurs suivants. La présentation des liens entre l'agent infectant, la transmission et la maladie est souvent le seul outil pédagogique, utilisé dans les campagnes d'éducation sanitaire menées dans les pays en développement. L'importance que l'on attache à ces relations de causes à effet procède de la conception médico-scientifique de l'hygiène. Or, ces relations de cause à effet ne sont pas toujours aisément compréhensibles. La présentation de ces liens de causalité contribue ainsi à améliorer le niveau des connaissances, mais n'induit pas nécessairement des changements de comportement; ceci peut être démontré à l'appui des exemples suivants.

- Les élèves savent, certes, expliquer correctement la route de dissémination de la bilharziose mais continuent de se baigner dans l'eau contaminée.
- Les pères de famille connaissent et peuvent expliquer la voie de transmission des parasites intestinaux mais, de peur d'un accident, défendent à leurs enfants, âgés de moins de cinq ans, d'utiliser le cabinet d'aisances.
- Les agents de santé connaissent bien les voies de transmission des maladies infectieuses mais n'organisent pas le nettoyage des latrines dans les dispensaires.

Ces exemples mettent en évidence que l'éducation pour l'hygiène devrait, à l'avenir, mettre davantage l'accent sur l'information et la présentation des attitudes et comportements souhaitables, plutôt que sur ces relations de cause à effet.

La façon dont le groupe-cible comprend et conçoit la santé est une autre raison de renoncer à cette présentation des liens de causalité médicaux et scientifiques, en tant que méthode centrale employée dans l'éducation pour l'hygiène. Dans la plupart des pays, cette compréhension peut être qualifiée de globale.

La maladie et la santé se trouvent en étroite relation avec la situation de l'individu, ses croyances, les influences des ancêtres et des esprits, ainsi qu'avec les possibilités dont dispose le milieu social d'influencer de façon positive ou négative son état de santé. Les personnes qui considèrent leur état de santé sous cet éclairage ne se sentent guère concernées par cette présentation magistrale des liens de causalité et de complémentarité entre l'eau, l'hygiène et la santé. Dans certains cas, des explications de ce genre peuvent même paraître peu crédibles.

Les constatations précédentes permettent de dériver certaines règles supplémentaires applicables à la mise en oeuvre des programmes éducatifs:

- Les maladies et leurs symptômes doivent être décrits à l'aide de notions employées localement. Les relations de cause à effet perçues par la population doivent être prises en compte. Elles ne doivent pas être critiquées et qualifiées de mauvaises ou fausses par les animateurs.
- Les comportements et pratiques attendus de la population devraient être expliqués et démontrés à l'appui des traditions locales. Si la population pense, par exemple, que les maladies hydriques peuvent également être provoquées par la colère de l'esprit du puits, l'éducateur doit respecter cette croyance. A côté de la cérémonie de réconciliation destinée à apaiser l'esprit du puits, l'éducateur devrait toutefois initier les personnes présentes à la façon de manier de façon hygiénique les récipients de puisage.
- Du fait de sa compréhension globale de la santé, la population consulte des personnalités locales sur presque tous ses problèmes (représentants de communautés religieuses, de sectes, de la médecine traditionnelle, fétichistes et sorciers, chefs de clan). Leurs explications sur l'origine et les causes des maladies sont acceptées plus facilement que les arguments scientifiques avancés par l'éducateur en matière d'hygiène. Une collaboration avec ces personnalités locales est de ce fait indispensable.

*** Utilisation de moyens audio-visuels**

L'utilisation de moyens audio-visuels est traitée au chapitre 4.2.4, auquel il est fait référence ici. Lors du choix ou de la production de ces aides pédagogiques, on examinera si des expériences récentes d'éducation sanitaire, recueillies dans les pays industrialisés, peuvent être transposées dans les pays en développement. Ces expériences portent sur des modifications du comportement, induites par certains courants socioculturels (bonne condition physique, régimes minceur, etc.). Les campagnes anti-tabac ont été révélatrices à cet égard. Les informations diffusées sur les risques du tabagisme pour la santé avaient une incidence moindre sur le comportement que ces tendances en vogue dans le domaine de la culture physique. Les changements de comportement peuvent donc dépendre également de transformations s'opérant au niveau des conditions de vie socioculturelles générales.

Pour les projets futurs, il conviendrait d'examiner dans quelle mesure de tels courants de pensée peuvent être introduits parmi les groupes-cible. Une méthode appropriée, à cet effet, consisterait à présenter des exemples positifs ou motivants de comportements pratiqués en milieu urbain ou dans des régions voisines.

4.4.3 EDUCATION SANITAIRE

L'éducation sanitaire contribue à améliorer les connaissances du groupe-cible, et en particulier celles des femmes sur les symptômes, le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies dont il peut être affligé.

* Elaboration de programmes

Les recommandations émises dans le chapitre consacré à l'éducation pour l'hygiène s'appliquent de la même façon aux programmes d'éducation sanitaire. Les objectifs pédagogiques sont définis en tant que comportements souhaitables, mesurables à l'aide d'indicateurs déterminés. L'exemple présenté ci-dessous montre que des difficultés peuvent surgir même lorsqu'on respecte les règles et principes de base:

* Objectifs pédagogiques et indicateurs

Dans un groupe-cible, un grand nombre de bébés et d'enfants en bas âge souffrent de dysenterie due à l'eau et aux mauvaises conditions d'hygiène. Ces maladies provoquent une forte déshydratation ainsi que des déficiences alimentaires chez les enfants (marasme et kwashiorkor), et entraînent une mortalité infantile élevée. L'éducation sanitaire doit, dans ce cas, s'assigner pour objectif d'enseigner aux femmes comment elles doivent s'y prendre pour identifier les symptômes et traiter leurs enfants de façon adéquate.

L'objectif pédagogique peut être formulé comme suit: La femme ayant suivi des cours d'éducation sanitaire traite l'enfant souffrant de dysenterie avec une solution d'eau bouillie, de sel et de sucre.

La réalisation de cet objectif pédagogique peut être vérifiée à l'aide des indicateurs suivants:

- La femme peut énumérer les composants de la solution
- La femme fait bouillir l'eau avant usage et la verse dans un récipient préalablement nettoyé
- La femme ajoute du sel et du sucre, en respectant les proportions de mélange indiquées
- La femme administre la solution à l'enfant.

Un contrôle des connaissances peut être effectué à l'issue des séances éducatives. Le contrôle des modifications de comportement est toutefois plus difficile, car il repose uniquement sur l'observation. Etant donné que l'éducateur sanitaire n'a généralement pas la possibilité de visiter les mères de famille à domicile, les formes de comportement suivantes échappent à son contrôle: L'eau de consommation est bouillie, mais conservée ensuite pendant plusieurs jours dans un récipient ouvert. Au lieu d'administrer la solution plusieurs fois par jour à l'enfant, la mère se contente de la lui faire avaler en une seule fois. La solution donnée à l'enfant est uniquement composée d'eau sucrée ou d'eau salée.

Ces pratiques et formes de comportement non appropriées traduisent des faiblesses au niveau du cours d'éducation sanitaire. Les instructions sont souvent données sous une forme incomplète ou non adaptée au milieu socioculturel. Un ménage, ne disposant que d'un récipient pour l'eau traditionnel, n'aura d'autres ressources que d'utiliser ce récipient pour conserver l'eau bouillie, par exemple. Les notions de temps européennes utilisées dans la prescription "3 fois par jour" sont difficiles à comprendre dans une société utilisant d'autres points de repère (position du soleil, saisons, événements).

Il est, par ailleurs, absurde de demander aux mères de préparer la solution à l'aide de sucre et de sel si l'on ne s'est pas informé au préalable que le produit existe bien sur le marché et que la mère a les moyens de se procurer ces ingrédients.

* Principaux thèmes de l'éducation sanitaire

Partant de l'exemple décrit ci-dessus, il est donc recommandé de limiter les thèmes de l'éducation sanitaire aux problèmes de santé prioritaires dans la région du projet. C'est là la seule manière de traiter chaque thème de façon suffisamment exhaustive et donc avec l'efficacité voulue. Cette constatation s'applique également aux maladies liées à l'eau et aux conditions d'hygiène. L'éducation sanitaire devrait se contenter de traiter les maladies les plus répandues et de transmettre les connaissances et aptitudes suivantes:

- diagnostic des symptômes des maladies dues à l'eau et aux conditions d'hygiène
- traitement de la diarrhée, corollaire de presque toutes les maladies du tractus intestinal
- alimentation pendant et après ces maladies
- identification des symptômes indiquant que le traitement à domicile n'est pas suffisant et que la personne malade doit être envoyée au dispensaire.

4.4.4 MESURES CONCRETES DE MISE EN CONFIANCE

En plus de ces mesures d'éducation pour l'hygiène et la santé, il est souvent nécessaire d'intervenir directement, dans certains domaines, afin de garantir ou d'améliorer l'adhésion des populations aux projets d'adduction d'eau et d'assainissement. Ces domaines d'intervention sont les suivants:

* promotion du service de l'hygiène

Le service de l'hygiène devrait être en mesure de lutter efficacement contre les maladies infectieuses transmises par l'eau et les mauvaises conditions d'hygiène. Il faut, à l'aide de démonstrations concrètes, initier la population à la construction de latrines, et l'amener à participer à la mise en place de systèmes d'évacuation des eaux usées et des déchets et, enfin, la motiver à prendre en main la préservation des points d'eau.

* promotion du service de la santé publique

Le service de la santé devrait être en mesure d'assurer la couverture sanitaire de la population, en particulier en ce qui concerne les maladies infectieuses transmises par les conditions d'hygiène et l'eau.

* promotion du développement socio-économique

Les services publics compétents (par exemple, Alphabétisation, Service de développement rural, etc.) devraient être en mesure de réaliser des programmes visant à améliorer la condition des femmes. Ces services sont, en même temps, principalement responsables de l'exécution des mesures éduca-

tives. Les mesures concrètes de mise en confiance peuvent donc également être comprises au sens d'un renforcement des structures de mise en oeuvre. Comme pour la partie technique du projet, des ressources correspondantes doivent être prévues en fonction de la situation du pays.

* Service de l'hygiène

La promotion du service de l'hygiène porte sur les secteurs d'activités indiqués dans le tableau ci-après. Leur importance respective découle de l'envergure et de la portée des objectifs.

Tableau Activités et objectifs du service de l'hygiène

Activités	Objectifs
1. Etudes de milieu	Collecte de données sur la situation sanitaire et les conditions d'hygiène
2. Planification et organisation	Planification, organisation et administration au niveau multisectoriel
3. Approvisionnement en eau potable	Mise en place de systèmes appropriés d'adduction d'eau en milieu rural et urbain; entretien et contrôle de qualité
4. Evacuation des excréta, des déchets solides et des eaux usées	Elimination des sources d'infection et voies de transmission
5. Lutte anti-vectorielle	Elimination des facteurs de transmission
6. Hygiène alimentaire	Contrôles de qualité, afin d'éliminer les germes ou agents pathogènes
7. Hygiène scolaire	Contrôle des maladies infectieuses
8. Hygiène industrielle	Réduction des risques de contagion et de la pollution de l'environnement
9. Hygiène domestique	Lutte contre la transmission directe ou indirecte par des vecteurs
10. Hygiène individuel.	Réduction des risques de contamination de personnes saines
11. Education sanitaire et motivation	Modification du comportement et des pratiques en usage, motivation de la population à participer aux travaux communautaires
12. Service de la santé	Amélioration des méthodes de diagnostic et de traitement; élimination des sources d'infection par traitement des organismes malades
13. Formation et instruction technique	Faire connaître la très grande importance de l'hygiène; formation et instruction technique du personnel.

*** Service de la santé**

Les services de santé doivent généralement bénéficier d'une assistance dans les domaines suivants: --

- formation permanente du personnel (diagnostic et traitement des maladies infectieuses transmises par l'eau et les mauvaises conditions d'hygiène)
- fourniture de matériels et d'équipements pour le diagnostic et le traitement des maladies infectieuses transmises par l'eau et les mauvaises conditions d'hygiène (instruments, laboratoires, médicaments)
- fourniture de moyens logistiques, matériels et produits divers pour le diagnostic et le traitement externe dans le cas d'études de milieu, d'enquêtes épidémiologiques, de traitements de masse et de campagnes d'éducation sanitaire (transport, logistique, médicaments, matériel pédagogique).

*** Services de promotion de la condition féminine**

Le soutien à ces services dépend des programmes en cours d'exécution dans la région du projet. Les mesures d'assistance peuvent s'étendre à la formation continue des femmes à l'encouragement du travail à domicile ou encore à la transformation des produits agricoles. Il est souvent nécessaire d'apporter un soutien aux services nationaux en mettant en place une représentation locale dans la région du projet. Des mesures de formation et de perfectionnement doivent être prévues.

4.5 SERVICES PUBLICS ET ORGANISATIONS CONCERNES

Les activités d'animation et de communication sociales sont des prestations de service, dont l'efficacité dépend dans une large mesure de la motivation des personnes concernées. Selon la structure politique, l'exécution de ces prestations de service est organisée sur une base privée ou publique. La description ci-après sera donc limitée aux secteurs dont émanent des impulsions d'animation sociale.

*** Moyens d'information de masse**

Les moyens d'information de masse sont utilisés dans les campagnes d'éducation pour l'hygiène. Il est, toutefois, souhaitable que les journalistes soient conseillés par le personnel de santé. Dans ce domaine, les méthodes pédagogiques et didactiques gagnent de plus en plus de terrain. Compte tenu des expériences recueillies avec la radio rurale, ou le dialogue est établi et entretenu avec la population au travers des collaborateurs de l'Office de la radio, des efforts sont déployés actuellement afin d'organiser la télévision de façon similaire.

Le recours aux moyens d'information de masse peut soulever des difficultés dans la mesure où les journalistes n'ont pas la possibilité de procéder à des études de milieu, qui leur permettraient de mieux connaître le groupe-cible, et qu'ils

ne peuvent pas vérifier les résultats de leurs émissions éducatives. L'influence exercée par les pouvoirs politiques sur les moyens d'information de masse peut être très grande. Les journalistes sont souvent dépêchés auprès des ministres dans leurs déplacements; l'émission éducative qu'ils envisageaient de diffuser est alors supprimée.

Les salles publiques aménagées par l'administration locale pour la projection d'émissions télévisées sont rarement utilisées aux fins prévues, alors que les salles de télévision, installées par des personnes privées dans des bars ou restaurants, sont plus volontiers fréquentées par la population. Les salles de cinéma gérées par l'Etat, telles qu'on les trouve dans de nombreux pays d'Asie, peuvent être utilisées facilement dans un but de communication sociale.

Pour renforcer l'impact de la radio rurale, les journalistes mènent des campagnes d'hygiène auprès de la population-cible. Dans de nombreux cas, il s'avère, toutefois, que ces journalistes ne maîtrisent pas les techniques de la communication directe avec la population.

* Education des adultes

L'éducation des adultes a évolué, passant de l'alphabétisation pure et simple à une alphabétisation fonctionnelle. Parallèlement à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, les adultes sont familiarisés avec certains autres thèmes, tels que l'hygiène.

L'éducation des adultes n'atteint toutefois qu'un faible pourcentage de la population, de sorte que l'éducation pour l'hygiène et la santé ne peut pas être prise en charge par cette seule structure opérationnelle. Les femmes vivant en milieu rural ne peuvent souvent pas participer aux cours, ces derniers ayant lieu à des heures peu propices de la journée.

* Communautés religieuses

Les représentants des principales communautés religieuses et sectes traitent certains aspects de l'hygiène dans le cadre de leurs cours d'instruction religieuse.

La difficulté ici est que les cours d'éducation pour l'hygiène sont généralement dispensés en dehors du système de la santé publique et qu'ils n'atteignent qu'une petite partie de la population (notamment, les personnes appartenant à la communauté religieuse concernée). Certaines communautés religieuses s'opposent même aux activités d'adduction d'eau potable et d'assainissement, considérées comme des innovations destructrices.

* Médecine traditionnelle

Dans presque tous les pays, les guérisseurs traditionnels assument des fonctions éducatives dans le domaine de l'hygiène.

Leur collaboration ne peut, toutefois, être sollicitée que dans les pays où la profession a entre temps été officiellement reconnue. Une difficulté supplémentaire réside dans le

fait que cette catégorie professionnelle est plus intéressée aux soins "curatifs", qui sont nettement plus lucratifs.

* Santé publique et services sociaux

Les services de la santé et services sociaux réalisent des mesures d'hygiène dans le cadre de divers programmes (protection maternelle et infantile, planning familial), mis en oeuvre par différents services (Hygiène, Education sanitaire, Centres sociaux). Les services de santé s'emploient à éduquer leurs patients et les membres de leurs familles ainsi qu'à communiquer directement avec la population grâce aux unités mobiles. Les services sociaux instruisent la population dans le cadre de visites à domicile.

Dans les pays ayant introduit le système des auxiliaires de santé villageois (volontaires exerçant dans le cadre de la médecine communautaire et, plus récemment, des services de santé primaire), ces derniers assument en premier lieu ces fonctions préventives, au sens de l'éducation pour l'hygiène. Lorsque le système des sages-femmes traditionnelles est reconnu officiellement, ces dernières apprennent à dispenser des notions d'hygiène, dans le cadre de leur formation continue.

Bien que les services de santé et les services sociaux devraient être les mieux à même de réaliser des campagnes efficaces d'éducation pour l'hygiène, c'est précisément à ce niveau que l'on se heurte aux plus grandes difficultés. Les personnels de ces services ne sont guère intéressés par ces tâches, qui ne leur confèrent un statut social élevé ni au sein de leur catégorie professionnelle ni parmi la population, et qui ne sont pas honorées de façon adéquate.

Dans le cadre des services de santé primaires, les critères appliqués lors de la sélection et du recrutement des auxiliaires de santé villageois sont souvent limités à l'alphabétisation, à l'existence de revenus propres et à la résidence permanente dans la zone et ne tiennent pas compte du statut social de ces individus au sein de la communauté. Leur influence sur la population reste, par conséquent, faible.

La collaboration avec des personnalités et autorités traditionnelles est souvent refusée par les agents des services de santé ou des services sociaux, parce qu'ils cultivent un sentiment de supériorité sur le plan scientifique ou encore parce qu'ils craignent la concurrence. On notera en conclusion que l'éducation pour l'hygiène est, dans, presque tous les pays, dotée de moyens financiers parfaitement insuffisants.

* Administration

Le Parti et l'Administration organisent souvent des journées de travail communautaire dans le secteur de l'hygiène et procèdent à l'instruction des personnes concernées.

Ces journées de travail sont des mesures décidées "d'en haut" et ne jouissent pas d'une grande popularité parmi la population. On peut donc présumer que de telles actions d'éducation pour l'hygiène et les modifications de comportement que l'on en attend ne seront pas acceptées par la population.

*** Autres services publics**

D'autres services publics, tels que le Service de l'Agriculture ou du Développement régional, etc., intègrent souvent à leurs programmes des volets consacrés à l'hygiène et à des mesures éducatives correspondantes.

Le Ministère de l'Agriculture est doté d'un effectif de conseillers et de vulgarisateurs, qui collaborent directement avec la population. La prise en charge par ces agents de fonctions éducatives dans le domaine de l'hygiène soulève, toutefois, de nombreuses difficultés. En effet, ces agents doivent dès à présent fournir un travail considérable et toute tâche supplémentaire, qui leur serait imposée de surcroît, serait probablement mal accueillie. A ceci s'ajoute une autre difficulté, notamment de savoir comment et par qui ces tâches supplémentaires seraient rémunérées.

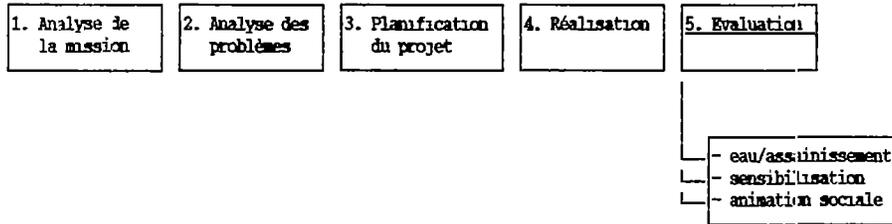
*** Education**

Dans le secteur de l'éducation formelle institutionnalisée, l'hygiène peut être enseignée en même temps que la biologie et l'éducation sociale. Des instructions pratiques, par exemple pour la construction de latrines ou la fabrication de moustiquaires, peuvent être intégrées dans les cours de travaux manuels.

On attend beaucoup de l'éducation pour l'hygiène dispersée dans le cadre des structures scolaires. On espère, par ce biais, atteindre les parents des élèves et provoquer chez eux des modifications du comportement. Cependant, ces attentes ne sont pas justifiées car, dans la plupart des pays, la structure familiale hiérarchisée limite considérablement le pouvoir d'influence des enfants. A l'instar de ce qui a été dit pour les services de santé, on observe, par ailleurs, que les préceptes de l'éducation pour l'hygiène (par exemple, construction, utilisation et nettoyage des latrines) ne sont pas appliqués, ceci même au sein de l'école.

Malgré ces difficultés, les auteurs recommandent de ne pas créer de nouvelles structures d'éducation pour l'hygiène dans le cadre des projets d'adduction d'eau et d'assainissement, mais d'utiliser et de renforcer en conséquence les structures établies, existant dans le pays concerné.

5. EVALUATION



Les chapitres précédents ont fait apparaître que le contrôle de l'efficacité des mesures d'animation sociale est extrêmement difficile, car les modifications de comportement exigent beaucoup de temps et touchent aux domaines les plus intimes de la vie des individus.

5.1 METHODES D'EVALUATION

Il est malgré tout nécessaire d'élaborer des bases méthodologiques permettant de procéder à l'évaluation permanente et, partant, au pilotage du projet. L'établissement d'un "modèle opérationnel applicable" est une condition préalable indispensable à cet effet. L'établissement de ce modèle a lieu dans la phase de planification du projet, au plus tard au moment de l'élaboration du plan d'opérations détaillé, et repose sur les résultats de l'analyse des problèmes (chapitre 2). La construction de ce modèle consiste à définir les objectifs, les moyens et les groupes-cible (chapitre 3).

A cet effet, on considère que chaque objectif du projet peut être représenté ("opérationnalisé") à l'aide d'indicateurs mesurables. Il est bien évident que ceci n'est pas toujours possible. Dans de nombreux cas, il faudra avoir recours à des paramètres auxiliaires pour pouvoir réaliser l'évaluation.

Il sera, par exemple, difficile de contrôler par des méthodes directes dans quelle mesure la population adopte le comportement souhaité en matière d'hygiène. La consommation d'eau, la fréquence d'utilisation des installations sanitaires, le taux d'élimination des déchets peuvent servir ici de paramètres de référence.

Lors de la définition des objectifs, il importe de se souvenir que ces derniers revêtent un caractère hypothétique. Même si les experts ont, dans le cadre de la planification des projets par objectifs, discuté toutes les approches alternatives possibles, il n'en reste pas moins que leurs recommandations s'inspirent d'expériences recueillies dans d'autres secteurs ou avec des groupes-cible appartenant à un autre milieu socio-culturel. C'est pourquoi, les objectifs du projet doivent souvent être réajustés pendant la phase d'exécution des mesures.

On dispose, pour procéder à l'évaluation, de toutes les techniques et méthodes utilisées par la recherche sociale empirique ainsi que par les différentes disciplines (par exemple, épidémiologie, gestion, économie politique, communication sociale). Il importe d'élaborer des instruments d'enquête, qui permettront de déterminer les indicateurs servant à mesurer la réussite, voire l'échec du projet. Dans ce contexte, on emploiera à la fois des méthodes quantitatives et qualitatives.

Les données statistiques et sociales, portant par exemple sur le nombre de ménages ou le nombre de personnes atteintes par le projet, sur le nombre d'installations d'adduction d'eau et d'assainissement réalisées, etc., seront collectées à l'aide de questionnaires standardisés; les attitudes et le comportement de la population à l'égard des différents objectifs du projet tels que, par exemple, comportement en matière d'hygiène, attitudes à l'égard des installations d'adduction d'eau et d'assainissement, attitudes des femmes à l'égard des installations, etc., seront déterminés à l'aide de guides d'interviews et de fiches d'observations. Pour que les données puissent être comparées, on se servira des méthodes appliquées dans l'étude de faisabilité.

Il est important de réunir une documentation audio-visuelle sur la situation de départ lors de l'analyse du groupe-cible, (films, cassettes vidéos et photos), afin de pouvoir démontrer avec suffisamment d'objectivité les modifications intervenues pendant et après le projet. Cette documentation audio-visuelle peut être utilisée pour l'évaluation mais aussi pour informer et sensibiliser les décideurs politiques, pour former et perfectionner les participants et, enfin, pour les cours d'hygiène et d'éducation sanitaire réalisés à l'intention de la population.

Les méthodes décrites peuvent être employées sous forme d'analyse en coupe, effectuée à une période de temps unique, ou sous forme d'enquête de plus longue durée, réalisée à des dates échelonnées dans le temps.

L'analyse en coupe permet de répéter, à un moment déterminé, l'intégralité ou certaines parties essentielles de l'analyse du groupe-cible, ceci dans le but d'évaluer le succès des mesures. Les dates d'exécution de l'évaluation découlent des différentes phases de communication sociale ainsi que de la date à compter de laquelle les premiers changements de comportement peuvent être attendus. Nous avons déjà attiré l'attention sur le fait que les changements de comportement interviennent à long terme et que les premières évaluations devraient donc prendre place 2 à 4 ans après l'achèvement du projet.

Les observations de longue durée permettent, entre autres, d'identifier d'éventuelles variations saisonnières, en ce qui concerne la consommation d'eau potable et la fréquence des maladies induites par l'eau et les conditions d'hygiène, par exemple. Dans le cadre des enquêtes épidémiologiques surtout, il importe de savoir à quel moment les enquêtes médicales ont eu lieu et de déterminer dans quelle mesure les chercheurs ont tenu compte de particularités saisonnières.

L'évaluation interne, réalisée par les experts ayant conçu les activités du projet, et l'évaluation externe, menée par des consultants indépendants, revêtent en l'occurrence la même importance.

L'évaluation interne permanente par les collaborateurs du projet oblige ces derniers à réviser et à réajuster leurs objectifs, leurs activités et leurs moyens en fonction de la situation. Etant donné que les collaborateurs du projet ont tout particulièrement intérêt à mettre les activités en oeuvre selon le calendrier et les termes de référence prévus, cette auto-évaluation risque de manquer d'objectivité.

L'avantage de l'évaluation externe est que les consultants analysent la réussite du projet de façon objective et critique. Des difficultés peuvent apparaître lorsque ces consultants, qui interviennent dans le cadre de missions de court terme, ne disposent pas de suffisamment d'expériences et de connaissances, sur le milieu socio-culturel du groupe-cible par exemple. Pour le groupe-cible lui-même, ces missions d'évaluation représentent une charge supplémentaire, ce qui peut avoir des effets préjudiciables pour l'acceptation des activités du projet.

Compte tenu de la complémentarité existant entre la conception de la partie technique du projet favorisant l'acceptation et l'efficacité des mesures de communication sociale, il est recommandé de procéder à l'évaluation globale des deux composantes du projet. Le sous-chapitre suivant se contentera de décrire l'évaluation des mesures d'animation sociale.

5.2 INDICATEURS

Partant des objectifs des mesures d'animation sociale, on définit les indicateurs qui permettront de mesurer l'efficacité des activités mises en oeuvre dans les domaines suivants:

* Hypothèses du projet

Examen critique des objectifs du projet / Hypothèses:

1. Hypothèse: la population participe
Indicateur: les comités locaux s'acquittent de leurs tâches conformément à la programmation prévue
2. Hypothèse: la population a besoin d'eau potable saine
Indicateur: augmentation de la consommation par habitant
3. Hypothèse: la population a besoin d'installations sanitaires
Indicateur: utilisation des installations sanitaires
4. Hypothèse: la population veut améliorer son état de santé
Indicateur: participation aux activités médicales, application des mesures d'auto-assistance préventives et thérapeutiques

5. Hypothèse: la population veut améliorer ses connaissances en matière de santé

Indicateur: participation aux mesures d'animation sociale,

mise en application des connaissances acquises dans le domaine de l'hygiène individuelle, de l'hygiène de groupe, de l'hygiène domestique et de l'hygiène environnementale.

Les indicateurs se rapportent aux différentes hypothèses se rapportant à un grand nombre de sous-indicateurs (opérationnels) des indicateurs cités, dont la saisie systématique et l'interprétation statistique s'avèrent parfois très difficiles et prennent beaucoup de temps.

Assurance

La participation de la population est vérifiée à l'aide des indicateurs suivants:

Assurance:

Le nombre de personnes s'étant adressées à l'équipe de planification (par groupe-cible spécifique)
Le nombre de participants aux entretiens (par entretien) et des visites (par groupe)
La fréquence des visites (par unité de temps)
Le nombre de membres des comités ayant reçu une formation (par comité)

La participation:

Le nombre de comités créés par rapport au nombre d'habitants
Le nombre de comités par prise d'eau
Le montant de la contribution monétaire par personne
L'absorption sous forme de travail, par unité de temps
Le montant au niveau du paiement des redevances par unité de temps
Le nombre de demandes de branchements domiciliaires conformes à la planification
Le nombre de demandes de réparations
Le délai de temps s'écoulant entre l'apparition d'une panne d'exploitation et sa notification, par unité de temps

Planification et perfectionnement

Les indicateurs sont définis à la lumière des objectifs poursuivis et conformément aux programmes et aux méthodes utilisés (exemples, voir chapitre 4.4). Le contenu de l'annexe A aide de:

Les indicateurs se rapportant aux objectifs pédagogiques et aux performances ("job performance")

* Education pour l'hygiène

L'analyse du groupe-cible a permis de dégager les "points faibles" en ce qui concerne l'utilisation de l'eau, l'hygiène et la compréhension des interactions entre l'eau, l'hygiène et la santé.

Ces "points faibles" peuvent être subdivisés en cinq sections:

- hygiène individuelle
- hygiène collective
- hygiène domestique
- hygiène environnementale
- hygiène alimentaire

Les objectifs des mesures d'animation sociale sont définis sous forme de comportements attendus, pouvant être contrôlés par le biais de l'observation.

Par exemple:

- hygiène individuelle: se laver les mains après défécation
se laver les mains avant de manipuler les
aliments et de préparer les repas, etc.
- hygiène collective: hygiène individuelle de chaque membre
de la famille étendue et du groupe
- hygiène domestique: propreté de la cuisine
propreté des ustensiles de cuisine
propreté du cabinet d'aisances, etc.
- hygiène environnementale: installations d'évacuation des
eaux usées
installations d'élimination des
déchets
entretien du point d'eau
lutte anti-vectorielle, etc.
- hygiène alimentaire: cuisson de l'eau
cuisson des aliments
conservation des aliments, etc.

* Réceptivité de la population

Dans ce domaine, les indicateurs se contentent de saisir les trois aspects suivants:

- Le destinataire des actions / médias didactiques peut-il reconnaître ce qui est représenté ? (dimension cognitive)
- Le récepteur parvient-il à se souvenir des informations véhiculées par les actions didactiques / médias (directement après avoir reçu l'information, après un délai court (15 jours), après un délai assez long (3 à 6 mois)) ?
- Le récepteur peut-il reproduire les comportements véhiculés par les actions didactiques / les médias (dimension psychomotrice) ?

L'importance de tester préalablement les médias a déjà été soulignée en autre endroit.

* Etat de santé

Indicateur: réduction de la morbidité et de la mortalité provoquées par des maladies endémiques, liées à l'eau et aux

conditions d'hygiène: par exemple réduction de l'incidence des maladies intestinales avec diarrhée, des helminthiases et des maladies de la peau.

Certains facteurs exercent une influence sur ces indicateurs (saisons, migrations, alimentation, allaitement, etc.) et doivent, par conséquent, être pris en compte. L'état nutritionnel des enfants peut servir d'indicateur indirect.

* Services nationaux concernés

L'étendue et l'efficacité des prestations de service peuvent, par exemple, être mesurées aux indicateurs suivants:

Alimentation en eau: fourniture des services spécifiques attendus

Formation et perfectionnement: intégration des contenus pédagogiques dans les programmes d'enseignement du pays concerné

Production de médias: production et distribution des moyens audio-visuels se rapportant spécifiquement au projet

Santé: Augmentation du taux de couverture sanitaire et du degré d'utilisation des services de santé publics

Animation sociale: Fourniture des prestations de service attendues du projet dans le domaine de l'animation sociale.

* Condition féminine

Les économies de temps résultant de la mise en place de systèmes d'adduction d'eau potable, facilement accessibles, peuvent être employées par les femmes pour d'autres activités. Partant de cette hypothèse, l'Organisation Mondiale de la Santé calcule le temps économisé en se référant pour cela à la réduction du trajet à parcourir jusqu'au point d'eau. L'utilisation du temps libre peut être vérifiée comme suit:

- Modifications intervenues dans le budget-temps des femmes: par exemple, les femmes consacrent le temps économisé à l'amélioration de leurs connaissances, à des travaux à domicile, à la commercialisation des produits agricoles, à des activités artisanales ou coopératives, à des associations féminines, à l'éducation des enfants, au divertissement / aux loisirs, etc.

* Développement socio-économique

L'hypothèse généralement acceptée est que les projets d'adduction d'eau et d'assainissement représentent un investissement important en équipements et infrastructures. L'attrait accru de la localité est mesuré aux indicateurs suivants:

- Infrastructure: développements dans les secteurs primaire, secondaire et tertiaire

- Démographie: recul de l'exode rural / augmentation des flux d'immigration de groupes en âge de travailler, régression de l'excédent de population féminine

*** Recommandations**

Il est très important que le partenaire local intègre ces évaluations, tout comme l'ensemble du projet d'ailleurs, dans ses propres services, et les poursuive au terme du projet. Les résultats de ces évaluations servent à réorienter et à réajuster les actions engagées ainsi qu'à effectuer des analyses coûts-avantages. Les mêmes considérations s'appliquent aux études d'évaluation. Il y a lieu de veiller à ce que ces études ne soient pas exclusivement réalisées dans un but scientifique. Des missions d'experts trop fréquentes représentent une charge à la fois pour le projet et pour la population. Dans la plupart des pays en développement, des enquêtes très complètes ont déjà été réalisées dans les secteurs de l'eau potable et de l'assainissement ainsi que dans le domaine de l'animation sociale. Il est recommandé de créer, dans le cadre de la Décennie, des centres de documentation nationaux, qui pourront être consultés par les experts nationaux et internationaux.

ANNEXES AU RAPPORT FINAL

Sommaire

- I. Liste de contrôle
- II. Liste des personnes et organisations contactées
- III. Bibliographie

I. LISTE DE CONTROLE

1. STRUCTURE DU PROJET D'ADDUCTION D'EAU ET D'HYGIENE

1.1 Zone d'action/groupe-cible

- Projet villageois
- Projet à grande échelle
- Localisation dans un centre secondaire (5 000 à 10 000 habitants)
- Localisation en zone urbaine (plus de 10 000 habitants)

1.2 Durée du projet

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 1 an | <input type="checkbox"/> 3 - 4 ans |
| <input type="checkbox"/> 1 - 2 ans | <input type="checkbox"/> 4 -5 ans |
| <input type="checkbox"/> 2 - 3 ans | <input type="checkbox"/> plus de 5 ans |

1.3 Ressources du projet

Frais de personnel:
Biens d'équipement:
Travaux de construction:
Frais courants:

1.4 Réalisation du projet:

- firme/société nationale
- institution publique nationale
- institution non gouvernementale nationale
- firme/société étrangère
- institution publique étrangère
- organisation non gouvernementale étrangère
- direction nationale des travaux
- direction des travaux étrangère

1.5 Type de projet

- mesure ponctuelle
- mesure combinée
- mesures supplémentaires, réalisées en complément d'autres activités, pouvant être indiquées le cas échéant:

1.6 Maître d'oeuvre du projet:

1.7 Financement assuré par:

2. STRATEGIES / ORGANISATIONS NATIONALES DANS LE DOMAINE DE L'EAU ET DE L'HYGIENE

2.1 Existe-t-il une stratégie nationale dans le domaine de "l'eau et de l'hygiène" ?

non

oui

2.2 L'étude / le projet examinent-ils et prennent-ils en considération les objectifs et activités du secteur de l'eau et de l'hygiène ?

non

oui

3. CONCEPTION DANS LE DOMAINE DE L'HYGIENE

Quelle conception de l'hygiène le projet a-t-il adoptée?

Le projet établit une relation entre l'hygiène et

- | | | |
|-----|--|--------------------------|
| 3.1 | l'eau potable saine | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 | l'élimination des matières fécales | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 | l'élimination des déchets et l'évacuation des eaux usées | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 | la lutte anti-vectorielle | <input type="checkbox"/> |
| 3.5 | le contrôle des aliments | <input type="checkbox"/> |
| 3.6 | l'hygiène individuelle | <input type="checkbox"/> |
| 3.7 | l'hygiène collective | <input type="checkbox"/> |
| 3.8 | la prévention médicale | <input type="checkbox"/> |
| 3.9 | le traitement médical | <input type="checkbox"/> |

4. BESOINS IDENTIFIES POUR LE PROJET

Quels sont les indicateurs ayant servi à établir les besoins du projet en matière d'eau et d'hygiène ?

- 4.1 Eau
- Pénurie d'eau
- Qualité de l'eau
- 4.2 Installations et équipements d'assainissement
- Systèmes individuels
- Systèmes communaux
- 4.3 Développement des infrastructures
- développement de l'agriculture
- développement économique (artisanat, petites industries)
- 4.4 Approvisionnement de base des ménages
- allègement du travail des femmes
- amélioration de la qualité de l'eau disponible
- production privée de produits vivriers
- amélioration de la situation de l'hygiène
- travail à domicile
- 4.5 Problèmes de santé de la population
- Comment et par qui les besoins du projet ont-ils été établis ?:
- 4.6 Par des experts expatriés
- 4.7 Par des experts nationaux
- 4.8 Par consultation de la population

5. JUSTIFICATION DU PROJET

Quels sont les principaux arguments avancés pour justifier / légitimer la réalisation du projet d'adduction d'eau et d'hygiène ?

- 5.1 Le projet permet de satisfaire les besoins fondamentaux exprimés par la population dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement
- 5.2 Le projet contribue à améliorer l'état de santé de la population
- 5.3 Le projet exerce des effets bénéfiques sur le développement économique de la région
- 5.4 Le projet garantit la mise en place d'équipements simples et hygiéniques dans les ménages et les communes
- 5.5 Le projet garantit l'approvisionnement de la population en eau salubre

6. CONDITIONS SOCIO-CULTURELLES DE L'ACCEPTATION

Des enquêtes socio-culturelles ont-elles été menées sur la région d'action et le groupe-cible avant le démarrage du projet ?

- non
- oui

Dans l'affirmative, quels sont les facteurs et dimensions ayant été pris en considération ?

- 6.1 Rapports avec l'hygiène
- connaissances en matière d'hygiène
- attitude vis-à-vis de l'hygiène
- comportement en matière d'hygiène
- 6.2 Rapports avec l'eau
- Utilisation de l'eau
- p. ex. dans le ménage pour la prod. alimentaire
- pour les besoins de l'hygiène pour l'exercice de la profession
- divers:

Importance socioculturelle de l'eau:

- p.ex. l'eau est sacrée l'eau fait l'objet de conjurations
- l'eau ne doit pas être vendue localisation du point d'eau
- l'eau est un bien collectif divers:

6.3 L'eau / l'hygiène et la structure sociale

- Le point d'eau est considéré comme un centre de communication
- L'usage de l'eau est différent selon les sexes
- Minorités ethniques

6.4 Socialisation et éducation

- apprendre par expérience (enfant-enfant) apprendre en imitant l'exemple des autres (entre adultes)
- apprendre par l'intermédiaire de personnes influentes formes de transmission

7. CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES DE L'ACCEPTATION

Des enquêtes ont-elles été menées sur la volonté et les possibilités réelles de la population de participer au projet ?

- non
- oui
- si oui:

7.1 Détermination des possibilités financières / économiques

- analyse du budget domestique
- associations d'épargne et de crédit
- coopératives

7.2 Organisation du temps et du travail de la population

- contribution volontaire sous forme de travail et de temps
- activités réalisées sous pression sociale

8. ACTIVITES

Quelles sont les activités de projet proposées sur la base des résultats de l'étude ?

- 8.1 Mesures techniques
- de façon combinée
- de façon isolée
- 8.2 Mesures d'animation et de communication sociales
- 8.3 Mesures d'animation sociale et mesures techniques
- 8.4 Activités de développement économique
- 8.5 Actions de formation à l'intention des diffuseurs
- 8.6 Activités sanitaires
- 8.7 Assistance technique aux services gouvernementaux
- 8.8 Activités visant à renforcer les structures de mise en oeuvre
- 8.9 Mesures intégrées
- 8.10 Mesures limitées à certains groupes-cible
- femmes
- enfants
- hommes

9. METHODOLOGIE D'ENQUETE

A l'aide de quelles méthodes l'enquête a-t-elle été réalisée ?

- 9.1 Analyse secondaire
- 9.2 Enquête par échantillonnage
description des échantillons:

- 9.3 Enquête qualitative
observation participative
interviews
autres:
Qui a mené l'enquête ?
- 9.4 Des experts expatriés
9.5 Des experts nationaux
9.6 Une équipe mixte

L'équipe chargée de l'enquête était-elle
9.7 indépendante
9.8 dépendante des experts techniques
9.9 Période de réalisation de l'enquête
socioculturelle
avant planification des activités du projet
après planification des activités du projet
9.10 Moyens financiers débloqués pour l'enquête socioculturelle
9.11 Cadre temporel de l'enquête socio-culturelle et
nombre de mois de spécialistes
10. ANIMATION SOCIALE
Des mesures d'animation sociale sont-elles proposées à
l'intention de la population ?
non
oui
si oui, sur quels thèmes:
- 10.1 Eau et hygiène
élimination des matières fécales
lutte anti-vectorielle
comportement en matière d'hygiène
eau
souillure du sol
alimentation

développement économique de la population

prévention médicale

traitement médical

10.2 Surveillance et réparation des installations
d'adduction d'eau et d'évacuation des eaux usées

Comment les mesures d'animation sociale doivent-elles
être réalisées ?

simple transfert de connaissances et d'informations

action éducative concrète à court terme

actions éducatives concrètes, répétées

intégration dans les structures de l'éducation
nationale

intégration dans les campagnes d'alphabétisation

Engagement à long terme d'animateurs dans la
commune

mesures législatives

animation sociale en liaison avec des incitatifs
financiers pour des mesures concrètes (cost-sharing)
se rapportant à:

. l'élimination des matières fécales

. la lutte anti-vectorielle

. le comportement en matière d'hygiène

. l'eau

. la souillure du sol

. l'alimentation

. le développement économique de la population

. le traitement médical

. la surveillance et la réparation des installations
d'adduction d'eau et d'évacuation des eaux usées

11. INDICATEURS PERMETTANT DE CONTROLER L'EFFICIENCE
DES MESURES D'ANIMATION SOCIALE

A l'aide de quels indicateurs l'efficience des
mesures d'animation sociale peut-elle être mesurée ?

- 11.1 Consommation d'eau
- 11.2 Etat de santé de la population
- 11.3 Comportement en matière d'hygiène
- 11.4 Comportement en matière d'alimentation
- 11.5 Paramètres économiques
- 11.6 Assainissement de l'environnement
- 11.7 Couverture médicale

II. LISTE DES PERSONNES ET ORGANISATIONS CONCERNEES

AGEH Arbeitsgemeinschaft
für Entwicklungshilfe e.V.
Postfach 21 01 28
Theodor-Hürth-Straße 2-6
5000 Köln 21

Agrar- und Hydrotechnik GmbH
Beratende Ingenieure
Postfach 10 01 32
Huyssenallee 66-68
4300 Essen 1

AID Agency for International
Development
Mr. Mark H. Bidus
Research Analyst
Center for Development,
Information and Evaluation
Washington, D.C. 20523
U.S.A.

AKHTL Associates Ltd.
Development Consultants
Dr. V. Erasmus
64 Cassiobury Drive
Cassiobury Estate
Watford WD1 3AE
Great Britain

Arbeitsgemeinschaft
Entwicklungsländer
Gustav-Heinemann-Ufer 84-88
5000 Köln 51

Herrn
Dipl.-Ing. Werner Baumann
c/o Institut für
Umweltschutz (INFU)
Universität Dortmund
Postfach
4600 Dortmund

M. Beauvois
Chef du Projet FED/GKW
Zinder
Niger

Mr. J. Blom
Ministry of Foreign Affairs
Directorate General of
International Cooperation
Plein 23
2511 The Hague
The Netherlands

BMZ
Bundesministerium für
wirtschaftliche
Zusammenarbeit
Ref. 100: Dr. Fuellenbach
Ref. 115: Herr Kenneweg
Ref. 230: Frau Raabe
Postfach 120322
5300 Bonn 1

Mr. Jozsef Buky
Chief East Africa Water
Supply and Urban Division
WORLD BANK
1818 H Street N.W.
Washington D.C. 20433
U.S.A.

Dr. J. Burke
Division Chef Service Médical
Administration Générale de la
Coopération au Développement
5 place du Champ de Mars
1050 Bruxelles
Belgique

Caisse Centrale de Coopération
Economique
Mr. H. Le Masson
Cité du Retiro
35-37 rue Boissy d'Anglas
75379 Paris Cédex 08
France

Ms Ellen Campbell
International Rescue Committee
41-f Sahibzada Abdul Quayum Road
G.P.O.B 504
Peshawar - N.W.F.P.
Pakistan

CDG Carl Duisberg
Gesellschaft e.V.
Herr P. Buske
Lützower Str. 6-9
1000 Berlin 30

Mr Finn Carlsen
Development Coordinator
c/o Ministry of Energy and
Water Resources and Development
Private Bag 7712
Causeway
Harare
Zimbabwe

Dr. Paolo Casini
Dirigente Ricerca
Igiene Applicata
Istituto Superiore di Sanita
Viale Regina Elena 299
00100 Roma
Italia

M. Charlot
Chef du Projet PNUD/UNICEF
Zinder
Niger

Mr. Michael A. Cohen
Chief Operations Support
and Research Division
WORLD BANK
1818 H Street N.W.
Washington D.C. 20433
U.S.A.

Commission des Communautés
Européennes
200 rue de la Loi
1049 Bruxelles
Belgique

Cowater International
Mr. Michael G. McGarry
411 Roosevelt Avenue
Suite 304
Ottawa K2A 3X9
Canada

Mr. Piers Cross
Consultant
Technology Advisory Group
UNDP
P.O. Box 4775
Harare
Zimbabwe

Deutscher Caritas-Verband
Karlstraße 40
7800 Freiburg i.Br.
Deutschland

DED Deutscher Entwicklungsdienst
Herr Dr. Zacher
Herr Dr. Spellmeyer
Kladower Damm 299-327
1000 Berlin 10
Deutschland

DIE Deutsches Institut
für Entwicklungspolitik
Fraunhoferstraße 33-36
1000 Berlin 10
Deutschland

DRK Deutsches Rotes Kreuz
Generalsekretariat
Herr Kronenberg
Herr Mikus
Herr Siebertz
Postfach 1460
5300 Bonn 1
Deutschland

Deutsches Übersee-Institut
- Übersee-Dokumentation -
Neuer Jungfernstieg 21
2000 Hamburg 36
Deutschland

DWHH Deutsche Welthungerhilfe
Adenauerallee 134
5300 Bonn 1
Deutschland

Dorsch Consult
Ingenieurgesellschaft mbH
Herr Monden
Herr S.K. Schmidt
Postfach 21 02 43
8000 München 21
Deutschland

DRÄGER-Stiftung
Moislinger Allee 53/55
2400 Lübeck
Deutschland

Dr. Dzapata, Health Inspector
Mr Tanyanyiwa
Senior Health Assistant
Gutu District
Masvingo Province
Zimbabwe

Ms Ervor Edman
Senior Programme Officer
c/o SIDA Swedish International
Development Authority
105 25 STOCKHOLM
Sweden

EIRENE
Internationaler Christlicher
Friedensdienst e.V.
Engerser Strasse 74b
5450 Neuwied
Deutschland

EPI Entwicklungspolitische
Informationen
Bismarckstrasse 32
6601 Saarbrücken-Schafbrücke
Deutschland

EZE Evangelische Zentralstelle
für Entwicklungshilfe e.V.
Mittelstraße 37
5300 Bonn 2
Deutschland

Dr. Richard Feachem
c/o ROSS-Institute
for Tropical Medicine
Keppel Street
London WC1E 7HT
Great Britain

Mr. Salvatore A. Ficara
c/o Italian Foreign Affairs Ministry
Technical Cooperation Department
Planning and Policy
Multilateral Office
Rome
Italia

Mme Claire François
Association Française des
Volontaires du Progrès (AFVP)
Niamey
Niger

Freie Universität Berlin
Institut für Soziale Medizin
Arbeitsgruppe Epidemiologie
Leiter: Prof. Dr. med. habil.
Frank P. Schelp, D.T.M & H; Sc. (Hon.)
Kelchstraße 31
1000 Berlin 41
Deutschland

Friedrich-Ebert-Stiftung
Godesberger Allee 149
5300 Bonn 2
Deutschland

Friedrich-Naumann-Stiftung
Königswinterer Straße 2-4
5330 Königswinter 41
Deutschland

Gesellschaft für
Entwicklungspolitik e.V.
c/o ISOPLAN Institut für
Entwicklungsforschung
Wirtschafts- und Sozialplanung
Bühler Straße 20-22
6604 Saarbrücken-Güdingen
Deutschland

GITEC CONSULT GmbH
Herr Dipl.-Ing. Kaltwasser
Postfach 32 04 46
4000 Düsseldorf 30
Deutschland

GKW Consult
Beratende Ingenieure für Wasser
- Abwasser - Abfalltechnik GmbH
Gottlieb-Daimler-Str. 12a
6800 Mannheim
Deutschland

M. Greiner
Conseiller de la GTZ au Ministère
de l'Hydraulique et de l'Environnement
c/o Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
Service Administratif des Projets
B.P. 10814
Niamey
Niger

Mr Mark B. Grieveson
Overseas Development
Administration (ODA)
Eland House
Stag Place
London SW1 E5DH
Great Britain

Hanns-Seidels-Stiftung
Lazarettstr. 19
8000 München 19
Deutschland

Federal Department of
Foreign Affairs
DCA Directorate of Development
Cooperation and Humanitarian Aid
Mr Armon Hartmann
3003 Berne
Switzerland

GTZ Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit mbH
Herr Bühner
Frau Fischer
Herr Habermann
Herr Kresse
Dr. Kropp
Herr Paschen
Herr Schlenker
Dr. Schinzel
Herr Sender
Postfach 5180
6236 Eschborn 1
Deutschland

Mr Philippe Hafinek
Resident Programme Officer
UNICEF
Karachi
Pakistan

Herr Harms
c/o Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
Service Administratif des Projets
B.P. 10814
Niamey
Niger

Mr W. Haven-North
c/o United States
International Development
Cooperation Agency (US-AID)
Washington D.C 20523
U.S.A.

IDRC International
Development Research Centre
Dr. Donald Sharp
Dr. Daniel Morales-Gómez
60 Queen Street
P.O. Box 8500
Ottawa K1G 3H9
Canada

Institut für Afrika-Kunde
Dr. Rolf Hofmeier
Neuer Jungfernstieg 21
2000 Hamburg 36
Deutschland

IDB Interamerican
Development Bank
808 17th Street N.W.
Washington D.C. 20577
U.S.A.

IRC International
Reference Centre for
Community Water Supply
and Sanitation
Ms Burgers
M Seager
M Visscher
P.O. Box 93190
2509 AD The Hague
The Neatherlands

International Rescue Ccmmittee
(IRC)
Mr & Ms Campbell
Peshawar - N.W.F.P.
Pakistan

Dr. Erik S. Jensen
Danish International
Development Agency
Asiatik Plads 2
1448 Copenhagen K
Denmark

Mr George Krivicky
Administrateur Principal
Développement, OECD
2 rue André Pascal
75 Paris
France

Lahmeyer International GmbH
Beratende Ingenieure
Dr. Lütkestratkötter
Postfach 71 06 51
6000 Frankfurt a.M. 71
Deutschland

Ms Sue Laver
University of Zimbabwe
Faculty of Medicine
Dep. of Community Medicine
P.O. Box A 178
Avondale
Harare
Zimbabwe

Monsieur Lemoine
Directeur Général du
B.U.R.G.E.A.P
70 rue Mademoiselle
75015 Paris
France

Liverpool School of Tropical Medicine
Department of International
Community Health
Mr E. R. Potts
Pembroke Place
Liverpool L3 50A
Great Britain

Dr. Peter Lowes
Coordinator UNDP/WHO
International Water Supply
and Sanitation Decade
GWS/EHE Unit
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland

The Lutheran World Federation
Dr. C. Nielson
P.O. Box 66
1211 Geneva 20
Switzerland

Mr Jesse Kagimba
c/o AMREF
P.O. Box
Wilson Airport
Nairobi
Kenya

Herr u. Frau Dr. Kaiser
c/o Postmaster
SWABI - N.W.F.P.
PN 81.2003.2 (GTZ)
Pakistan

Mr John Kalbermatten
Consultant
Sanitary Engineer
3630 Garfield Street N.W.
Washington D.C. 20007
U.S.A.

M. Oumarou Kané
B.P. 111
Niamey
Niger

Frau Hannelore Kelly
c/o Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit mbH
81 Central Ave
P.O. Box 2406
Harare
Zimbabwe

Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
Dr. Rainer Epbinder
Postfach 1260
5205 St. Augustin 1
Deutschland

Kenya Water for Health
Organization
Ms Margaret Mwangola
Director
P.O. Box 61470
Nairobi
Kenya

KfW Kreditanstalt
für Wiederaufbau
Herr Dr. Bickel
Herr von Collenberg
Herr Harmsen
Herr König
Herr Krombach
Herr Kuellmer
Herr Neubauer
Herr Weyand
Frau Wilke
Palmengartenstraße 5-9
6000 Frankfurt a.M. 11
Deutschland

The Lutheran World Federation
World Service
Dr. Zoltan Balint
Water Engineer
Mr Piet te Velde
Water Engineer
Mr Japhet Moyo
Assistant Project Coordinator
Abercorn Street
P.O. Box 1159
Bulawayo
Zimbabwe

The Lutheran World Federation
World Service
Rev. Wolfgang Lauer
Director
Sedco House
Manica/Angwa Street
P.O. Box 988
Harare
Zimbabwe

Mr. Walter Marshall
Chief Water Sector
c/o CIDA Canadian
International Development
Agency
200 Promenade du Portage
Hull Quebec K1A 0G4
Canada

Mr F. Eugene McJunkin
c/o Agency for International
Development
Community Water Supply and
Sanitation Division
Washington D.C. 20523
U.S.A.

Ministère des Relations Extérieures
Coopération et Développement
Direction des Projets de Développement
Mr Nicolas Samuel
20 rue Monsieur
75007 Paris
France

Ministry of Health
(Matabeleland)
Dr. Hlangabeza
Provincial Medical Director
Dr. Pugh, former PMD
Mr Ed Hall
Public Health Inspector
P.O. Box 441
Bulawayo
Zimbabwe

Ministry of Health
Mr Charles Madzura
Health Education Officer
Masvingo
Zimbabwe

Ministry of Health
Mr M'Takwa
Harare
Zimbabwe

Ministry of Finance
Mr Mukarati
Harare
Zimbabwe

Ministry of Overseas Development
Mr W. Kingsmill
Mr T. D. Pike
Eland House
Stag Place / Victoria
London SW 1E 5DH
Great Britain

Miserecor
Prof. Dr. W. Schoop, Grundsatzreferat
Prof. I. Kurz, Dokumentation
Postfach 1450
Mozartstraße 9
5100 Aachen
Deutschland

Mr Peter Morgan
c/o Blair Research Institute
Ministry of Health
Harare
Zimbabwe

Ms Sarah Murray
c/o Collier-McMillan Ltd.
Visual Learning Division Suite 18
91 St. Martins Lane
London W C2N 0DL
Great Britain

M. Niamby
Programme des Nations-Unies
pour le Développement (PNUD)
Niamey
Niger

M. O'Donnell
Programmes des Nations-Unies
pour le Développement (PNUD)
Niamey
Niger

PAHO Pan American Health
Organization
Mr Horst Otterstetter
Regional Advisor, Program
of Environmental Health
Mr Raymon Reid
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington D.C. 20037
U.S.A.

Mr Pierre Peligry
Commission des Communautés
Européennes
Direction Générale du
Développement
Berlagmont 9/51 A
200 rue de la Loi
1049 Bruxelles
Belgique

M. Pelletier
Responsable de l'Association
Française des Volontaires
du Progrès (AFVP)
Niamey
Niger

Mr M. Peter
c/o Ministère français
de la Coopération
20 rue Monsieur
75007 Paris
France

Public Health Engineering
Department
Mr Nazir Hussein Afridi
Chief Engineer
Mr Gulfan Khan, Engineer
Mr Mohamed Amin Khattah
Secretary
Peshawar - N.W.F.P.
Pakistan

RIVM Rijksinstituut voor
Volksgezondheit en Milieuhygiene
Ir. A. R. Bergen,
Head Bureau for Development
Cooperation
Nieuwe Havenstraat 6
Postbus 150
2260 AD Leidschendam
The Netherlands

Mr Rudolf Schottke
c/o Ministry of Energy and
Water Resources and Development
Causeway
Harare
Zimbabwe

Herr Schuchardt
Dorsch Consult
Project Manager
PN 82.6758.5
c/o Public Health
Engineering Department
Peshawar - N.W.F.P.
Pakistan

Dr. Norma Scotney
Consultant
Community Participation
P.O. Box 34036
Nairobi
Kenya

Prof. Dr. Hans D. Seibel
Universität Köln
Seminar für Sozialwissenschaft
Gronewaldstraße 2
5000 Köln 41
Deutschland

M. Siegle
Conseiller au Ministère du Plan
Niamey
Niger

SIDA
Swedish International
Development Authority
Infrastructure Division
Water Section
Ms Margaretha Sundgren
Birger Jarlsgatan 61
105 25 Stockholm
Sweden

M. Sinigalia
Président du Programme des
Nations-Unies pour le
Développement (PNUD)
Niamey
Niger

Mr Richard Spearman
SCF Save the Children Fund
Peshawar - N.W.F.P.
Pakistan

Dr. Jakob Storaas
c/o NORAD
Norwegian Agency for
International Development
P.O. Box 8142 DEP
0033 OSLO 1
Norway

Mr Martin Strauss
Sanitary Engineer
c/o I.R.C.W.D.
Ueberlandstraße 133
8600 Duebendorf
Switzerland

TAG Technology Advisory Group
UNDP/The World Bank
Mr Ronald Parlato
Mr G. H. Read
Mr Beyene Wolde-Gabriel
1818 H Street N.W.
Washington D.C. 20433
U.S.A.

M. Tschopp
Conseiller de la GTZ
au Ministère des Travaux Publics
c/o Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
Service Administratif des Projets
B.P. 10814
Niamey
Niger

United Nations Children's Fund
WET Water and Environmental
Sanitation Team
Mr Martin G. Beyer
Senior Policy Specialist
Dr. Joseph Christmas
Senior Programme Officer
Ms Muriel Glasgow
Programme Officer
(Health Education)
United Nations
New York, N.Y. 10017
U.S.A.

United Nations High Commission
for Refugees (UNHCR)
Mr Prakash
Peshawar - N.W.F.P.
Pakistan

Dr. Denis Vallot
Responsable du Suivi des
Programmes d'Hydraulique
Ministère de l'Hydraulique
et de l'Environnement
Niamey
Niger

WASH Water and Sanitation
for Health Project
Mr Dan Campbell
Mr Craig Hafner
1611 N. Kent Street
Arlington, Virginia 2209
U.S.A.

Dr. Ulrich Weyl
c/o Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit mbH
Project Administration Office
P.O. Box 151
PN 81.2028.9
Masvingo
Zimbabwe

WHO World Health Organization
Mr Odyer A. Sperandio
Community Water Supply and Sanitation
Division of Environmental Health
1211 Geneva 27
Switzerland

The World Bank
Office of the Training Coordinator
Water Supply and Urban Development Dpt.
Mr Michael Potashnik, Coordinator
Ms Letitia Obeng
1818 H Street N.W.
Washington D.C. 20433
U.S.A.

III. BIBLIOGRAPHIE

- ACKERKNECHT, E.H. (1971), *Medicine and Ethnology*. Baltimore, John Hopkins University Press.
- AGARWAL, A., KIMONDO, J., MORENO, G. & TINKER, J. (1983), *Water, Sanitation, Health - for All ? Prospects for the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade 1981-1990*, London, Earthscan.
- AGRAR- UND HYDROTECHNIK GmbH (1984), *Tanga Shallow Well Project (1980-1984): Final Report*, Essen, Agrar- und Hydrotechnik GmbH.
- AL AZHARIA JAHN, S. (1981), *Traditional Water Purification in Tropical Developing Countries. Existing Methods and Potential Application*, Eschborn, GTZ.
- AMONOO-LARTSON, R., EBRAHIM, G.J., LOVEL, H.J. & RANKEN, J.P. (1984), *District Health Care. Challenges for Planning, Organisation and Evaluation in Developing Countries*. London, Macmillan.
- ARIENS, W.T.L. (1982), *Planning and Evaluation for Community Water Supply and Sanitation. A Literature Review and a Selected and Annotated Bibliography*. The Hague, International Reference Centre (= Occasional Paper Series).
- AZAD GOVERNMENT OF THE STATE OF JAMMU AND KASHMIR & UNICEF (1983), *UNICEF Assisted Integrated Water and Sanitation Programme in Azad Jammu and Kashmir*. Islamabad, UNICEF.
- BAINBRIDGE, J. & SAPIRIE, S. (1974), *Health Project Management: A Manual of Procedures for Formulating and Implementing Health Projects*. Geneva, WHO.
- BAKHTIARI, Q.A. (n.d.), *Community Management for Sanitation. Case Study of Baldia Soakpit Project*. Paris, UNICEF.
- BANERJI, D. (1984), *The Political Economy of Western Medicine in Third World Countries*. In: McKINLAY, J.B., *Issues in the Political Economy of Health Care*, New York/London: Tavistock, 257-282.
- BANTA, H.D. (1986), *Medical Technology and Developing Countries: The Case of Brazil*. In: *International Journal of Health Services*, 16, 3, 363-373.
- BAROKAS, R., LEGER, P.R., WARNER, D & LEONHARDT, T.C. (1983), *Formulation of National Water Supply and Sanitation Strategies in the Central African Republic*. Washington, D.C., WASH (= Field Report 72).
- BELL, D., CRONIN, A., LEWIS, J., SIBISI, H. & TODD, M. (1978), *Swaziland Rural Water Supplies: A Base-Line Study*, London, Ministry of Overseas Development.
- BELL, D., HODGES, J., LAWRENCE, W. & SIBISI, H. (1983), *Swaziland Rural Water Supplies: Ex-Post Evaluation*. London, Ministry of Overseas Development.

- BLUM, D. & FEACHEM, R.G. (1983), Measuring the Impact of Water Supply and Sanitation Investments on Diarrhoeal Diseases: Problems of Methodology. In: International Journal of Epidemiology 12, pp. 357-65.
- BMZ BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT (1986), Grundlinien der Entwicklungspolitik der Bundesregierung, Bonn, Pressereferat (19.03.1986).
- Id. (1984), Wasserversorgung und Sanitärmaßnahmen in Entwicklungsländern. "Sektorpapier". Grundsätze für die Planung und Durchführung von Vorhaben der bilateralen Zusammenarbeit der Bundesrepublik Deutschland im Sektor Trinkwasserversorgung und Sanitärmaßnahmen. Bonn, 22.05.1984.
- BOCK, R. & PENDLE, A. (1984), The Story of Water Supply. Teacher's Guide: Primary Level, Intermediate Level & Advanced Level. 3 Vol. Denver, American Water Works Association.
- BRISCOE, J., FEACHEM, R.G. & RAHAMAN, M.M. (1985), Measuring the Impact of Water Supply and Sanitation Facilities on Diarrhoea Morbidity: Prospects for Case-Control Methods. Geneva, WHO (Diarrhoeal Diseases Control Programme).
- CARL DUISBERG GESELLSCHAFT e.V. (1984), Seminar on Community Participation in Construction, Operation and Maintenance of Water Supply and Sanitation Projects. Report of Proceedings. Mangochi (Republic of Malawi), September 21-26, 1984.
- CHARLET, F. (1985), Un programme d'éducation sanitaire pour l'emploi de l'eau potable en Côte d'Ivoire. Abidjan, Institut National de Santé Publique, Sous-Direction du Service National d'Education Sanitaire.
- COMITE INTERAFRICAIN D'ETUDES HYDRAULIQUES (1984), Elaboration d'un dossier-type d'hydraulique villageoise. Lyon/Dakar, Centre International pour l'Education Permanente et l'Aménagement Concerté (CIEPAC).
- COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES (1978), Evaluation (ex-post) sectorielle des projets d'approvisionnement en eau urbain et villageois. Tomes I et II. Bruxelles, CCE, Direction Générale du Développement, VIII/A/2.
- COOPER, C. (1981), Economic Evaluation and the Environment. Methodological Discussion with Particular Reference to Developing Countries. London, Hodder & Stroughton.
- CRONIN, A.J., (1974), Domestic Rural Water Supplies: An Ex-Post Evaluation of 8 Selected Schemes. London, Ministry of Overseas Development.
- CROSS, P. (1983), Community Based Workshops for Evaluating and Planning Sanitation Programs. A Case Study of Primary Schools Sanitation in Lesotho. Washington, D.C., World Bank (= TAG Technical Note 7).
- CUMPER, G.E. (1984), Determinants of Health Levels in Developing Countries. Letchworth, Research Studio Press.

- CWS/WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986), Report on Africa Regional External Support Consultation in connection with the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade: Akidjan, 25-29 November 1985. Abidjan/Geneva.
- Id. (1986), Report on Asia Regional External Support Consultation in connection with the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade: Manila, 21-25 October 1985. Manila/Geneva.
- DANISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT AGENCY (n.d.), Water Master Plans for Iringa, Mbeya & Ruvuma Regions. Revised Handbook on Village Participation. Dar es Salaam, Danida.
- DEAN, R.B. (Ed.) (1985), Training Sanitary Engineers in Europe. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe.
- DEEKS, C. (1979), A Communication Strategy for a Rural Water Supply Project in Thailand. Guidelines for Participatory Workshops for Local Government Officials. Bangkok, Department of Health in cooperation with UNICEF.
- DERCLAYE, J. (1984), Evaluation partielle du projet d'hydraulique villageoise Yatenga-Comoé en République de Haute-Volta. Bruxelles, Commission des Communautés Européennes, Association Européenne pour la Coopération.
- DEVITT, P. (1978), The Role of Sociological Factors in Four ODM Projects. London, Ministry of Overseas Development.
- DEUTSCH, K.W. (Ed.) (1977), Ecological Systems and Ecopolitics. A Reader on Human and Social Implications of Environmental Management in Developing Countries. Paris, UNESCO-Press.
- DINHAM, B. & HINES, C. (1983), Agribusiness in Africa. London, Earth Resources Research, Ltd.
- DORE, R. & MARS, Z. (Eds.) (1981), Community Development, Comparative Case-Studies in India, Republic of Korea, Mexico and United Republic of Tanzania, Paris, UNESCO.
- DÖHRING, B. (1981), The Impact of Community Water Supply and Sanitation Programmes on the Reduction of Morbidity and Mortality. A Methodological Note, New York, United Nations Statistical Office.
- ELMENDORF, M. & BUCKLES, P. (1980), Sociocultural Aspects of Water Supply and Excreta Disposal. Washington, D.C., The World Bank.
- ELWERT, G. (1983), Bauern und Staat in Westafrika. Die Verflechtung sozioökonomischer Sektoren am Beispiel Benin. Frankfurt/New York, Campus.
- ESCHE, D. & KOEHNE, P. (1983), Feldstudie zur Erarbeitung von Grundlagenmaterial für einen Mediendienst Gesundheitswesen Bali/Ost Java. Pilot-Studie im Auftrag der GTZ in Kooperation mit der Nationalen Familienplanungsbehörde (BKKBN), Indonesien, Eschborn, GTZ (PN 81.9182.7).

- ETHERTON, D. (1982), Water and Sanitation in Slums and Slanty Towns. A Review of Conditions and Some Options for Improvements, New York, UNICEF.
- FARREN, M. (1984), Infant Mortality and Health in Latin America: An Annotated Bibliography from the 1979-1982 Literature, Ottawa, IDRC.
- FEACHEM, R.G., GUY, M.W. et al. (1983), Excreta Disposal Facilities and Intestinal Parasitism in Urban Africa: Preliminary Studies in Botswana, Ghana and Zambia. In: Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 77, 4, 515-521.
- FIEDLER, J.F. (1985), Latin America Health Policy and Additive Reform: The Case of Guatemala. In: International Journal of Health Services, 15, 2, 275-299.
- FISCHER, W.E., HIPPEL, G., SCHÄFER, P. & WARTH, H. (1985), Selbsthilfeförderung in Belutschistan/Pakistan. Evaluierungsbericht. Bonn, BMZ.
- FOREIGN AND COMMONWEALTH OFFICE, OVERSEAS DEVELOPMENT ADMINISTRATION (1985), The Evaluation Activities of the Overseas Development Administration 1964-1984. London, ODM.
- GENDZIER, I.L., (1985), Managing Political Change. Social Scientists and the Third World. Boulder/London, Westview Press.
- GITEC CONSULT GMBH (1986), Praktische Möglichkeiten zur Verbesserung der Effizienz öffentlicher Wasserzapfstellen in afrikanischen Ländern. (= Entwicklungspolitische Forschung 1985. Forschungsvorhaben Nr.3 des BMZ Bonn). Düsseldorf/Bonn.
- GKW CONSULTING ENGINEERS (1984), Water Supply for Towns in Southern Somalia. Feasibility Studies. Mannheim, GKW.
- GLUCKSBERG, H. & SINGER, J. (1982), The Multinational Drug Companies in Zaire: Their Adverse Effect on Cost and Availability of Essential Drugs. In: International Journal of Health Services, 12, 3, 381-387.
- GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF INDONESIA. MINISTRY OF PUBLIC WORKS. DIRECTORATE GENERAL OF HOUSING, BUILDING PLANNING AND URBAN DEVELOPMENT (CIPTA KARYA) (1984), 12 Small Towns West Sumatra Water Supply Project. Study on Environmental Impacts and Health Education Programmes: Vol.I: Main Report, Vol.II: Annexes. Lahmeyer International, P.T. Harmoni Cipta, July 1984.
- GREIFELD, K. (1985), Susto: Kulturspezifisches Syndrom oder ethnologisches Konstrukt? In: Curare. Z.f. Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie, 8, 4, 273-288.
- GROVER, B., BURNETT, N. & MCGARRY, M. (1983), Water Supply and Sanitation Project Preparation Handbook. Vol.1: Guidelines; Vol.2: Case Studies; Vol.3: Case Study. Washington, D.C., The World Bank (= Technical Paper 12-14).

- GUHR, I. (1984), Drinking Water Supply and Sanitation Project in the District of Vavuniya and Mullaitivu. Colombo, Sri Lanka.
- GUILBERT, J.J. (1977), Educational Handbook for Health Personnel. Geneva, WHO (WHO-Offset Publication 35).
- HAALAND, A., (1984), Pretesting Communication Materials with Special Emphasis on Child Health and Nutrition Education. A Manual for Trainers and Supervisors. Rangoon, UNICEF.
- HARRISON, P. (1982), Hunger und Armut. "Inside the Third World". Reinbek b. Hamburg, Rowohlt.
- HAYES, P. & SHORROCK, T. (1982), Dumping Reactors in Asia. In: AMPO, 14, 1, 30-35 and AMPO, 14, 2, 16-23.
- HOGERZEIL, H.V. (1986), Use of Essential Drugs in Rural Ghana. In: International Journal of Health Services, 16, 3, 425-440.
- INTERNATIONAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTRE (1984), Program Directions: Health Sciences Division. Ottawa, IDRC.
- Id. (1985), Women's Issues in Water and Sanitation. Attempts to Address an Age-Old Challenge. Ottawa, IDRC.
- Id. (1986), IDRC 1985 - Searching, Research: A Path to Development. Ottawa, IDRC.
- Id. (1986), Health, Hygiene and the Community. A Simple Way to Shell Peanuts; Agrogeology in Tanzania. Ottawa, IDRC (= IDRC Reports, Vol.15, N°3).
- ISELY, R. (1985), Low Cost Water Supply and Sanitation Technologies, Community Participation and Health and Socio-Economic Outcomes. An Analysis of Interrelationships. New York, UNICEF.
- ISELY, R.B. (1985), Water Supply and Sanitation in Africa. In: World Health Forum, 6, 3, 213-219.
- JEFFERY, R. (1986), New Patterns in Health Sector Aid to India. In: International Journal of Health Services, 16, 1, 121-139.
- JORSTADT, M. (1984), Report from Western Province Water Project, Zambia (n.d.).
- KAPFERER, C. (1979), Kapferer's Marketing-Wörterbuch. Zürich, Kriterion.
- KEBEDE, H. (1978), Improving Village Water Supplies in Ethiopia: A Case Study of Socio-Economic Implications. Addis-Abeba, UNICEF.
- KENDALL, E.M. (1982), Community Participation and Women's Roles in Water Supply and Sanitation in Developing Countries: A Three-Part Bibliography by Author, Subject and Country. Washington, D.C., WASH (= Technical Report 18).
- KENYATTA, J. (1961), Facing Mount Kenya. London: Secker & Warburg.

- KHIN KHIN (1983), Health Education and Training Materials on Water Supply and Environmental Sanitation (1953-83). Rangoon, UNICEF.
- KLEINMAN, A. (1980), Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley, University of California Press.
- KRISHNA CHAUHAN, S. (1983), Who Puts the Water in the Tap? Community Participation in Third World Drinking Water Sanitation and Health. London, Earthscan.
- KÜCHOLL, V. (1985), Ethnomedical Evaluation in Lesotho 1984-1985: Final Report. Lesotho.
- LAVET, S. (1986), An Evaluation of Trial Instructional Support Materials: Prepared for the Promotion of Village Water Supplies in Zimbabwe. Harare, University of Zimbabwe.
- Id. (1986), Water for All: A Handbook for Community-Based Workers. Harare, University of Zimbabwe.
- Id. (n.d.), Handbook for the Protection of Village Water Supplies in Zimbabwe. Harare, University of Zimbabwe, Department of Community Medicine.
- LENZ, I. & ROTT, R. (Hrsg.) (1984), Frauenarbeit im Entwicklungsprozeß. Saarbrücken, Breitenbach Publishers.
- LEWIS, W.J. (1978), Water Quality Evaluation: Swaziland Rural Water Supplies. London, Ministry of Overseas Development.
- MAXWELL, R.J. (1981), Health and Wealth. An International Study of Health Care Spending. Toronto, Lexington.
- McJUNKIN, F.E. (1982), Water and Human Health. Washington D.C., U.S. Agency for International Development.
- MELROSE, D. (1982), Bitter Pills: Medicines and the Third World. Oxford, Oxfam.
- MORGAN, P.R. & MARA, D.D. (1982), Ventilated Improved Pit Latrines: Recent Developments in Zimbabwe. Washington, D.C., World Bank (= TAG Technical Paper 3).
- MULLER, M. (1982), The Health of Nations: A North-South Investigation. London, Faber.
- NOSTRAND, J.v. (Ed.) (1983), Handbook for District Sanitation Coordinators. Washington, D.C., World Bank (= TAG, Technical Note 9).
- NOSTRAND, J.v. & WILSON, J.G. (1983), Rural Ventilated Improved Pit Latrines: A Field Manual for Botswana. Washington, D.C., World Bank (= TAG Technical Note 8).
- OBERENDER, R., DIESFELD, H.J. & GITTER, W. (Ed.) (1983), Health and Development in Africa. Frankfurt/Bern/New York, Peter Lang.

- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (1985), Improving Aid Effectiveness in the Drinking Water Supply and Sanitation Sector: Conclusions and Recommendations Emerging from DAC Consultations. Paris (OECD).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1979), Manuel de l'équipe de santé. Issy-les-Moulineaux, Editions Saint-Paul.
- Id. (1982), Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement:
 . Document sur la stratégie de base, développement des ressources humaines. Genève, OMS.
 . Manuel du Planificateur, Genève, OMS.
- Id. (1983), Procédure d'Evaluation Minimale (PEM) pour les projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement, Genève, OMS.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (1983), Drinking Water Supply and Sanitation: The International Decade in the Americas. Washington, D.C., PAHO.
- PARLATO, R. (1985), Social Marketing: An Alternative Approach to Community participation in Low-Cost Sanitation Programs. (= Paper presented to the Brazilian Association of Sanitary Engineers Seminar on Low-Cost Technologies, Victoria, December 3-6).
- PARRY, E.H.O. (Ed.) (1984), Principles of Medicine in Africa. Oxford/Nairobi, Oxford University Press (2nd edition).
- PEARSON, C. & PRYOR, A. (1978), Environment North and South: An Economic Interpretation, New York, Wiley-Interscience.
- PERRETT, H. (1983), Planning of Communication Support (Information, Motivation and Education) in Sanitation Projects and Programs. Washington, D.C., The World Bank (= TAG Technical Note 2).
- Id. (1983), Social Feasibility Analysis in Low-Cost Sanitation Projects. Washington, D.C., World Bank (= TAG Technical Note 5).
- Id. (1984), Monitoring and Evaluation of Communication Support Activities in Low-Cost Sanitation Projects. Washington, D.C., World Bank (= TAG Technical Note 11).
- PERROUX, F. (1983), A New Concept of Development. Basic Tenets. Paris, UNESCO.
- PFLEIDERER, B. & BICHMANN, W. (1985), Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin, Reimer.
- RADIO RURALE CONGOLAISE,
 . L'animateur de radio-club. Brazzaville (s.d.)
 . Le compost. Dans: le guide pratique de vulgarisation agricole, n°1. Brazzaville, août 1982.
 . Les vers intestinaux. Dans: Le guide pratique de vulgarisation agricole, n°3. Brazzaville, décembre 1983.

REPUBLIC OF ZIMBABWE, MINISTRY OF HEALTH (1985), Progress Report: Extended Blair Vip Latrine Construction Programme: Masvingo Province, Zimbabwe. Harare, Ministry of Health.

Id., MINISTRY OF ENERGY AND WATER RESOURCES AND DEVELOPMENT (1985), National Water Master Plan for Rural Water Supply and Sanitation (Vol.4.2: Social Studies, Vol.4.3: Health Education, Vol.4.4: Sanitation Technology). Interconsult A/S, ORAD - Norwegian Agency for International Development, Zimbabwe - Norway.

Id., CARD - COORDINATED AGRICULTURAL & RURAL DEVELOPMENT (n.d.), Gutu District. Masvingo Province. Rural Water Supply, Vol.1 (Preliminary Design Report). ARDA/GTZ.

REPUBLIQUE DE HAUTE-VOLTA, MINISTERE DU DEVELOPPEMENT RURAL, DIRECTION DE L'HYDRAULIQUE ET DE L'EQUIPEMENT RURAL
- Projet d'Hydraulique Villageoise Yatenga - Comoé: Présentation du projet. Octobre 1983.
Rapport de mission d'appui au volet animation. Mission Derclaye, janvier-février 1984.

REPUBLIQUE DU NIGER . MINISTERE DE L'HYDRAULIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT . DIRECTION DES INFRASTRUCTURES HYDRAULIQUES
PROJET HYDRAULIQUE VILLAGEOISE ZINDER (FED)
- Questionnaire d'enquête sur la situation hydraulique des nouveaux villages en opinion des villageois sur le forage et la pompe. Janvier 1984.
- Canevas de la 2ème réunion villageoise, réunion de confirmation, d'organisation et de préformation hygiène/santé (s.d.).
- Contenu et déroulement de la 1ère réunion de sensibilisation dans les villages. Janvier-février 1984.
- Programme de formation hygiène-santé pour les 2èmes réunions dans les villages. Mars 1984.
Fiche de renseignements, 2ème réunion villageoise. Mars 1984.

REPUBLIQUE DU NIGER . MINISTERE DES TRAVAUX PUBLICS ET DE L'URBANISME . MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES:

- ZARRABI, Pari et ZOYSA, Isabelle de / GTZ: Programme d'information, de sensibilisation et d'éducation pour l'assainissement (PISE). Tahoua - Zinder, avril 1984.
- ZARRABI, Pari / GTZ: Second rapport sur la mise en oeuvre du programme d'information, de sensibilisation et d'éducation pour l'assainissement (Rapport d'évaluation).

ROY, A.K. et al. (1984), Manual on the Design, Construction and Maintenance of Low-Cost Pour-Flush Waterseal Latrines in India. Washington, D.C., World Bank (= TAG Technical Note 10).

RUBEL, A.J., O'NEILL, C.W., & COLLADO-ARDON, R. (1985), Susto. A Folk Illness. Berkeley, University of California Press.

RUSSEL, A. (1979), Report on the Situation of Women in the Target Villages of the UNICEF Domestic Water Supply Project in Bahr el Ghazal Province, Sudan, Khartoum, Sudan Country Office.

- RYAN, B.A. & MARA, D.D. (1983), Pit Latrine Ventilation: Field Investigation Methodology. Washington, D.C., World Bank (= TAG Technical Note 4).
- Id. (1983), Ventilated Improved Pit Latrines: Vent Pipe Design Guidelines. Washington, D.C., World Bank (= TAG Technical Note 6).
- SCALFANI, J.A. (1981), Popular Participation and the Bahr-el-Ghazal Domestic Water Supply Project: Lessons and Implications for UNICEF Policy. Khartoum, Sudan Country Office.
- SCHELP, F.P. & MOY CHEW, Y. (1984), Coping with Health Problems in Relation to Water Resource Development Schemes. SEAMEO-Tropmed Project N°74.2513.5. Progress Report 1981-1983/84. Berlin, Eschborn, Bangkok, FU Berlin, GTZ.
- SCHLEBERGER, E. (1986), Wasser für alle: Flächendeckende Trinkwasserversorgung mit begleitenden Sanitärmaßnahmen in der nördlichen Trockenzone Sri Lankas - Drinking Water Supply and Sanitation Project in Sri Lanka. Eschborn, GTZ (= Schriftenreihe der GTZ 183).
- SENGHOR, L.S. (1961), On African Socialism. Frederick A. Praeger: New York / Washington / London.
- SIMPSON-HEBERT, M. (1983), Methods for Gathering Socio-Cultural Data for Water Supply and Sanitation Projects. Washington, D.C., The World Bank (= TAG Technical Note 1).
- STOCK, R. (1985), Health Care for Some: A Nigerian Study of Who Gets What, Where and Why? In: International Journal of Health Services, 15, 3, 469-484.
- STRATHERN, A. (1986), Gesundheitsfürsorge und medizinischer Pluralismus: Beispiele von Mount Hagen, Papua-Neuguinea. In: Curare. Z.f. Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie, 9, 1, 17-32.
- SUCKCHAROEN, S. et al. (1978), Alarming Signs of Mercury Pollution in a Freshwater Area of Thailand. In: AMBIO, 7, 3, 113-116.
- SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT AUTHORITY (1985), Annual Review of the Rural Village Water Supply Programme: Annual Sector Review of Botswana Rural Village Water Supply Programme. Stockholm, SIDA.
- Id. (1984), Water Strategy - Water Supply Programmes for Rural Areas: Domestic Water Supply, Health Education, Environmental Hygiene. Stockholm, SIDA.
- TENAMBERGEN, E.D. (1985), Rural Primary Health Care: A Compact Methodology for Participatory Planning and Evaluation. London, University of London (Diss.).
- THAN NYUNT et al. (1985), A Study on the Economic and Social Effects due to Construction of Tubewells for Household Water in 70 Villages in Mandalay, Magwe and Sagaing Divisions. Rangoon, Ministry of Education.

- THEKILDSEN, O. (1985), Framework for Implementing the Strategy for Health Promotion: Consultancy Report prepared for DANIDA. Copenhagen, DANIDA.
- TIMBERLAKE, L. (1985), Africa in Crisis. The Causes, the Cures of Environmental Bankruptcy. London, Earthscan.
- UNDP (1980), Rural Women's Participation in Development. Action Oriented Assessment of Rural Women's Participation in Development. New York, UNDP (= Evaluation Study 3).
- Id. (1983), Human Resource Development for Primary Health Care. New York, UNDP (= Evaluation Study 9).
- UNESCO (1981), Cultural Development. Some Regional Experiences. Paris, UNESCO.
- UNICEF (1982), Water for the People Project in Kordofan, Sudan. Khartoum, Sudan Country Office.
- Id. (1983), Les Nouvelles de l'UNICEF N°114/2.
- Id. (1985), Promoting Health Behaviour in Water and Sanitation Programmes. (= Report of a Working Group. New York, 25-29 March 1985).
- Id. (1985), Programme Field Manual Book E: Water Supply and Sanitation. New York, UNICEF (Draft).
- UNWIN, D. & McALEESE, R. (1978), The Encyclopaedia of Educational Media Communications and Technology. London, Macmillan.
- VICTORA, C.G. & VAUGHAN, J.P. (1985), Land Tenure Patterns and Child Care in Southern Brazil: The Relationship between Agricultural Production, Malnutrition and Child Mortality. In: International Journal of Health Services, 15, 2, 253-274.
- VICTORA, C.G., SMITH, P.G. & VAUGHAN, J.P. (1986): Social and Environmental Influences on Child Mortality in Brazil. Logistic Regression Analysis of Data from Census Files. In: Journal of Biosocial Sciences, 18, 1, 87-101.
- WASSERMANN, U. (1982), WHO: Essential Drugs for Developing Countries. In: Journal of World Trade Law, 16, 5, 444-447.
- WATTS, S.J. (1986), Human Behaviour and the Transmission of Dracunculiasis: A Case Study from the Ilorin Area of Nigeria. In: International Journal of Epidemiology, 15, 252-256.
- WENDORFF, R. (1983), Dritte Welt und westliche Zivilisation. Grundprobleme der Entwicklungspolitik. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag.
- WERNER, D. & BOWER, B. (1982), Helping Health Workers Learn. A Book of Methods, Aids and Ideas for Instructors at the Village Level. Palo Alto, California.
- WHITE, A. (1981), Community Participation in Water and Sanitation. Concepts, Strategies and Methods. Rijswijk, International Reference Centre for Community Water Supply and Sanitation, IRC (= Technical Paper Series N° 17).

- WHO/BMZ (1985), European Donor Consultation Koenigswinter (Rhine) 16-18 October 1984. Report by the Secretariat. Bonn/Geneva.
- WHO (1982), Rapid Assessment of Sources of Air, Water and Land Pollution. Geneva, WHO (= WHO Offset Publication 62).
- Id. (1983), Guidelines for Drinking Water Quality. Vol.III: Drinking Water Quality Control in Small Community Supplies. Geneva, World Health Organization (EPF/83.58).
- Id. (1983), Maximizing Benefits to Health. An Appraisal Methodology for Water Supply and Sanitation Projects. Geneva, WHO (Document ETS/83.7).
- Id. (1983), New Approaches to Health Education in Primary Health Care. Geneva, WHO (= Technical Report Series 690).
- Id. (1984), Panel of Experts on Environmental Management for Vector Control. Report of the Fourth Meeting. Geneva, WHO (PEEM Secretariat).
- Id.. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1985), Environmental Health Impact Assessment of Urban Development Projects: Guidelines and Recommendations. Copenhagen, WHO-EURO.
- Id.. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1983), Environmental Health Impact Assessment of Irrigated Agricultural Development Projects: Guidelines and Recommendations. Copenhagen, WHO-EURO.
- WHO/UNICEF (1985), The Management of Diarrhoea and Use of Oral Rehydration Therapy. Geneva, WHO.
- WHYTE, A. (1983), Guidelines for Community Participation in Water Supply and Sanitation Projects. Geneva, WHO (non-formal publication).
- WIJK-SIJBESMA, C.v. (1984), Participation and Education in Community Water Supply and Sanitation Programmes. A Literature Review. The Hague, IRC (= Technical Paper Series 12).
- WINBLAD, U. (1984), Botswana: Sanitation/Hygiene Consultancy Study. Stockholm, SIDA.
- WINBLAD, U. & KILAMA, W. (1985), Hesawa: Sanitation Study. Stockholm, SIDA.
- ZACHER, W. (1982), The Significance of Water and Sanitation for Primary Health Care Workers in Developing Countries. In: HYGIE. International Journal for Health Education, 1, 2, 21-30.
- ZAJAC, V., MERTODININGRAT, S. et al. (1984), Urban Sanitation Planning Manual Based on the Jakarta Case Study. Washington, D.C., The World Bank (= Technical Paper 18).
- ZOYSA, I. de, CARSON, D. et al. (1984), Perceptions of Childhood Diarrhoea and its Treatment in Rural Zimbabwe. In: Social Science and Medicine, 19, 7, 727-734.

