

LE PROGRAMME D'HYGIENE ET ASSAINISSEMENT DANS LE PROGRAMME
D'HYDRAULIQUE VILLAGEOISE (PHV/CE/PB)

DEPARTEMENT DE DOSSO

RAPPORT DE MISSION D'APPUI

Ramata Sy Koutou

Christine van Wijk Sijbesma

MAI 1995

Library
IRC International Water
and Sanitation Centre
Tel.: +31 70 30 889 80
Fax: +31 70 35 899 64

REMERCIEMENTS

La mission d'appui au Programme Hygiène et Assainissement (H&A) intégré au Programme d'Hydraulique Villageoise/Conseil de l'Entente/Pays-Bas (PHV/CE/PB) dans le Département de Dosso remercie les différents acteurs du Projet, ainsi que tous ceux qui ont contribué au bon déroulement de la mission. Une telle mission qui a utilisé des ateliers participatifs avec les responsables et les villageois n'aurait pas pu atteindre ses objectifs sans la participation active et la disponibilité de tous.

Nos remerciements vont particulièrement aux responsables du Service Socio-Economique, aux agents de terrain qui ont participé au travail dans les villages, ainsi que la direction du Projet, qui a facilité les conditions de travail de la mission.

TABLE DES MATIERES

Remerciements

Abréviations

Sommaire Général

- 1 Contexte du Programme
 - 1.1 Cadre général et programme d'hydraulique
 - 1.2 Aspects sanitaires
 - 1.3 Préconditions hydrauliques
- 2 Planification du Programme d'Hygiène et Assainissement
 - 2.1 Etude de base et projet pilote
 - 2.2 Processus de planification
 - 2.3 Analyse participative des objectifs et indicateurs du programme
 - 2.4 Plan d'opérations
 - 2.5 Intégration du programme dans la politique et les structures du pays
- 3 Exécution du Programme
 - 3.1 Approche et méthodologie
 - 3.2 Aspects de "Genre"
 - 3.3 Cadre institutionnel et intégration du programme au niveau départemental et communautaire
 - 3.4 Programme scolaire
 - 3.5 Formation et supervision
- 4 Résultats
 - 4.1 Ouvrages
 - 4.2 Comportement d'hygiène
 - 4.3 Efficience et coûts/efficacité
- 5 Système de suivi
- 6 Pérennité (Durabilité) du Programme
- 7 Conclusions et Recommandations
 - 7.1 Conclusions
 - 7.2 Recommandations

LIBRARY IRC
PO Box 93190, 2509 AD THE HAGUE
Tel.: +31 70 30 889 80
Fax: +31 70 35 899 64
BARCODE: 13818
LO: 824 NED095

TABLEAU

1. Les maladies les plus fréquentes dans l'arrondissement de Douthi

FIGURES

1. Carte administrative
2. Processus d'animation
3. Croquis village Lokoko
4. Organigramme PHV/H&A
5. Ideogramme de suivi (exemple)

ANNEXES

- 1 Termes de Référence
- 2 Programme de la mission
- 3 Personnes rencontrées
- 4 Atelier mini-ZOPP
- 5 Atelier de restitution
- 6 Liste des instituts d'appui méthode participative
- 7 Fiche Guide Plan Action village
- 8 Recherche - Action
- 9 Partage travail hommes/femmes
- 10 Démarches pour l'étude statistique sanitaire

Liste des documents consultés

LISTE DES ABREVIATIONS

ADS	Agents de Suivi
AEP	Adduction d'Eau Potable
CIEH	Centre International d'Etudes Hydrologiques
CREPA	Centre Régional d'Etudes pour l'Eau et l'Assainissement
DDH	Direction Départementale de l'Hydraulique
DDS	Direction Départementale de la Santé
EIR	
ERIA	Expérience - Réflexion - Information - Action
H&A	Hygiène et Assainissement
IPD/AOS	
IRC	International Water and Sanitation Centre
PEM	Point(s) d'Eau Moderne(s)
PHV/CE/PB	Programme d'Hygiène et d'Assainissement
MH/E	Ministère de l'Hydraulique et de l'Environnement
VIP	Ventilated Improved Pit latrine
ZOPP	Ziel-Oriented Project Planning (Planification Participative par Objectif)

SOMMAIRE GENERAL

Objectifs de la mission

Le Programme d'Hydraulique Villageoise/Conseil de l'Entente/Pays-Bas, exécuté au sein de la Direction Départementale de l'Hydraulique (DDH) de Dosso, a intégré un programme d'Hygiène et d'Assainissement (H&A) dans ses activités au niveau de l'arrondissement de Douthi. Après une phase pilote réalisée au cours du premier semestre 1994, la phase d'exécution a débuté fin 1994.

Une mission d'appui (voir les Termes de Référence ci-joint en annexe 1) a été invitée du Centre International de l'Eau et l'Assainissement (IRC) pendant la période du 18 Avril au 1er Mai 1995. La mission était composée de Mme Koutou, Ramata Sy, Conseillère en Santé Publique au Burkina Faso et de Mme van Wijk, Christine, Sociologue à l'IRC aux Pays-Bas.

Les objectifs de la mission étaient de :

- Analyser les objectifs, approches, stratégies et activités du programme;
- Formuler des recommandations sur des adaptations du programme en cours;
- Formuler des recommandations sur la poursuite du programme pendant les quatre années de suivi post-projet à partir d'Octobre 1995.

Pour le programme de la mission et les personnes rencontrées, voir les annexes 2 et 3.

Les points d'attention spécifiques déterminés dans les Termes de Référence (en annexe 1) étaient :

- Le contenu du programme, les messages utilisés;
- Les activités exécutées;
- L'efficacité des approches et stratégies utilisées;
- Les aspects de genre et la participation de la femme;
- Le cadre institutionnel: la capacité de la DDH, et surtout sa Section Socio-Economique de coordonner et exécuter un tel programme, la collaboration avec la DDS, comment peut-on assurer la durabilité?
- Les moyens financiers et autres;
- Le type de latrine à promouvoir et les aspects techniques des latrines;
- Les acteurs du terrain (équipes DDH/DDS et les agents de suivi) chargés de l'exécution;
- Les formations nécessaires;
- Les missions d'appui et d'évaluation à programmer.

Méthodologie suivie

La mission s'est servie essentiellement de méthodes participatives. Un atelier d'analyse participative (mini-ZOPP, qui est une technique de planification participative par objectifs), a été utilisé pour l'analyse des objectifs et des priorités (voir l'annexe 4). Des

exercices d'analyse participative sur la situation et les capacités dans les villages ont été réalisées et des cartes de leur village ou quartier ont été dressées par les villageois.

En plus de ces méthodes participatives, l'étude des documents, les visites d'observations (promenades au village) et les entretiens de groupes avec les différents acteurs ont permis d'apprécier l'approche utilisée et les résultats.

Les conclusions et recommandations de la mission ont été discutées au cours d'un atelier de restitution avec un représentant du MH/E, des représentants de la DDS, de la DDH, du PHV/CE/PB et des agents de suivi (voir l'annexe 5).

Une revue du rapport provisoire a été faite avec des responsables de la DDS, de la DDH et du PHV/CE/PB.

Les entretiens de groupes ont aussi permis de recueillir les sentiments et les opinions des acteurs qui ont participé à l'atelier et aux activités sur le terrain ainsi que la faisabilité par eux-mêmes des méthodes utilisées. Les exercices dans les villages et les discussions ont été menées avec des groupes d'hommes et femmes.

Synthèse récapitulative du programme

Le programme intégré hydraulique villageoise/hygiène et assainissement exécuté dans l'arrondissement de Dogon Doutchi, département de Dosso au Niger est financé par la coopération Néerlandaise. L'agence d'exécution du programme est le Conseil de l'Entente.

Le volet Hydraulique Villageoise qui a démarré ses activités dans le département de Dosso depuis 1986 a créé les préconditions pour l'intégration d'un programme d'hygiène et d'assainissement indispensable si l'on veut réduire très sensiblement les maladies d'origine hydrique et assainissement qui sévissent dans la zone de Doutchi.

Le programme a connu trois phases d'exécution. La première phase, terminée en 1983 a eu lieu dans d'autres zones du pays. La deuxième phase (1986-1992) était à Dosso. La troisième phase en cours (1992-1995) est concentrée sur l'arrondissement de Doutchi.

Au démarrage du programme d'Hygiène et Assainissement (H&A) en 1994 dans 150 villages déjà dotés des points d'eau modernes nécessaires, le Programme d'Hydraulique Villageoise (PHV) avait réalisé environ 500 points d'eau modernes (puits cimentés, forages avec pompe Volanta et mini-Adductions d'Eau Potable avec des bornes fontaines). Le critère d'inclusion au programme H&A était donc de disposer d'un point d'eau moderne qui est toujours concerné par le programme.

Pendant la deuxième phase, les activités dans le domaine H&A étaient limitées à la salubrité des points d'eau et la promotion de l'hygiène pendant le puisage, le transport et le stockage de l'eau à la maison. Les activités étaient assurées par les hygiénistes dans les comités de gestion d'eau.

Il a été retenu d'accorder plus d'attention aux aspects H&A pendant la troisième phase. Une étude sur les connaissances et pratiques dans le domaine H&A a été faite et un projet pilote a été exécuté dans 19 villages pour la construction des ouvrages d'assainissement et l'amélioration des comportements d'hygiène des hommes, femmes et enfants. L'expérience ayant été concluante, le programme a été étendu à 150 villages avec points d'eau modernes fonctionnels.

Principales observations et recommandations

Après quatre mois d'expérience avec le programme étendu, la mission d'appui a été invitée pour faire une analyse du programme avec la participation des principaux acteurs et faire des recommandations.

Les points forts que la mission a observé dans le programme sont :

- Points d'eau modernes accessibles en place et fonctionnels;
- Sensibilisation des groupes cibles directs (hommes, femmes et enfants) et indirects (chefs traditionnels et leaders locaux) sur H&A ainsi que construction des ouvrages pour pratiques des comportements améliorés;
- Début d'amélioration des comportements d'hygiène;
- Intérêt pour les aspects de genre formulé clairement;
- Etude sur utilisation et entretien des latrines exécutée;
- Hygiène à l'école incluse dans le programme;
- Schéma de supervision et suivi assez performant mis en place.

Améliorations possibles / recommandations :

- Réduction des domaines d'intervention et des indicateurs aux aspects les plus pertinents pour la santé publique, soit latrinitation, production et usage familial de savon local, promotion du lavage des mains, protection de la qualité de l'eau de consommation de la source jusqu'à la consommation;
- Adoption d'une stratégie de marketing social dans les villages moins organisés et une stratégie de développement des capacités de structures locales pour leurs propres programmes H&A dans les villages mieux organisés;
- Formation et pratique en techniques participatives à tous les niveaux;
- Facilité d'accès des femmes aux fonctions lucratives et postes de responsabilité créés dans les villages dans le cadre du programme H&A.

Conclusions :

La pertinence d'un programme hydraulique villageoise et assainissement tel que le programme exécuté dans l'arrondissement de Doutchi n'est plus à démontrer. Pendant cette première campagne d'activités, le programme a essayé de développer des stratégies efficaces. Les résultats concrets ont dépassé les prévisions en ce qui concerne la mise en place des ouvrages et le changement de comportement a commencé. Maintenant il reste à

changer le programme dans la direction de l'auto-promotion villageoise dans l'optique d'assurer la pérennité des acquis.

1. CONTEXTE DU PROGRAMME HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

1.1 Cadre géographique et projet hydraulique

Le Département de Dosso est situé au Sud-Ouest du Niger dans une zone entièrement sédentaire. Il est subdivisé en cinq arrondissements, Boboye, Dosso, Dogon Doutchi, Gaya et Loga (Fig. 1). L'arrondissement de Dogon Doutchi, zone d'intervention du programme H&A, est le plus peuplé (385.000 habitants, soit 34% de la population du Département).

L'arrondissement de Doutchi comprend 885 villages avec un nombre moyen de 393 habitants par village. Les moyens d'existence de la population sont l'agriculture et l'élevage.

La langue parlée par les habitants est le Haoussa, qui est la langue véhiculaire de la zone. Cette langue est parlée par la plupart des acteurs du programme H&A, ce qui est un grand avantage pour l'exécution du programme.

Situation Hydraulique

Dans le Dallol Maouri, traversant l'arrondissement du Nord-Est au Sud, le niveau de la nappe phréatique se trouve à une profondeur de 15 à 20 m au Nord et de 5 à 10 m au Sud. Sur les plateaux qui l'entourent, les nappes se trouvent entre 60 et 250 m de profondeur.

Compte tenu de la disponibilité de l'eau souterraine, la densité de la population dans le Dallol est très élevée, toutefois ceci a causé l'épuisement des sols et par conséquent la diminution graduelle des récoltes. Le Nord de l'arrondissement, vu sa faible précipitation, est relativement peu peuplé. D'ailleurs, l'élevage y est plus important.

Au cours de sa deuxième phase, pendant la période allant de 1988 à 1992, le PHV/CE/PB a réalisé 178 forages équipés de pompes à motricité humaine de la marque Volanta et deux mini-AEP dans l'arrondissement de Doutchi.

Au cours de la troisième phase, dont la troisième et dernière campagne est en cours d'exécution, les ouvrages suivants seront réalisés : 92 forages équipés de pompes Volanta, 73 puits cimentés et 6 mini-AEP. D'ailleurs 55 pompes d'autres marques sont remplacées par des Volanta afin de mieux profiter du dispositif de maintenance mis en place. Des Comités de Gestion sont mis en place pour tous ces points d'eau, ils ont bénéficié d'une formation de 2 ou 3 jours.

A peu près 80 puits existants sont améliorés, en ce qui concerne le captage pour mieux assurer la disponibilité d'eau et les aménagements afin de mieux assurer l'hygiène.

A la fin de cette troisième phase environ 75 % des villages et hameaux auront un approvisionnement adéquat en eau potable, pour ceux supérieurs à 150 habitants, le pourcentage sera de 90 %.

1.2 Aspects sanitaires nécessitant un programme hygiène et assainissement

Les statistiques sur la situation sanitaire dans l'arrondissement de Douthi montrent que les maladies liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement occupent une place importante (Tableau 1). Les maladies diarrhéiques et dysenterie, ainsi que le paludisme, les conjonctivites et les affections dermatologiques font partie des dix premières causes de morbidité. Outre ces maladies il faut signaler l'existence de la dracunculose dans environs 50 villages au début du programme.

Maladies	0-5 ans		> 5 ans	
	1993	1994	1993	1994
Paludisme	11.691	19.532	22.068	33.480
Affections respiratoires	12.912	16.148	12.220	17.943
Diarrées	8.493	10.932	5.429	7.389
Conjonctivites	4.429	5.998	4.740	8.407
Affections dermatologiques	1.928	2.182	2.849	2.878
Traumas	1.338	1.704	8.139	8.115

Tabl. 1 Les maladies les plus fréquentes enregistrées dans l'arrondissement de Douthi

Pour la prévention d'une telle pathologie la mise en place d'un programme d'hydraulique villageoise n'est pas une condition suffisante. La réduction des cas nécessite aussi l'adoption de bons comportements d'hygiène et d'assainissement. De ce fait le programme hydraulique villageoise de Dosso a intégré dans les villages qui disposent déjà des points d'eau nécessaires un programme d'hygiène et assainissement (H&A). Contrairement à l'habitude qui consiste à intégrer des volets spécifiques tel que les latrines uniquement, le programme de Dosso a préféré offrir toutes les activités d'hygiène et d'assainissement adaptées au contexte.

1.3 Présence des préconditions hydrauliques

La précondition principale pour la promotion d'un meilleur comportement d'hygiène et un meilleur assainissement est l'existence de points d'eau facilement accessibles et donnant suffisamment d'eau en permanence. Ces préconditions sont en place dans le programme en ce moment et constitue le principal critère pour que les villages fassent partie du programme H&A. Le suivi montre que dès l'année 1992 les pompes ont fonctionné pendant 94% de l'année et les puits n'ont pas taris.

Une recherche bactériologique effectuée ainsi que les observations sur les pratiques de l'utilisation de l'eau (conservation depuis le puisage jusqu'à la consommation) ont montré que la qualité de l'eau selon les villages encadrés est plus ou moins acceptable. La contamination se fait surtout pendant le puisage et le transport. Ce qui dénote les habitudes d'hygiène à améliorer.

Des études de la consommation d'eau ont montré que dans les villages avec des points d'eau modernes la consommation moyenne est de 15 litres par personne par jour pour les puits, de 18 litres par personne par jour pour les pompes à motricité humaine et de 20 litres pour les mini-adductions d'eau potable (mini-AEP).

2. PLANIFICATION DU PROGRAMME

2.1 Etudes de base et projet pilote.

Pour préparer le programme H&A, une étude préliminaire sur les connaissances et pratiques des populations a été faite. Cette étude a montré que les connaissances sont assez bonnes, mais que les pratiques essentielles pour la prévention et la réduction des maladies liées à l'eau et l'assainissement ne sont pas encore réalisées. L'analyse des objectifs par les participants à l'atelier a confirmé ce fait, d'où la formulation d'un objectif général de changement de comportement et d'auto-promotion.

Une étude de base quantitative sur le comportement d'hygiène et d'assainissement au début d'un programme fournit des données concrètes pour l'évaluation plus tard et, lorsqu'elle est réalisée avec des méthodes participatives, elle est aussi un instrument pour l'auto-sensibilisation des villageois et pour développer les capacités d'analyse et de planification des organisations villageoises.

Ce genre d'étude approfondie n'a pas été prévu par le programme. Les questions générales sur les conditions d'hygiène sont cependant inclus dans l'étude socio-économique exécutée avant la mise en place des points d'eau dans les villages.

L'implantation d'un projet pilote a permis au programme de développer une stratégie pour le programme H&A. Les activités de ce projet sur le terrain comprenaient une phase théorique basée sur la sensibilisation des villageois en matière H&A et une phase pratique pour la construction des ouvrages et les activités de salubrité.

L'évaluation dans un échantillon de quatre villages et l'appréciation de la mise en place des ouvrages par le programme montraient que les résultats étaient encourageants. Le programme a donc été élargi. Mais il faut signaler que la situation dans les quinze autres villages n'a pas été systématiquement rapportée. Dans les expériences prochaines l'évaluation de la situation dans tous les lieux sites du projet pilote donnerait des informations plus complètes pour mieux apprécier les résultats.

2.2 Processus de planification

La planification de la phase en cours a été faite au cours d'un atelier de planification qui a réuni les différents acteurs en Septembre 1994. Cette planification participative au niveau départemental était faite à partir d'une étude préliminaire et un projet pilote exécuté dans 19 villages de Décembre 1993 à Juin 1994. Au niveau villageois un processus participatif a été prévu pour la formulation d'objectifs et indicateurs locaux mais cela n'a pas encore été réalisé. Le processus participatif en partie pourrait être amélioré à tous les niveaux par l'utilisation de nouvelles techniques de planification. Au niveau villageois ce sont par exemple la méthode accélérée de recherche participative pour la planification avec les villageois (MARBLE), la méthode SARAR, GRAAP, etc. (voir Annexe 6 pour Instituts d'appui).

2.3 Analyse participative des objectifs et indicateurs du programme

Dans l'atelier de planification après le projet pilote les participants ont formulé un objectif général, six sous-objectifs généraux et 38 objectifs spécifiques/résultats attendus pour le programme H&A à partir de Janvier 1995.

Les objectifs généraux du programme sont orientés vers trois éléments: améliorer (1) les connaissances et (2) habiletés des villageois en ce qui concerne les maladies liées à l'hygiène et l'assainissement et leur prévention et (3) un changement dans les pratiques et les habitudes, afin de contribuer à une meilleure santé de la population.

Au cours de l'exécution du programme et le suivi, l'accent est mis sur quelques objectifs de cette liste qui ont été sélectionnés sans une analyse explicite.

Deux autres aspects sur lesquelles l'accent doit être mis selon les agents du terrain sont:

- la formulation des objectifs locaux avec les communautés à travers des méthodes participatives;
- le développement des capacités et la motivation des villageois à continuer les actions quand les équipes se retireront.

Pour améliorer cette situation un atelier d'analyse des objectifs et de réorientation des priorités a été fait le 26 Avril 1995 avec toutes les catégories d'acteurs du programme. La méthode utilisée était la planification participative par objectif (mini-ZOPP) qui est une méthode visualisée sur cartes.

Un objectif général adapté à l'étape actuelle a été formulé :

"Améliorer les comportements des communautés en matière d'hygiène et d'assainissement dans un esprit d'auto-promotion dans les villages de l'arrondissement de Douchi".

Les 38 objectifs spécifiques déjà élaborés ont été revus et améliorés. Les indicateurs objectivement vérifiables pour l'évaluation, les sources de vérification et le rythme de collecte des données ont été identifiés (Voir détail en Annexe 4).

En plus, des objectifs ont été formulés pour les aspects "recherche-action" et le développement des capacités des communautés pour l'auto-promotion :

1. Organiser des activités de recherche-action avec les communautés pour adapter les interventions.
2. Appuyer les familles et les communautés dans la planification et la mise en oeuvre des initiatives locales pour améliorer l'hygiène et l'assainissement avec la participation de tous les groupes.

2.4 Plan d'opérations

Bien que tous les éléments de planification du programme H&A aient été définis, ils se trouvent dans divers documents (Rapport de l'atelier pour la planification d'un programme H&A, Programme d'Education à l'Hygiène et l'Assainissement - 1ère Réunion des acteurs, etc.).

Il est recommandé qu'avant le début de la prochaine campagne, un document de plan d'opérations soit élaboré sous forme de tableau synoptique présentant les éléments suivants: objectifs, groupes cibles, stratégie(s), activités, responsable de l'activité, ressources par activité, indicateurs et sources de vérification. Le processus et les résultats de la mission d'appui donnent une base pour la réalisation de cette activité.

2.5 Intégration du programme dans la politique et les structures du pays

Politique nationale

Le processus d'animation pour la mise en place des ouvrages hydrauliques et les structures communautaires à responsabiliser pour la gestion et la maintenance des ouvrages sont bien définis, ainsi que les systèmes de cotisation et de contrat avec les communautés. Par contre, le système de suivi qui montre que les infrastructures d'eau sont fonctionnelles n'est pas encore déterminé au niveau national. Chaque projet met en place son propre mécanisme de suivi. Il en est de même pour les aspects d'hygiène et assainissement.

Cependant le principe d'intégrer ces aspects est accepté et le programme de Dosso est une expérience dont les résultats pourraient être exploités pour l'implantation d'autres programmes intégrés d'hydraulique villageoise/hygiène & assainissement. A cet effet un atelier au niveau national serait indiqué pour analyser les résultats au cours de la phase de suivi post-projet pour la diffusion de l'expérience du programme intégré PHV/H&A.

Cadre institutionnel

Pour l'intégration de l'hydraulique et de l'assainissement, le Gouvernement a créé un Comité National de Suivi et d'Evaluation dans les Domaines de l'Eau et de l'Assainissement (Ministères de la Santé, de l'Hydraulique/Environnement, de l'Equipe-ment). Le même Comité est prévu au niveau départemental mais n'est pas encore créé à Dosso.

En ce qui concerne le suivi périodique du PHV/CE/PB, un Comité de Pilotage se réunit deux fois par an afin de discuter l'avancement du programme, y compris le programme H&A, les résultats et les problèmes rencontrés. Ce Comité est composé de représentants du Ministère de l'Hydraulique et de l'Environnement, de l'Ambassade des Pays-Bas et de l'agence d'exécution du programme, qui est le Conseil de l'Entente.

3. EXECUTION DU PROGRAMME

3.1 Approche et méthodologie

Le programme stimule la mise en place des améliorations prévues dans la planification avec un appui dégressif et la réduction progressive des visites de suivi :

Suivant la stratégie développée dans le projet pilote, le programme a poursuivi la promotion des ouvrages d'assainissement et de l'adoption de bonnes pratiques d'hygiène.

Cette stratégie consiste en:

- 1) information des groupes cibles (hommes, femmes, leaders) sur les activités du programme;
- 2) sensibilisation des groupes cibles et sélection avec ces groupes des activités à mener dans les villages;
- 3) réalisation des ouvrages et sensibilisation continue;
- 4) rencontre de suivi des réalisations.

Cette approche a permis au programme d'obtenir des résultats au delà des prévisions en ce qui concerne les activités de latrines et autres ouvrages d'assainissement tels que les puits perdus et les clôtures des puits. Néanmoins les agents de terrain ont constaté que les initiatives des villageois restent encore d'une façon importante dépendant de leur intervention. Dans les villages qui ont déjà bénéficié des actions du projet, dont un an du programme H&A intensif, les activités sont presque arrêtées avec la diminution du rythme des visites, selon les observations des agents de terrain et quelques responsables.

Alors une des conclusions des discussions avec les différents acteurs et les participants de l'atelier d'analyse des objectifs a été qu'il faut désormais s'orienter vers la recherche de l'auto-promotion par les familles et les structures villageoises (annexes 7 et 8). Pour cela, deux stratégies sont recommandées :

La première stratégie s'applique surtout dans les villages moins organisés et concerne la poursuite du marketing social en se concentrant autour de quelques changements de comportement et de construction d'ouvrages les plus importants dans la prévention des maladies d'origine hydrique et de l'assainissement dans les villages du programme, par exemple : l'installation, l'utilisation et l'entretien des latrines, la fabrication et l'utilisation de savon local, le lavage des mains et la protection de l'eau de consommation. Dans cette première option il faut s'assurer que tous les sous-groupes cibles, particulièrement les familles les plus nécessiteuses et les groupes minoritaires peuvent obtenir l'expertise et les ressources nécessaires aux actions selon leurs propres capacités. Des recherches périodiques sont nécessaires pour vérifier les résultats selon les groupes socio-économiques et afin de faire des ajustements pour l'adoption de bonnes pratiques par le maximum de familles.

La deuxième stratégie concerne surtout les villages mieux organisés, et consiste à mettre l'accent sur les structures villageoises et le développement de leurs capacités techniques (maçonnerie, maintenance) et de gestion pour H&A, la finalité étant que ces structures puissent à l'avenir planifier, exécuter et suivre d'une façon autonome leurs programmes locaux d'hygiène et d'assainissement. La réalisation de cette option à base communautaire

pour l'auto-promotion nécessite l'introduction de nouvelles méthodes et techniques de communication qui font appel aux principes d'apprentissage des adultes. Certains de ces principes existent déjà dans l'approche des techniciens de H&A, mais le processus général doit être amélioré (Fig. 2).

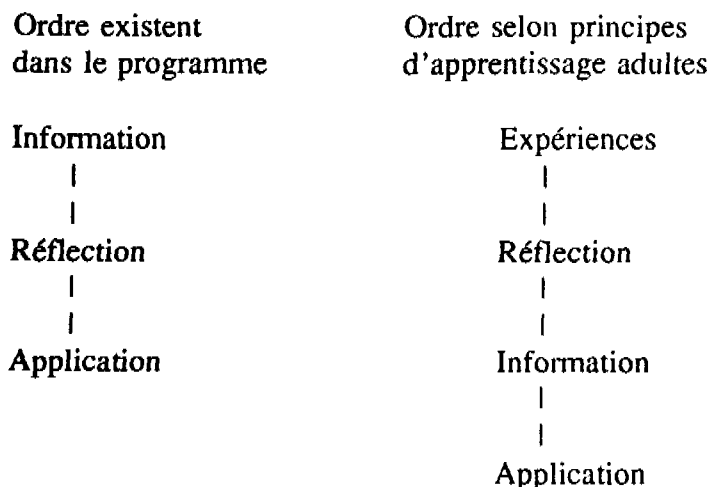


Fig.2 Processus d'animation

Une des expériences basées sur les principes de l'apprentissage adultes, "participatory mapping" ou technique d'analyse participative par la carte sanitaire, a été réalisée à titre d'exemple avec les techniciens dans trois villages qu'ils encadrent.

Le but de cet exercice était de les initier à un type de technique participative et d'avoir leur appréciation sur la faisabilité dans leurs activités ordinaires. Cet exercice a permis de comparer la situation d'avant projet et la situation actuelle avec l'intervention du projet PHV et le programme H&A dans ces villages.

Dans le premier village, la carte sanitaire a été dessinée dans le sable avec un groupe de villageois (hommes et femmes réunis) sous la conduite de l'équipe de la mission. Dans le deuxième village une carte a été faite par un groupe d'hommes et une seconde par un groupe de femmes avec une plus grande implication des techniciens de H&A. Dans le troisième village deux cartes encore ont été établies séparément par les hommes et les femmes avec l'appui autonome des techniciens. Celle des femmes a été transcrite par un des techniciens (voir Fig 3). Dans ce troisième village les conclusions des deux groupes ont été discutées avec les membres du comité de gestion de la mini-AEP.

Les équipes qui ont participé à l'exercice ont jugé l'expérience très positive. Ils ont exprimé leur désir d'approfondir leurs connaissances sur les techniques participatives. Dans le troisième village les villageois ont souhaité que leurs responsables soient initiés à cette méthode d'analyse, qui leur a permis de voir ce qui est bon et ce qui n'est pas bon dans leur village et de discuter de ce qu'ils peuvent faire.

L'organisation d'un atelier de formation et l'exploitation des matériels existants ainsi que la production de nouveaux matériels est une activité qu'il est souhaitable de réaliser avant le démarrage de la campagne suivante. Les agents qui bénéficieront de cette formation pourront à leur tour transférer les capacités acquises non seulement aux structures villageoises chargées de H&A, mais aussi aux Comités de Gestion des points d'eau et les instituteurs/trices dans les écoles pilotes du programme.

3.2 Aspects de "Genre"

Bien que la plupart des cadres du programme soit des hommes (voir l'organigramme, Fig 4), le thème sur les aspects de "genre" sont pris en compte dans les formations des intervenants directs, que sont les agents de suivi. L'accent dans cette formation est mis sur la réduction du temps de travail pour les femmes pour qu'elles aient plus de temps à consacrer à l'hygiène et l'assainissement (voir l'annexe 9). Les AdS sont encouragés à améliorer leur propre comportement par rapport aux aspects genre.

En ce qui concerne le recrutement pour les fonctions lucratives et la responsabilisation des femmes dans le programme, beaucoup reste à faire. Le programme a essayé de recruter des agents de suivi féminins ainsi que masculins mais seulement 2 agents sur 25 sont des femmes. Les raisons sont que les agents doivent être lettrés et mobiles, deux conditions qui sont difficiles pour les femmes et qui limitent donc leur accès à ce travail. Il faut ajouter à cela la réticence des maris. Au niveau des familles les femmes gèrent l'hygiène et l'assainissement, mais dans la pratique les activités sont décidées et dirigées par des hommes. Sauf pour la production de savon, les femmes sont surtout des groupes cibles (bénéficiaires) du programme H&A; alors que dans le programme hydraulique villageoise elles occupent une place de choix dans les villages: 50% des membres des comités de gestion sont des femmes, y inclue la trésorière et à toutes les bornes-fontaines l'eau est vendue par des fontainières, payées dans le village avec les bénéfices de la vente.

Face à cette situation des alternatives d'amélioration ont été discutées:

- introduire en cas de recrutement l'option que les femmes agent de suivi travaillent dans un nombre réduit de villages et développer progressivement un système de rapport basé sur images (ideogramme) pour les femmes non-alphabétisées qui seraient retenues ;
- lier le travail d'hygiénistes dans les villages avec le travail des ADS. Recycler les hygiénistes, ou former autres femmes choisies par les femmes villageoises, et les équiper avec du matériel éducatif pour des activités participatives avec les femmes dans les domaines de : Eau/hygiène/assainissement, techniques de production de savon et la participation des femmes dans les décisions villageoises sur l'aménagement des points d'eau et l'hygiène au village.
- faire des investigations sur la possibilité de former des femmes chef de familles comme artisan constructeur de latrines.

3.3 Cadre institutionnel et intégration du programme au niveau départemental et communautaire

Au niveau départemental à Dosso une équipe conjointe de la Direction Départementale d'Hydraulique (DDH) et la Direction Départementale de la Santé (DDS) assure la planification et la mise en oeuvre du programme H&A. Les techniciens d'hygiène et d'assainissement en poste au niveau des formations sanitaires périphériques et des techniciens de la DDH-Dosso, sont les piliers des activités sur le terrain dans 30 villages.

Au niveau communautaire, des agents de suivi (ADS), issus de la communauté, font l'animation pour H&A et le suivi des ouvrages d'eau dans des groupes de villages (1 agent/5 villages). Ils sont payés par le projet et formés par les agents de la DDH et de la DDS, l'infirmier et le responsable du Service Socio-Economique de la DDH.

La collaboration entre DDS et DDH est déjà bonne, cependant il serait plus efficace de formaliser les relations entre les deux directions dans un protocole d'accord.

Les agents de suivi sont sous contrat de travail avec le projet, ce qui signifie que des réflexions doivent être menées pour permettre aux familles de continuer à bénéficier de leur expertise même après le projet. Cet aspect est développé dans le chapitre pérennité.

3.4 Programme scolaire

Au Niger, les sujets H&A sont déjà intégrés dans le programme scolaire régulier et des questions sur l'hygiène font partie des examens. Le programme prévu à Dosso aura trois éléments en rapport avec la politique nationale: des cours donnés par infirmiers et instituteurs qui enseignent les relations entre eau, hygiène et santé aux enfants; organisation des comités scolaires pour maintenance et pratiques hygiéniques et présence de l'eau pour boire, latrines et se laver les mains; et construction des latrines par le programme. Cela nécessite la mise en place d'une collaboration dynamique entre la DDS, la DDH et la Direction de l'Hygiène Scolaire.

Bien que l'enseignement académique ait un rôle dans cette stratégie, il sera utile d'ajouter une composante d'enseignement par expériences pour les enfants et instituteurs/trices. Cela rendra le programme éducatif plus intéressant pour eux et leur donnera les possibilités d'adapter les activités d'apprentissage aux problèmes et situations locaux. L'approvisionnement en matériels appropriés à cette forme d'enseignement doit être assuré par le programme.

Pour les latrines scolaires le choix est entre le modèle VIP (latrine à fosse ventilée) et le modèle à dalle cimentée (type sanplat). Du fait qu'on n'a pas suffisamment d'information sur des expériences avec des latrines VIP scolaires, notamment en ce qui concerne l'entretien et la vidange et l'utilisation du composte, il semble plus sûr de tester ce type de latrine d'abord dans quelques écoles et d'installer des latrines type sanplat dans les autres écoles. Si l'expérience de latrine VIP est concluante, on peut remplacer les autres latrines scolaires par des latrines VIP et discuter avec les villageois les possibilités de récupération des dalles.

3.5 Formation et supervision

Les agents de conception qui sont à la direction départementale assistent à des formations techniques organisées par des instituts comme IPD/AOS, le CREPA, l'EIR, le CIEH, etc. Les techniciens d'hygiène et d'assainissement n'ont pas bénéficié de cours de recyclage particuliers. Leur perfectionnement se fait par des supervisions formatives, des réunions bilan avec échange d'expériences.

Les agents de suivi par contre reçoivent trois jours de formation théorique et pratique. Les principaux thèmes traités sont les maladies d'origine hydrique, les malnutritions et leur prévention, l'implication des femmes, rôles et tâches des ADS, construction et entretien des latrines et salubrité du village. Avec cette formation les agents s'acquittent assez bien de leurs tâches sur le terrain.

Pendant la mission, le travail dans les villages et les entretiens avec les différents groupes ont révélé néanmoins des besoins de formation sur les méthodes participatives à tous les niveaux.

La supervision des techniciens d'hygiène et d'assainissement est fait régulièrement par les techniciens de la DDH et la DDS sous forme de visites sur le terrain. Des réunions mensuelles sont organisées pour des échanges d'expériences et discussions sur les problèmes rencontrés.

Les agents de suivi sont supervisés par les techniciens H&A. Les réunions mensuelles sont organisées par les responsables du Service Socio-Economique de la DDH et comptent avec la participation.

Le système de supervision en cascade ou le supervisé est suivi par celui qui l'a formé ou le responsable direct est assez efficace dans la pratique. Le programme devrait continuer avec cette approche en ajoutant des séances pratiques (jeux de rôles, exercices pratiques) sur les techniques participatives pendant les réunions mensuelles pour que les agents se familiarisent avec ces techniques.

4 RESULTATS

4.1 Ouvrages

Après une phase pilote qui a duré jusqu'en Septembre 1994 et une phase de préparation de quelques mois, le programme H&A a été opérationnel depuis Janvier 1995. A la fin du mois de Mars 1995 les résultats suivants ont été réalisés (sans résultats du projet pilote):

	<u>N</u>
- latrines familiales:	123
- douches améliorées:	49
- puits perdus:	35
- enclos animaux:	25
- villages avec femmes formées prod. savon:	32
- villages avec sessions sur compostage	13

La demande des ménages pour les latrines à dalles cimentées et de type SanPlat paraît élevée. La stratégie du programme de laisser le choix aux utilisateurs est soutenue par la mission. La latrine à dalle est acceptable pour la DDS si des études montrent que ce type de latrine est bien acceptée, utilisée et entretenue. Du point de vue impact sur la santé publique un programme avec une large accessibilité financière devrait être préféré à des ouvrages perfectionnés dont une petite minorité seulement est à même de réaliser. Si en 4 ans le programme pouvait réaliser une couverture large par des latrines à bon marché mais de qualité, réalisable et utilisée de manière hygiénique par les familles elles-mêmes, cela serait une révolution qui attirerait l'attention de nombreux acteurs dans le domaine de H&A.

La mission recommande de:

- Continuer l'introduction des latrines type sanplat ainsi que les latrines avec dalle cimentée et de suivre leur utilisation et entretien ainsi que les activités de vidange et reconstruction particulièrement dans les villages où les visites sont réduites;
- Développer des stratégies pour réduire la contribution en ciment du programme en s'assurant de l'accessibilité des familles nécessiteuses aux latrines.
- Continuer la formation de maçons locaux de latrines, y compris des femmes;
Les agents de suivi pourraient aussi être formés.
- Suivre les résultats dans les villages selon le nombre de villages et le nombre de familles ou personnes qui ont adopté les améliorations.

4.2 Comportement d'hygiène

Pendant les sorties sur le terrain la mission a pu faire une appréciation sommaire des aspects d'hygiène et d'assainissement dans trois villages par des observations (promenades dans les villages et les concessions) ainsi que par l'analyse de la situation par les cartes sanitaires dessinées avec les villageois.

Les points d'eau modernes visités avaient des aires assainies et des alentours propres. Un balayage hebdomadaire est organisée par les femmes du village selon les discussions. Le système de drainage est fonctionnel et il y a des abreuvoirs pour les animaux. Les conditions de puisage observées étaient acceptables.

Dans les quelques concessions visitées et dans les discussions autour des cartes sanitaires la mission a constatée que le savon local est utilisée dans pas mal de familles. La production du savon local prend beaucoup de temps, malgré cela les femmes rencontrées ont souhaité la formation d'un plus grand nombre pour cette activité. D'autres méthodes de fabrication de savon doivent être explorées pour réduire le temps consacré à ce travail, par exemple l'utilisation de la soude blanche bien exploitée par des femmes du Burkina Faso et qui prend 30 minutes de préparation. Les visites dans les concessions ont montré également que les canaris d'eau de boisson sont couverts avec des bols pour la boisson. Les louches en plastique paraissent plus acceptées que les Calebasses comme récipients pour boire. Cet aspect doit être considéré au cours des activités de marketing social auprès des familles. Des démonstrations de lavage des mains ont montré que dans les familles comme à l'école visités les pratiques de lavage des mains sont bien connues. Particulièrement à l'école les enfants ont bien frotté les mains pendant le lavage et ont expliqué pourquoi il faut le faire ainsi. Il n'y avait pas de savon à l'école et l'utilisation de la cendre pour le lavage des mains n'était pas connue.

Bien que la visite de la mission ait été imprévue, elle a pu constater que les latrines étaient utilisées et bien entretenues. Cependant les douches et les puits perdus restent à aménager. En plus, une étude de 37 latrines faite par le programme a montré que toutes sont utilisées et toutes avaient le béton sans excréta. La présence d'excréta dans et derrière les concessions n'a pas été observée dans l'étude. L'utilisation et le bon entretien sont les résultats les plus importants du point de vue de l'impact sur la santé en comparaison avec les autres améliorations encouragées comme la construction d'une superstructure, de jeter des cendres ou du sable dans le trou contre les odeurs et les mouches.

Il faut noter aussi que malgré les séances de sensibilisation menées, la latrine n'est pas associée à la prévention des maladies mais à la convenance personnelle, au statut et à l'esthétique. Ces thèmes sont à utiliser dans le marketing social.

4.3 Efficience et coûts/efficacité

Les résultats du programme H&A ont été réalisés avec les coûts mensuels suivants :

Estimation du coût mensuel à la charge du projet (basée sur l'expérience du premier trimestre 1995) :

	FCFA
Salaires	1.005.000
Rémunération AdS	630.000
Perdiems agents DDH/DDS	750.000
Ciment et fer	1.000.000
Transport	150.000
Total	3.535.000

Estimation du coût mensuel à la charge de l'état:

Salaires cadres DDH/DDS 435.000

Récapitulatif

Total état + projet: 3.970.000

Autrement dit, pour un franc dépensé par l'état il y a huit francs dépensés par le projet (ratio 1:8).

Alors, pour la campagne de H&A de sept mois qui est en cours dans 150 villages, le coût total peut être estimé à: $3.970.000 \times 7 = 27.790.000$ FCFA.

Pour un village le coût moyen de la campagne est de 190.000 FCFA.

Le coût moyen d'un point d'eau moderne est dans l'ordre de 7.000.000 FCFA. Chaque village a en moyen 1,5 points d'eau modernes, soit un coût total de 10.500.000 FCFA.

Le coût d'une campagne d'hygiène et assainissement dans un village est d'environ 1,8% du coût des ouvrages hydrauliques. Ce chiffre montre que le programme H&A est efficient.

5. SYSTÈME DE SUIVI

Des rapports mensuels sur les activités de sensibilisation et de supervision sont élaborés à la DDH par les équipes techniques. En plus un système de collecte mensuelle des données statistiques sur les réalisations des ouvrages est mis en place. Les données sont exploitées par les responsables du service socio-économique. Les résultats de l'analyse des données sont restitués et discutés au cours des réunions mensuelles. Des enquêtes périodiques sont menées pour suivre la qualité et la quantité de l'eau de consommation ainsi que l'utilisation et l'entretien des latrines.

Le suivi est organisé surtout pour les ouvrages et la qualité de l'eau. Des indicateurs sont nécessaires pour le développement des capacités des structures dans l'optique de l'auto-promotion (voir annexe atelier ZOPP). Des idéogrammes sous forme de rapport avec images peuvent être expérimentés pour la collecte des données statistiques par des agents non-alphabétisés en Français (voir Fig. 5).

Le système national d'information sanitaire offre la possibilité d'avoir des informations sur l'incidence de maladies liées à l'eau et l'assainissement. Les techniciens H&A en poste dans les formations sanitaires pourraient recueillir périodiquement les statistiques sur les cas qui surviennent dans les villages encadrés à partir des registres de consultations journalières pour le suivi de l'incidence de ces maladies dans les villages encadrés (voir l'annexe 10).

6. LA PERENNITE (DURABILITE) DU PROGRAMME

- Au niveau national aussi bien qu'au niveau départemental les responsables sont d'accord sur la nécessité du développement des capacités" des communautés villageoises pour la prise en charge des programmes d'eau, d'hygiène et d'assainissement. Mais on cherche toujours un équilibre entre les aspects quantitatifs et le développement de capacités communautaires d'auto-promotion.
- Un autre cas à résoudre est la future position des ADS. Des alternatives de solutions à considérer, qui sont ressorties de discussion avec les différents groupes y compris les AdS eux-mêmes sont:
 - * reconversion des ADS en artisans d'assainissement et hygiène (maçons, agents de maintenance) et transfert du contrôle au Comité de Gestion;
 - * libération des ADS à la fin du contrat avec le projet et transfert de leurs tâches aux comités de gestion/salubrité;
 - * transfert des tâches des ADS aux agents villageois de santé et hygiénistes féminines.
 - * intégration dans les services de santé étatique;
 - * former les AdS comme hygiénistes/secouristes
- Pour la promotion de la construction des latrines le programme H&A offre un sac de ciment pour la dalle d'une valeur d'environ 4000 FCFA et du fer pour le renforcement qui coûte 500 FCFA, à chaque famille qui a réuni tous les autres matériaux nécessaires et creusé la fosse et a construit le mur dedans. Les familles utilisent le ciment pour une dalle de type "sanplat" ou pour revêtir le dessus d'une latrine traditionnelle et pour faire la dalle d'une douche améliorée.

L'assumption est que quand le programme prendra fin, les nouvelles familles, par effet incitatif, vont acheter le ciment pour la confection des ouvrages. Aucune expérience n'a été tentée jusqu'ici. Les options discutées avec les différents groupes sont:

- * Réfléchir avec les communautés sur les aspects de pérennité de ces constructions;
- * Réduire progressivement la contribution du programme à l'achat du ciment;
- * Identifier avec les hommes et femmes villageois des familles qui peuvent payer et celles qui ne peuvent pas payer tous les frais. Apporter un appui à ces familles nécessiteuses. Développement des indicateurs objectifs avec les villageois H/F pour le choix de ces familles;
- * Offrir le ciment et le fer gratuit uniquement aux familles qui ont déjà leur fosse et matériaux prêt en ce moment. Toute nouvelle famille devra trouver tous ses matériaux, y compris le ciment et le fer. Une évaluation servira à constater combien et quels types de familles construisent des ouvrages.

Une investigation sur l'application des options choisies et leurs résultats permettra une meilleure appréciation et donnera une base pour la réplicabilité du programme par les villageois.

7 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le programme d'Hygiène et Assainissement dans l'arrondissement de Douthi se déroule dans des conditions acceptables. Les résultats sont réalisés avec efficacité mais certains aspects demandent à être toujours améliorés.

La mission a abouti à 10 conclusions générales et 10 recommandations qui pourraient aider à l'amélioration du programme.

7.1 Conclusions

1. Pour avoir un bon impact sur la santé un programme H&A lié à tous les PHVs est essentiel. Le programme H&A de Dosso peut avoir un rôle pilote pour le pays parce qu'une approche intégrée qui offre un paquet global d'activités d'hygiène et assainissement n'est pas encore opérationnelle ailleurs. L'expérience fréquente est l'intégration des volets spécifiques comme la formation des hygiénistes/ secouristes ou encore la construction des latrines scolaires et familiales.
2. L'existence de PEMs accessibles et leur bon fonctionnement et utilisation sont des préconditions pour un meilleur comportement d'hygiène. Maintenant ces conditions sont en place dans tous les villages encadrés.
3. Le processus de planification participative de H&A existe au niveau départemental. Il reste encore à commencer dans les villages. L'atelier de mini-ZOPP a relevé que pour assurer la durabilité du programme H&A il faut ajouter l'aspect "auto-promotion" à l'objectif général avec des sous-objectifs de recherche participative et de développement des capacités.
4. Les méthodes de travail des agents de terrain reflètent les principes d'animation qui favorisent les changements de comportements, mais elles sont utilisées dans un "ordre incorrect". Pour apprendre des nouveaux comportements, il faut d'abord avoir ou raconter des expériences, puis réfléchir sur ces expériences, ensuite obtenir d'informations et agir. (E-R-I-A). L'ordre existant est I-R-A.

Bien que quelques techniques participatives aient été introduites par le programme (posters-histoire), les cadres et les structures villageoises ont besoin d'une formation dans ces techniques. Le changement de comportement didactique à comportement de facilitateur prend du temps et doit être pratiqué.

5. Pour une période de 4 ans et une couverture en ce moment de 151 villages le programme a beaucoup de domaines d'activités, messages et résultats attendus, qui n'ont pas tous la même pertinence pour la santé et ne peuvent pas tous être observés que dans des termes très généraux.
6. Il y a un risque réel que les activités soient réduites quand le suivi diminue, comme il a été constaté dans quelques villages. Toutefois il n'est pas possible d'appliquer dans tous les villages la stratégie de l'auto-promotion au niveau des structures avec les ressources du programme.

7. L'aspect de genre (division hommes/femmes) paraît être déjà bien intégré dans les activités sur le terrain. Le programme organise des réunions séparés pour hommes et femmes ainsi que des réunions mixtes, 50% des membres des comités de gestion des points d'eau sont hommes et 50% femmes parmi lesquelles une trésorière. Le partage des tâches entre hommes et femmes pour qu'elles aient plus de temps pour l'hygiène est un des thèmes de causerie du programme à poursuivre particulièrement avec les villageois et les cadres du programme. Néanmoins dans le programme d'hygiène le contrôle du programme H&A est assuré par des hommes; les femmes sont surtout des groupes cibles.
8. La demande des ménages pour les latrines à dalles cimentées et de type SanPlat paraît élevée. La stratégie du programme de laisser le choix aux utilisateurs est soutenue par la mission. Les latrines vues par la mission étaient utilisées et bien entretenues. La latrine à dalle est acceptable pour la DDS si des études montrent que ce type de latrine est bien acceptée, utilisée et entretenue. Une première étude a montré des résultats satisfaisants. Du point de vue impact sur la santé publique un programme avec une large accessibilité financière devrait être préféré à des ouvrages perfectionnés dont une petite minorité seulement est à même de réaliser. Si en 4 ans le programme pouvait réaliser une couverture large par des latrines à bon marché mais de qualité, réalisable par les familles elles-mêmes, cela serait une révolution qui attirerait l'attention de nombreux acteurs dans le domaine de H&A.
9. Un système d'information sanitaire est en place au niveau des formations sanitaires et permet d'analyser l'impact du programme PHV/H&A sur l'incidence des maladies d'origine hydrique.
10. Au point de vue coût/efficacité, le programme a donné des résultats positifs. Les coûts de réalisation sont estimés à 1,8 % du coût des ouvrages hydrauliques installés dans les villages encadrés.

7.2 Recommandations

(I= période de Juin à Octobre, II= pour phase à partir du mois d'Octobre 1995)

1. Renforcer la coopération entre la DDH et la DDS (I,II) et formaliser les relations dans un protocole d'accord. Prévoir un séminaire national sur les résultats préliminaires au cours de la phase de suivi post-projet pour la diffusion de l'expérience du programme intégré PHV/H&A (II).
2. Continuer le programme de suivi du fonctionnement de PEMs et les études sur l'utilisation et la qualité d'eau. Renforcer les capacités des comités de gestion s'il est nécessaire (II).
3. Discuter les résultats du mini-ZOPP. Finaliser la planification au niveau départemental en préparant un plan opérationnel avec objectifs clairs et indicateurs mesurables pour

la phase de suivi post-projet, ainsi pour les résultats physiques que pour le comportement et l'auto-promotion. (I).

4. Organiser une formation en nouvelles techniques de planification et exécution participatives(I). Supervision sur le terrain avec des séances de jeux de rôle pendant les réunions de suivi pour renforcer l'application correcte de ces techniques. Initier les agents (y compris les enseignants concernés) aux discussions de groupe basées sur ERIA (II).
5. Concentrer le programme sur les domaines qui ont la plus grande influence sur les maladies d'origine hydrique et assainissement dans les villages concernés, domaines qui dans la plupart des villages seront 1) construction, utilisation et hygiène de latrines de ménage et scolaires, 2) promotion de la production et utilisation de savon local, 3) promotion du lavage des mains, 4) protection de la qualité de l'eau de la source jusqu'à la consommation (II).
6. Dans les villages bien organisés: développer un processus participatif spécifique avec les structures villageoises pour qu'elles puissent analyser les conditions et pratiques dans les trois domaines et peuvent planifier et exécuter des améliorations (II). Si les villages ont d'autres priorités en matière d'H&A ils sont naturellement libres de les inclure dans leur plan local, tout en tenant compte des domaines clés.

Dans les villages moins organisés: changer le programme de sensibilisation et action pratique dans la direction d'un programme de communication de santé publique/marketing social, en se concentrant sur les produits (dalles, louches, savon) et comportements (utilisation hygiénique de latrines, lavage mains, mesures de protection de l'eau).

Les éléments importants seront 1/ la production et l'acquisition de ces produits et comportements à un coût (argent, travail, maçon local) accessible à 80% de la population, sans une assistance financière du programme aux familles individuelles; 2/ une stratégie de promotion basée sur les différents bénéfices perçus par les groupes cibles (convenance, esthétique, statut) et pas nécessairement sur les bénéfices sanitaires du programme; 3/ des recherches périodiques pour voir les raisons de succès et les facteurs de faiblesse.

7. Développer une plus grande participation des femmes dans la formation et les fonctions de responsable et favoriser leur accès aux nouvelles fonctions payées, non seulement dans leurs domaines traditionnels comme la production du savon, mais aussi dans des nouveaux domaines qui ont une relation avec leur intérêt et leur expertise (crépissage des ouvrages, travail dans les concessions). Faire une investigation sur la faisabilité de former des femmes chef de familles comme artisan constructeur de dalles de latrines (II).
8. Continuer l'introduction de latrines à dalle qui sont réutilisables quand la fosse est remplie (I). Continuer les études sur l'utilisation et l'hygiène et suivre les activités de vidange et reconstruction (II). Développer des stratégies pour réduire la contribution en ciment du programme en s'assurant de l'accessibilité des familles nécessiteuses aux latrines améliorées et durables (II). Continuer la

formation de maçons locaux de latrines. Les agents de suivi pourraient aussi être formés. Construire, avec une contribution villageoise, des latrines à dalle dans les écoles et faire quelques expériences avec latrines VIP pour apprécier la faisabilité et la viabilité.

9. Collecter des données statistiques sur les incidences de maladies d'origine hydrique dans les villages suivis par les techniciens de la DDS en poste dans les formations sanitaires.
10. Deux missions de suivi paraissent utiles: une à l'organisation du séminaire national et une autre pour la formation des responsables, techniciens du projet et maîtres d'écoles sur les méthodes et techniques participatives. D'autres missions d'appui pourront être organisées en rapport avec les résultats de recherches d'action.

ATELIER D'ANALYSE DES OBJECTIVES

LISTE DE PARTICIPANTS

M. Abdoul Karim Konga	Adjoint Technique PT & Mines	DDH/Dosso
M. Halido Moussa	Chef SHR	DDH/Dosso
M. Philippe Combari	Adjoint Technique TP & Mines	DDH/Dosso
M. Amadou Ali Issa	Chef SHU	DDH/Dosso
M. Ali Amadou	Ingénieur Genie Sanitaire	DDS/Dosso
M. Hans Schoolkate	Coordonnateur PHV/CE/PB	PHV/Dosso
M. Labo Madougou	Chef SSE	DDH/Dosso
M. Soumana Issa	Technicien Hyg. et Ass.	DR/Guéchéme
M. Mamane Bagoudou	Agent de Suivi Zone 24	Lido
M. Alou Tankari	ADS Zone 15	Koukoki
M. Abdou Magagi	ADS Zone 21	Béchémé
Mme Judith v. Eynatten	Experte en animation	PHV/Dosso
Mme Rahamou Muizama	ADS zone 16	Badifa
Mme Binta Barké	ADS zone 5	Kalgo
M. Hamani Seyni	Technicien Hyg. et Ass.	CM/Dosso
M. Ibo Noufou	Technicien Hyg. et Ass.	PM/Tibiri
Mme Ramata Koutou	Mission d'Appui	Burkina Faso
Mme Christine van Wijk	Mission d'Appui	IRC, Pays-Bas

ATELIER DE RESTITUTION

LISTE DE PARTICIPANTS

Mme Ramata Koutou	Mission d'Appui	Burkina Faso
Mme Christine van Wijk	Mission d'Appui	IRC, Pays-Bas
M. Garba Bawa	SHR/MH/E	Niamey
M. Boukari Ousmane	DDH	Dosso
M. Ali Amadou	SH/A/DDS	Dosso
M. Hans Schoolkate	Coordonnateur PHV/CE/PB	Dosso
M. Labo Madougou	SSE/DDH	Dosso
Mme Judith v. Eynatten	PHV/CE/PB	Dosso
M. Halido Moussa	SHR/DDH	Dosso
M. Amadou Ali Issa	SHU/DDH	Dosso
M. Abdoul Karim Konga	SHR/DDH	Dosso
M. Philippe Combari	SHU/DDH	Dosso
M. Baraou Mouladi	SHU/DDH	Dosso
M. Soumana Issa	TH/A	Guéchémé
M. Hamani Seyni	TH/A	Dosso
M. Ibo Noufou	TH/A	Tibiri
M. Amadou Lawal	TH/A	Doutchi
M. Adamou Yacouba	TH/A	Matankari
M. Yacouba Tunao	TH/A	Doutchi
M. Sani Abarchi	Agent de suivi, zone 14	Haoussawa
M. Alou Tankari	ADS Zone 15	Koukoki
M. Abdou Magagi	ADS Zone 21	Béchémé
Mme Rahamou Muizama	ADS zone 16	Badifa
Mme Binta Barké	ADS zone 5	Kalgo

PERSONNES RENCONTREES

DDH

M. Boukari Ousmane	Directeur Départemental de l'Hydraulique
M. Moussa Halido	Chef Service Hydraulique Rurale, DDH
M. Labo Madougou	Chef Service Socio-Economique, DDH
Mme. Judith van Eijnatten	Experte en animation, Service Socio-Economique
M. Hans Schoolkate	Coordonnateur PHV/CE/PB
M. Ali Amadou Issa	Chef Service Hydraulique Urbaine, DDH
M. Philippe Combari	DDH/SHU
M. Baraou Mouladi	DDH/SHU
M. Abdoukarim Konga	DDH/SHR

DDS

M. Ali Amadou	Chef Service Hygiène et Assainissement, DDS
M. Yazi Mai-oiki Saidou	Coordonnateur LMD/ESV
M. Elhadji Adamou Zanguï	Coordonnateur PLCP/SMIS/PASE
M. Soumana Issa	TH/A, Guéchémé
M. Hamani Seyni	TH/A, Dosso
M. Ibo Noufou	TH/A, Tibiri
M. Amadou Lawal	TH/A, Doutchi
M. Adamou Yacouba	TH/A, Matankari
M. Yacouba Tunao	TH/A, Doutchi

Agents de Suivi

M. Sani Abarchi	Agent de suivi, zone 14	Haoussawa
M. Alou Tankari	ADS Zone 15	Koukoki
M. Abdou Magagi	ADS Zone 21	Béchémé
Mme Rahamou Muizama	ADS zone 16	Badifa
Mme Binta Barké	ADS zone 5 Kalgo	
M. Mamane Bagoudou	ADS zone 24	Lido

Autres personnes

M. A. Rabé	Directeur-adjoint des Infrastructures Hydrauliques du Ministère de l'Hydraulique et de l'Environnement
M. Garba Bawa	Chef Service Hydraulique Rurale, MH/E
Mme Susana Sandoz	Administratrice Eau et Assainissement UNICEF

Fiche guide Plan d'Action Village

Problèmes Prioritaires	Principales causes	Objectifs	Groupes cibles	Stratégies et Activités	Responsable de l'Activité	Ressources argent/matériel/ personnes	Période de l'exécution	Lieu	Evaluation indicateurs
	Pour quoi	Dans quel but	Qui	Comment	Avec qui	Avec quoi	Quand	Où	Combien

Récherche action

- Former 19 techniciens et ADS aux méthodes d'analyse participative avec les communautés
- Faire de la recherche action pour adapter les interventions
 - atelier de formation réalisée Rapport de Formation
 - Recherche action sur des thèmes effectuée Rapport de recherche

Thèmes déjà identifiés

- *Acceptation des modèles des actions proposées et utilisation*
- *Etude bactériologique périodiques*
- *Etude de consommation d'eau*
- *Etude de résultats obtenus dans les villages par analyse participative de la situation pour le centre sanitaire du village*
- *Etude épidémiologiques sur la réduction des maladies hydriques*

Prises des décisions	Economie	Socio-Culturelle	Environnement
<p>Hommes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'eau: construct^o entretien, choix du site 2. Terre: partage des terres 3. Elevage: concertat^o si la femme est concernée 4. Revenus: souvent concertation 5. Assainissement: clôture etc. 6. Santé: évacuation achat médicament, guérisseur 7. Funérailles 8. Environnement: coupe bois, défrichage, jachère, chasse 9. Education: circoncision, l'instruction, la distribut^o de travail 10. Toute autre décision qui engage le village 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revenus <ul style="list-style-type: none"> - agriculture - élevage - artisanat - commerce - autres (fétichisme) 2. Dépenses <ul style="list-style-type: none"> - liées à l'eau: corde 		
<p>Femmes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Corvée d'eau: <ul style="list-style-type: none"> - utilisation/distribution de l'eau à la maison 2. aliments: préparation/distribution 3. Hygiène: pour elle et ses enfants, vaisselle, utencils propreté des aliments et la maison 4. Santé: grossesse et accouchement consultation des féticheurs 5. Revenus: achat des habits et équipements pour elle et les enfants, artisanat 6. EducationL entretien des enfants, apprentissage 			

Démarches pour l'étude statistique-sanitaire

1. Faire une liste de dispensaires qui servent les villages encadrés.
2. Décider quelles sont les maladies hydriques et liées à l'assainissement à inclure dans l'étude. Choisir les maladies les plus prévalentes, pertinentes et influençables (p.e. le paludisme même qu'il est prévalent, il n'est pas très influençable par les actions H&A en comparaison avec les moustiquaires).
3. Préparer une fiche pour les données statistiques sur les cas venants des villages avec points d'eau modernes (il s'agit des villages encadrés). Ces statistiques peuvent être récoltées dans les registres de consultation des formations sanitaires.
4. Dans les villages où les hygiénistes secouristes sont fonctionnels ajouter leurs statistiques. Observer les secouristes pour savoir quels termes dans les fiches de statistiques correspondent avec quelles maladies E/H/A et vérifier si possible la qualité de leur diagnostic avant d'inclure les données.
5. Compiler les statistiques de tous les villages dans la zone du programme pendant les 2 années avant l'installation des points d'eau.
6. Regrouper les statistiques selon les groupes de pathologies
p.e. -diarrhées & dysenteries
-maladies de la peau
-maladie des yeux
-vers de guinée

(Cette liste est celle avec des maladies qui ont la plus grande possibilité d'être diagnostiquées et notées correctement).
7. Collecter et regrouper chaque mois les cas des maladies concernées dans les villages avec PEM et sans PEM aussi que le nombre total de visites mais sans les cas de maternité et le traumatismes. La compilation mensuelle révèle les variations saisonnières.
8. Continuer la collecte et l'analyse des données pendant quelques années pour les 2 groupes de villages.
9. Calculer le ratio entre des cas de maladies rapportées d'origine E/H/a et le nombre total de cas de maladies rapportées pour les deux groupes.
10. Analyser les ratios et tirer des conclusions pour le futur du programme H&A.