



Programme pour l'eau et l'assainissement

Un partenariat international pour aider les populations défavorisées à avoir un accès durable à des services d'eau et d'assainissement améliorés

26625 □
August 2002

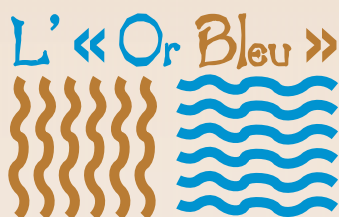
Fiche 7

Promotion de l'hygiène au Burkina Faso et au Zimbabwe : Nouvelles approches pour un changement de comportement

Région Afrique

L'eau, l'assainissement et l'hygiène sont des composantes essentielles du développement durable et de l'allègement de la pauvreté. En Afrique, les responsables politiques et les spécialistes du secteur insufflent une nouvelle dynamique dans ces domaines importants. Cette fiche ainsi que d'autres dans la même collection, participent de manière opportune à cette dynamique. Il s'agit essentiellement d'aider les politiciens, les responsables et les professionnels dans leurs activités. En ma qualité d'ambassadeur de l'eau pour l'Afrique, nommé à Accra en avril 2002 et appuyé par la Conférence de l'AMCOW en mai 2002, je vous les conseille.

Salim Ahmed Salim
Ambassadeur de l'eau pour l'Afrique



Des solutions africaines pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène



Les membres du Club de Santé Communautaire fêtent la production à domicile du savon dans le cadre de la campagne de santé préventive de Makoni au Zimbabwe.

Résumé

Après des années de débat, la plupart des personnes travaillant dans le domaine de l'eau et de l'assainissement reconnaissent à présent que la promotion de l'hygiène est extrêmement importante. Mais encore maintenant, beaucoup de programmes et projets n'en tiennent pas compte ou bien s'y prennent mal.

Cette fiche décrit deux programmes africains de promotion de l'hygiène qui ont utilisé de nouvelles approches : Le programme Saniya au Burkina Faso et ZimAHEAD au Zimbabwe. Ils se sont tous les deux concentrés sur la compréhension des comportements réels des populations et sur la manière de changer ces comportements, et ont montré des approches qui peuvent s'appliquer sur une plus grande échelle.

Changer le comportement de l'homme en matière d'hygiène est un processus lent qui est difficile à mesurer et ces deux programmes ont encore des obstacles à surmonter. Cependant, ce travail indique que les programmes de promotion de l'hygiène systématiques et bien gérés peuvent améliorer les comportements vis à vis de l'hygiène et de ce fait réduire les maladies diarrhéiques.



Contexte

Les maladies diarrhéiques constituent toujours une des causes principales de la mortalité et de la morbidité chez les enfants de moins de cinq ans. Chaque enfant africain subit en moyenne cinq crises de diarrhée par an et environ 800.000 enfants africains meurent chaque année de diarrhée et de déshydratation. Il est d'une importance cruciale d'améliorer l'hygiène à grande échelle afin de réduire ce fléau et d'optimiser les avantages sanitaires des interventions en matière d'eau et d'assainissement.

Les professionnels de la santé publique ont testé diverses approches pour réduire les maladies diarrhéiques. Dans les années 80, les investissements majeurs visaient à améliorer le taux de couverture en services d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement. Cependant, les preuves recueillies au cours de la dernière décennie révèlent que les changements de comportements liés à l'hygiène ont augmenté sensiblement les bénéfices en matière de santé découlant des projets d'eau potable et d'assainissement. Par conséquent, le principe est bien établi que la promotion de l'hygiène devrait jouer un rôle dans les programmes d'eau et d'assainissement.

En pratique, les programmes ont eu du mal à obtenir de bons résultats pour un certain nombre de raisons :

- Les programmes d'ingénierie ne se prêtent pas naturellement aux méthodes et aux délais nécessaires à la promotion de l'hygiène.
- Il y avait peu de professionnels de l'hygiène et les approches didactiques étaient démodées et se basaient sur les explications de la théorie des microbes et des menaces que représentait la maladie.
- Bien que certains programmes aient indubitablement réussi à changer les comportements en matière d'hygiène, ces changements sont difficiles à mesurer et ainsi les résultats ne sont souvent pas convaincants.

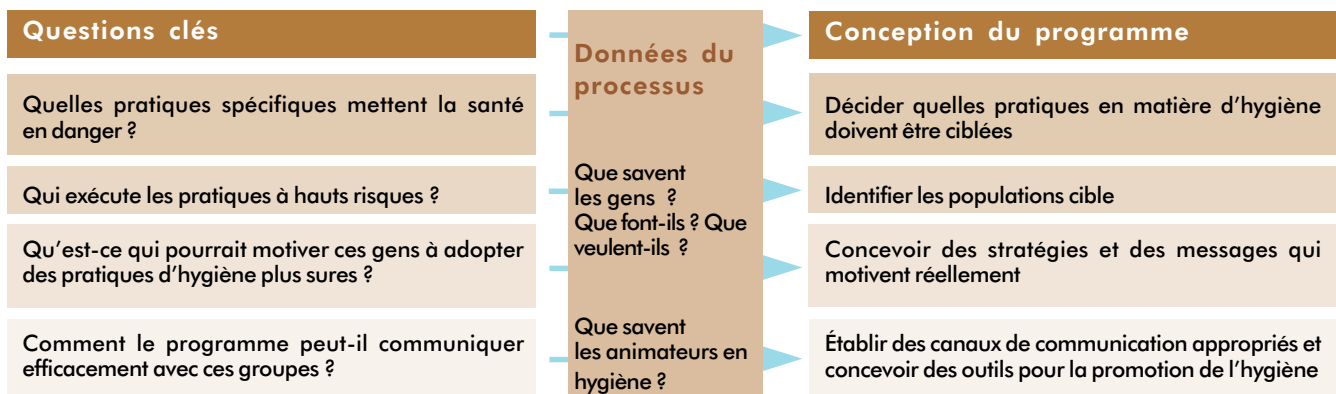
Il est apparu évident que les programmes de promotion de l'hygiène devaient concentrer leurs efforts sur les moyens de changer les comportements vis à vis de l'hygiène, de manière réelle et mesurable. Cette fiche décrit deux de ces programmes qui semblent avoir eu des résultats positifs en un délai raisonnable :

- Le programme Saniya au Burkina Faso qui explique le rôle de la recherche « formative » .
- Les clubs de santé communautaires ZimAHEAD au Zimbabwe qui ont institutionnalisé le processus de changement de comportement.

Le programme Saniya au Burkina Faso et le rôle de la recherche « formative »

Contexte

Bobo-Dioulasso est la deuxième ville du Burkina Faso. Vers le début des années 90, la ville disposait d'un système d'approvisionnement en eau moderne et bien géré et la plupart des ménages avaient des latrines. Cependant, sa population d'environ 300.000 habitants augmentait rapidement, ce qui a exercé une pression croissante sur les



infrastructures d'assainissement. Au début des années 90, une série d'études menées dans la ville a révélé que certaines mauvaises pratiques d'hygiène faisaient courir aux enfants le risque d'attraper des maladies diarrhéiques, mais que changer ces comportements ne serait pas si simple. Une approche systématique relativement nouvelle – la « recherche formative » – a été utilisée pour concevoir un programme de promotion de l'hygiène au niveau de la ville, intitulé Programme Saniya (saniya signifie propreté en dioula, la langue locale).

Qu'est-ce que la « recherche formative » ?

La recherche formative est une méthode pragmatique de planification des programmes de travail. Les chercheurs élaborent des questions clés qui sont spécifiques à la communauté dans laquelle ils travaillent et se servent des réponses pour dresser un plan d'action. La recherche formative a des attributs qui l'ont rendue particulièrement utile comme composante des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement :

- Elle est souple et s'adapte facilement aux besoins d'une communauté particulière.
- Elle permet de donner des solutions possibles aux problèmes dans le délai limité qui est généralement disponible pour les animateurs.
- Elle permet que les solutions viennent de l'interaction entre les besoins de la communauté cible et les connaissances des animateurs.

Dans le cadre de la promotion de l'hygiène, ce diagramme (voir la page 2) indique comment les membres de la communauté et les agents d'hygiène peuvent analyser des questions clés afin de concevoir un programme de travail :

Une méthode standard a été mise au point et publiée dans une série de quatre manuels¹ pour pratiquer la recherche formative dans le cadre de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement sur une période de deux à quatre mois. Ces manuels ont été utilisés partout dans le monde au cours de la dernière décennie et la méthode a été testée et adaptée avec succès dans plusieurs programmes.

Description du programme

Le programme Saniya a été exécuté à Bobo-Dioulasso entre août 1995 et juillet 1998. Il a été mis en oeuvre par le ministère de la Santé publique du Burkina Faso avec l'assistance technique de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et financé par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Il vise à promouvoir un petit nombre de pratiques d'hygiène saines et est basé sur la motivation pour l'hygiène qui existe au niveau local et se sert des canaux locaux de communication pour atteindre les groupes cibles.

Les pratiques de comportement ciblées

Les premières recherches ont démontré que la survenue de diarrhées est plus liée à la mauvaise élimination des

excrétas des enfants et à l'absence du lavage des mains avec du savon après le contact avec les excréta qu'à la qualité de l'eau. Ainsi le programme s'est concentré sur le changement de ces pratiques spécifiques.



Les groupes cibles

Les premiers groupes ciblés pour l'intervention ont été les mères, les sœurs aînées et les jeunes filles aidant aux travaux domestiques, qui constituent les principales personnes qui s'occupent des petits enfants au Burkina Faso. De plus, les tests ont montré que les enfants scolarisables sont également désireux de participer et un programme scolaire pour les écoles primaires a été ajouté. Les seconds groupes cible sont les populations qui se trouvent dans le cercle social immédiat du premier groupe – par exemple les belles-mères, les pères et les voisins – et qui pourraient influencer le premier groupe. Le troisième groupe cible comprend les leaders d'opinion, les décideurs et les bailleurs de fonds potentiels du programme.

La conception des messages

Le contenu des messages reflétait les conclusions de la recherche qualitative qui avait suggéré que les mères désiraient l'hygiène non pas pour éviter la diarrhée, mais pour des raisons sociales et esthétiques. Les messages ont ainsi été conçus autour de l'idée que l'on peut gagner du respect en adoptant des comportements plus hygiéniques et que la qualité de vie est améliorée lorsque les excréta peuvent être supprimés et qu'on ne peut donc plus ni les sentir ni les voir. Les théories sur les microbes ne figurent plus dans aucun des messages adressés aux adultes, même si elles font encore partie du programme d'hygiène pour les écoles.

Le choix de canaux de communication efficaces

Le programme a utilisé des discussions en petits groupes ciblés et les résultats d'un petit questionnaire d'enquête pour identifier les canaux locaux de communication appropriés à chaque groupe cible spécifique. Bien que les deux-tiers des mamans écoutaient régulièrement la radio locale, le personnel du programme a décidé que des visites à domicile, en face à face, seraient également nécessaires pour les autres personnes qui s'occupaient des enfants et

¹ Disponible sur <http://www.unicef.org/programme/wes/pubs/hyg/hyg.html>

qui n'avaient pas accès à ces moyens de communication. Les messages ont également été transmis au cours d'un 'djangjoba' (événement social avec musique et danse), qui crée un bon environnement pour les diffuser.

Les composantes du programme

Le programme a été lancé en août 1995 lors d'un rassemblement municipal, d'une campagne de nettoyage des espaces publics et d'un programme à ligne ouverte sur une radio locale. Par la suite, six activités ont eu lieu sur les 3 ans qu'a duré le programme :

- Les volontaires communautaires ont effectué des visites à domicile mensuelles.
- Le personnel de santé a été formé pour ajouter des discussions participatives sur l'hygiène à son discours habituel des centres de santé.
- Un ensemble théâtral a monté une pièce présentée toutes les semaines.
- Une série de douze messages radiophoniques ont été diffusés sur trois stations de radio locales.
- Les enseignants ont été formés et un programme scolaire a été conçu pour six leçons d'hygiène dans les écoles primaires.
- Les écoles ont reçu des pains de savon et des seaux pour encourager les enfants à se laver les mains.

Le suivi

Composition des activités de suivi :

- Cinq agents de projet ont accompagné les volontaires communautaires dans un programme rotatif de visites à domicile et ont fait des rapports sur les activités théâtrales.
- Les centres de santé ont rempli des formulaires portant sur leurs activités.
- Les volontaires ont écouté un échantillon spécifique de diffusions des stations locales de radio.

- Les inspecteurs des écoles primaires ont effectué des visites pour suivre les progrès.

Les résultats sont résumés dans l'encadré 1 et au schéma 1.

Le rapport efficacité-coût

Une étude du rapport efficacité-coût du programme Saniya a comparé les taux de maladies diarrhéiques des enfants avant et après le programme. Le coût total et le coût marginal du programme ont été estimés rétrospectivement à la fois du point de vue du ministère de la Santé publique et des ménages.

Le coût total du programme était de 302.000 US\$, soit environ 0,30 dollars par tête et par an. Environ 8 638 cas de diarrhée, 864 consultations externes, 324 cas d'hospitalisation et 105 décès ont été évités grâce au programme. La totalité des économies réalisées grâce au programme (à travers la réduction des frais médicaux, et la diminution des journées de travail perdues à cause des maladies) ont été supérieures aux coûts puisqu'elles s'élevaient à 394.000 dollars. Le programme pourrait être largement reproduit à moindre coût, car des économies seraient faites au niveau des coûts de la recherche internationale et du démarrage du projet. Le programme a été jugé, représentant moins de 0,001% du budget annuel de la santé du Burkina Faso.

Taille du programme

Le programme Saniya était relativement petit puisqu'il se concentrait sur une ville seulement. Cependant, les principes de base peuvent être appliqués à des projets à plus grande échelle. Les aspects les plus importants pour réussir à reproduire cette approche à plus grande échelle sont d'avoir suffisamment de personnel professionnel qualifié pour effectuer l'analyse et la conception du programme et d'utiliser les manuels déjà publiés pour réduire le temps et les efforts consacrés à l'étape de la recherche. La plupart des activités, telles que les programmes radiophoniques ou la formation des enseignants sont facilement reproductibles.

Encadré 1 : objectifs par rapport aux résultats

Objectifs	Résultats
• Augmenter de 74 à 85% le pourcentage des enfants de 0 à 35 mois qui défèquent dans des pots	• 82% des enfants observés se servent d'un pot
• Augmenter de 80 à 90% le nombre de fois où les excréments des enfants vont dans des latrines	• Très peu de changement et la proportion est restée en dessous de la cible de 90%
• Augmenter de 13 à 30% le nombre de fois où les mères lavent leurs mains avec du savon après avoir nettoyé le postérieur d'un enfant	• 31% des mamans ont été observées utilisant du savon après avoir manipulé les excréments des enfants
• Augmenter de 1 à 15% le nombre de fois où les mamans se servent du savon pour se laver les mains après avoir utilisé les latrines	• 17% des mamans lavent leurs mains à l'aide de savon après avoir utilisé les latrines

Clubs de santé communautaires de ZimAHEAD : institutionnaliser le processus de changement de comportement

Contexte

Dans les années 90, les approches participatives ont semblé procurer un moyen idéal pour impliquer les communautés dans l'amélioration de l'hygiène et à partir de là pour assurer la durabilité des projets. Cependant, de telles approches reviennent chères en terme de ressources humaines et de formation, et les résultats convaincants sont rares.

Toutefois, au Zimbabwe, le programme ZimAHEAD a essayé de démontrer que les approches participatives peuvent être rentables et durables. En 1994, ZimAHEAD a développé le concept de participation structurée par le biais des clubs de santé communautaires, en utilisant les méthodes participatives existantes mais avec un processus structuré et un suivi rigoureux. Ce programme renforce les capacités au sein des communautés par des formations participatives et réalise également des actions efficaces sur le terrain qui peuvent être quantifiées et évaluées en terme de coûts. Il s'agit encore d'un programme relativement récent mais il donne certains premiers résultats positifs.

Description du programme

Qu'est-ce que ZimAHEAD ?

Zimbabwe Applied Health Education and Development (ZimAHEAD) est une ONG zimbabwéenne qui a lancé une méthodologie novatrice pour mobiliser les populations rurales par la création des Clubs de Santé Communautaires. Un Club de Santé Communautaire (CSC) est une organisation volontaire à base communautaire conçue pour améliorer la santé familiale dans chaque village. Elle est ouverte aux hommes et aux femmes de tout âge, de tout niveau d'éducation et de toute religion et comporte autant de villageois que possible.

En 1994, le concept de Club de Santé Communautaire a été expérimenté dans une petite étude de terrain dans laquelle douze clubs ont été créés et suivis au cours de six mois de formation dans deux secteurs du district de Makoni au Zimbabwe. Le concept a été bien compris et l'expérience

a ensuite été étendu dans un projet pilote en 1996/97. En 1998, ZimAHEAD a été créée pour permettre à l'approche d'être mise en oeuvre sur une plus grande échelle.

En 2000, l'approche de Club de Santé Communautaire a

eu la possibilité de s'étendre pour devenir un programme national. Il y avait 350 clubs et plus de 20.000 bénéficiaires dans les régions d'implantation du projet ZimAHEAD et des formations ont également été dispensées à d'autres agences pour installer 150 autres clubs. Cependant, la situation politique au Zimbabwe s'est dégradée à un tel point que tous les principaux bailleurs de fonds se sont sentis obligés de mettre un terme à leur soutien au gouvernement. Pendant ce temps, la reproductibilité de l'approche a été démontrée par le fait que des Clubs de Santé Communautaires ont été créés dans un projet pilote dans les zones rurales de Sierra Leone.

Cadre conceptuel du modèle de promotion de l'hygiène de ZimAHEAD

Les principes suivants ont guidé l'approche des Clubs de Santé Communautaires de ZimAHEAD :

- L'éducation sanitaire, la promotion de l'hygiène et le plaidoyer devraient faire partie intégrante d'une approche holistique au développement.
- Les populations répondent positivement lorsqu'elles comprennent clairement, et qu'elles dirigent leurs propres changements.
- La création d'une entité avec un objectif commun est un premier élément décisif pour la mobilisation communautaire.

Le projet implique la formation des techniciens du Ministère de la Santé Environnementale en méthodologie des Clubs de Santé Communautaires et à l'utilisation des outils de formation de la méthode PHAST (Participation à la Transformation de l'Hygiène et de l'Assainissement). Le système des CSC est participatif par essence et la structuration de son programme permet de suivre les changements de comportement et de mesurer les aspects de sensibilisation à la santé.



Activités

Les activités de ZimAHEAD dans une communauté donnée se sont déroulées en 4 phases réparties sur quatre ans :

- Phase 1 : les CSC sont constitués et les connaissances sur la santé sont transmises à leurs membres qui sont supposés les appliquer pratiquement dans leurs foyers, en travaillant avec leurs familles pour améliorer leurs conditions de vie et les standards généraux d'hygiène. Les petits changements peu coûteux au foyer pourraient inclure l'installation de systèmes pour se laver les mains et toute méthode saine pour évacuer les excréta.
- Phase 2 : L'accent est mis sur l'augmentation des résultats concrets du projet comme un système d'alimentation en eau approprié ou d'assainissement.
- Phase 3 : les compétences économiques pour apprendre à mieux générer des revenus et les compétences en gestion financière sont développées.
- Phase 4 : cette étape comporte un programme d'alphabétisation et un programme centré sur les soins aux malades en phase terminale dans la société (par exemple les patients atteints du SIDA).

Suivi et évaluation

Le suivi – évaluation pose des problèmes dans la plupart des programmes de promotion de l'hygiène à base communautaire. Il est souvent difficile de quantifier aussi bien l'éducation sanitaire qui a été effectuée que le changement de comportement. Les programmes de ZimAHEAD ont été spécifiquement conçus pour surmonter certains de ces problèmes à travers différents moyens :

- Délivrer des cartes d'adhésion aux membres des clubs de santé communautaires leur conférant ainsi un sens de l'identité et permettant de donner une structure au processus de suivi.
- Faire une estimation annuelle des séances de santé organisées et de la participation moyenne grâce à des formulaires spéciaux contenant le thème traité et le nombre de participants à chaque séance.
- Evaluer la qualité de l'éducation sanitaire reçue à travers des jeux-concours informels sur la santé et des activités comme des

chansons, du théâtre, des concours « maison propre » et du sport.

- Mettre au point quinze indicateurs d'hygiène non intrusifs utilisés pour comparer le changement de comportement observé chez les membres des clubs de santé communautaire et celui observé dans des groupes témoins.

Rentabilité

ZimAHEAD peut estimer le coût de la sensibilisation sanitaire par bénéficiaire. Par exemple, dans un district où les coûts ont été bien enregistrés (les principaux coûts étant l'achat et l'entretien des motos, le kilométrage et les indemnités journalières pour augmenter le salaire du formateur en éducation sanitaire), le coût total annuel par membre était de 2,60 dollars américains. Etant donné que l'amélioration des pratiques d'hygiène pour un membre de la famille affecte le reste de la famille, ce coût peut être divisé par cinq (taille moyenne d'une famille dans le contexte) ce qui donne un coût annuel par personne de 0,52 dollar.

Les aspects socio-économiques de l'approche CSC visent à assurer la durabilité financière à long terme des activités des clubs, indépendamment des ONG et des bailleurs de fonds, par exemple par des systèmes de génération de revenus et du transfert de compétences associé.

Points intéressants

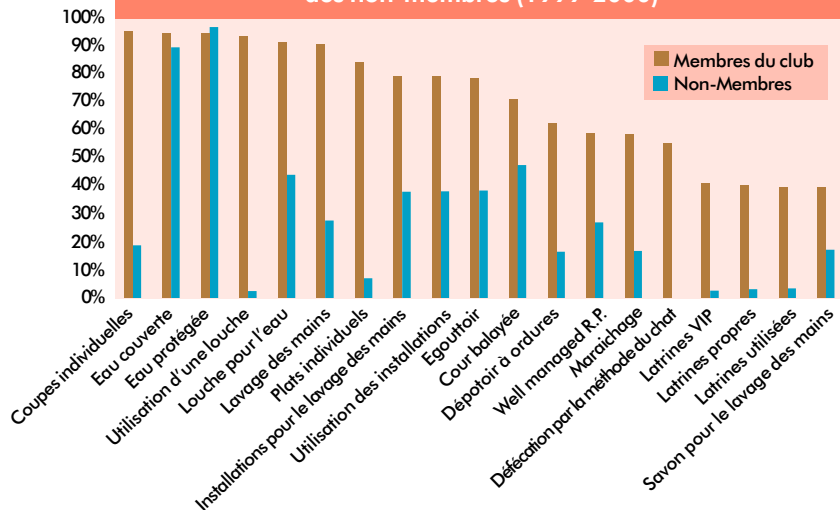
Forte adhésion aux Clubs de Santé Communautaires

Les membres ne perçoivent aucun salaire ou prime, mais sont fortement engagés dans les clubs. Ceci est du aux opportunités sociales qu'ils offrent, à leur fonction de plate-forme sûre pour le changement et la génération de nouvelles idées et au stimulant intellectuel des séances de promotion de l'hygiène, ce qui peut manquer au sein des communautés rurales.

Résultats positifs des clubs

Un programme de recherche impliquant 1125 personnes sondées a été mené dans trois districts au Zimbabwe pour examiner les réalisations de membres de CSC choisis au hasard et les comparer à celles d'un groupe témoin dans chaque district. L'étude a permis de mesurer l'amélioration des connaissances de santé et le changement positif de comportement sanitaire. La différence entre les deux groupes a été très significative : les membres des clubs ont atteint le pourcentage de 79% pour caractériser le changement positif pour quinze indicateurs tandis que le groupe témoin a atteint 38% seulement. Les schémas présentent ces résultats de manière graphique.

Résultats des indicateurs de changement de comportement en matière d'hygiène au sein des membres de Clubs de Santé et des non-membres (1999-2000)

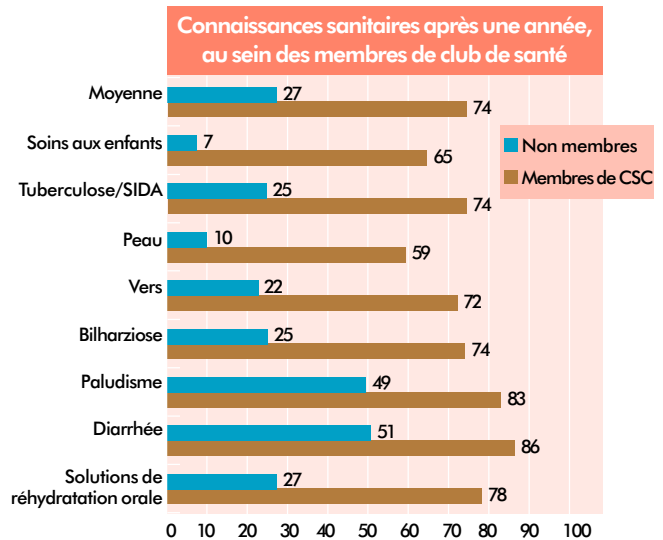


Autres résultats positifs :

- Forte demande pour des infrastructures d'assainissement de la part des communautés dans lesquelles il y avait des clubs les deux années précédentes. Par exemple, au cours du deuxième semestre de l'année 1999, les membres du club de ZimAHEAD ont construit plus de 2 500 latrines, soit environ 30% du nombre total de latrines construites dans tout le Zimbabwe au cours de la même période.
- Reconnaissance : parmi les 30 formateurs sanitaires du Ministère de la Santé qui avaient initié des projets de CSC, l'appréciation de la nouvelle méthodologie était unanime car elle a rationalisé leurs volumes de travail. L'indicateur le plus encourageant a été que les trois districts ont poursuivi cette approche lorsque le financement du projet a pris fin et que ZimAHEAD a cessé de les financer directement.



Réunion du village sur la santé, Burkina Faso.



Processus structuré et suivi approprié

ZimAHEAD a conçu et suivi un processus structuré qui a mis un accent très fort sur la participation des communautés tout en assurant également des systèmes de contrôle adéquats pour le suivi et l'évaluation. Cela garantit que les objectifs soient atteints et soutenus. La structure a combiné la souplesse et l'introduction de nouvelles idées par l'ONG avec la couverture et le recrutement de personnel disponible exclusivement à travers le gouvernement.

Comparaison des divers aspects du programme Saniya et de ZimAHEAD

	Programme Saniya	ZimAHEAD
Approche Les deux projets se sont concentrés sur le changement durable des pratiques d'hygiène à travers la mobilisation communautaire.	Utilise la recherche formative pour identifier les pratiques cibles et établir des canaux de communication efficaces.	Utilise les Clubs de Santé Communautaires comme base pour son approche participative.
Echelle Ces petits et moyens programmes doivent maintenant être portés au niveau national.	Opère au niveau urbain, mais les techniques exposées à grands traits dans les manuels sont jugés applicables sur une plus grande échelle.	Mise en oeuvre avec succès au niveau du district mais le processus de d'application à grande échelle a été interrompu par des facteurs politiques.
Efficacité L'importance du suivi minutieux a été soulignée; les résultats indiquent le succès au sein des cadres de référence des deux programmes.	Quelques réserves au sujet du coût et de l'exactitude du suivi des pratiques d'hygiène. Toutes les cibles n'ont pas été atteintes même s'il y a amélioration dans chaque catégorie.	L'étude a montré que les membres des CSC étaient meilleurs que des groupes témoins, selon quinze indicateurs sélectionnés caractérisant les connaissances en hygiène et les comportements hygiéniques.
Coût Les deux programmes ont cherché à mesurer la rentabilité en quantifiant les processus; les résultats indiquent que les programmes sont rentables.	Le coût a été calculé à 0,30 dollar par tête par an. Les avantages quantifiés ont été estimés supérieurs aux coûts totaux.	Le coût a été calculé (dans un district objet de l'étude) à 0,52 dollar par tête par an.
Durabilité Les deux approches visent à motiver les communautés pour un changement durable aux niveaux social et économique.	Certaines activités semblent durables, telles que le programme scolaire; d'autres activités ont connu des difficultés de motivation.	La 'participation structurée' conduisant à une augmentation des activités de développement est perçue comme la base de la durabilité.
Reproductibilité Les deux programmes se prêtent bien à la reproduction.	Grâce à la boîte à outils des mini-manuels, le projet pourrait être largement reproduit à un coût plus faible.	Les programmes marchent dans des structures rurales africaines et par conséquent devraient être reproductibles. Des CSC ont été créés en Sierra Leone.

Leçons apprises du programme Saniya et de ZimAHEAD

Les deux programmes ont utilisé différentes méthodes et des termes différents pour décrire leurs travaux, mais ils ont tous les deux promu l'hygiène par la compréhension et le changement des comportements des populations. Certaines leçons communes émergent des deux programmes :

- Les programmes de promotion de l'hygiène devraient se pencher sur le changement de comportement de façon systématique et se concentrer sur les changements qui sont vraiment nécessaires. La clé du changement de comportement est de comprendre d'abord ce qui le commande et le motive. Cette question est bien plus complexe qu'on ne le pense. Le changement de comportement est difficile à réaliser et nécessite des ressources considérables.
- Les communautés ne sont pas des bénéficiaires passifs de l'éducation à l'hygiène. Ils sont des partenaires actifs et devraient être consultés et impliqués de manière systématique. Les programmes qui se conforment aux modèles culturels existants ont tendance à mieux réussir que ceux qui ne le font pas.
- Les changements de comportement en matière d'hygiène sont difficiles à évaluer mais l'observation structurée en utilisant des critères clairement définis semble donner les résultats les plus exacts.
- Bien qu'il soit très difficile de quantifier les changements de comportement et la rentabilité au niveau des programmes d'hygiène, cela peut fournir des informations déterminantes pour la structuration et le financement des programmes futurs.
- Les programmes Saniya et de ZimAHEAD suggèrent qu'appliquer ces programmes à plus grande échelle dépend de plusieurs facteurs :
 - a) les résultats tangibles de projets pilotes conçus avec attention
 - b) la motivation des communautés basée sur les avantages sociaux et économiques perçus
 - c) L'intégration du programme dans l'administration sanitaire publique
 - d) La création d'une ONG engagée pour orienter le processus d'expansion.

Questions importantes

- Il peut être difficile d'identifier les comportements à cibler. Tandis que le lavage des mains avec du savon est clairement une pratique importante pour prévenir des maladies, l'importance de certaines autres pratiques d'hygiène domestique demande encore à être prouvée. Par exemple, quel devrait être le rôle : du pot; des latrines faciles à utiliser par les enfants; des installations pour le lavage des mains; de la préparation et la conservation des aliments; et de l'hygiène alimentaire pour le sevrage ?
- Les planificateurs ont besoin de preuves sur lesquelles baser leurs décisions. Ceci nécessite des professionnels travaillant dans le secteur pour concevoir des mesures rigoureuses.
- Les deux programmes Saniya et ZimAHEAD ont tenté de mesurer leur rentabilité; les deux semblent avoir atteint des résultats significatifs à des coûts modérés. Cependant, il est difficile de les comparer avec d'autres programmes de promotion de l'hygiène plus conventionnels car les données sur la rentabilité pour les autres programmes sont rares. Une analyse plus rigoureuse des coûts à partir d'autres programmes dans plus de pays et de contextes permettront de développer une image comparative.
- La réaction de la communauté cible à différentes composantes du programme n'est pas facile à prévoir. Le programme Saniya a rejeté une approche didactique, mais ZimAHEAD s'est rendu compte que les membres des Clubs de Santé Communautaires ont réagi positivement au stimulus académique de l'éducation formelle pour l'hygiène.

Références

- Borghi, J.L., Guinness, J., Ouedrago and V. Curtis. Is Hygiene Promotion Cost-Effective? A Case Study in Burkina Faso Tropical Medicine and International Health. In press, 2002.
- Curtis, V. The Dangers of Dirt. Wageningen University Dissertation Thesis, 1998.
- Curtis, V. and B. Kanki. Happy, Healthy and Hygienic: How to Set Up a Hygiene Promotion Programme. Unicef/Ministry of Health of Burkina Faso website, 1998.
- Curtis, V., B. Kanki, S. Cousens, A. Sanou, I. Diallo, and T. Mertens. Dirt and Diarrhoea: Formative Research in Hygiene Promotion Programme. Health Policy and Planning, 12: 122-131; 1997.
- Cousens, S., B. Kanki, S. Touré, I. Diallo and V. Curtis. Reactivity and Repeatability of Hygiene Behaviour: Structured Observations from Burkina Faso. Social Science and medicine, 43: 1299-1308, 1996.
- Esrey, S. Silent Disasters Affecting Child Health and Well-Being. In International Conference on Health and the Environment, United Nations, New York, 1998.
- World Health Organisation. Fact Sheet on Diarrhoeal Diseases, 1996.
- Waterkeyn, J. Structured Participation in Community Health Clubs. In 25th WEDC Conference, Addis Ababa, Ethiopia, 1999.
- Waterkeyn, J. ZimAHEAD, Report. Zimbabwe: 2002.

Programme pour l'eau et l'assainissement-Afrique (PEA-AF)

The World Bank, Hill Park,
Upper Hill, P.O. Box 30577,
Nairobi, Kenya

Tel: (254-2) 260300, 260400
Fax: (254-2) 260386
E-mail: wspaf@worldbank.org
Web site: www.wsp.org

Remerciements

Rédacteur de la série : Jon Lane
Rédacteur-conseiller : John Dawson
Écrit par : Myriam Sidibe et Val Curtis
Publié par : Vandana Mehra
Photos par : Juliet Waterkeyn et Panos Pictures
Conçu par : Write Media
Imprimé par : PS Press Services Pvt. Ltd.
Traduction en Français : Bilha Mwenesi
Révision de la traduction par : Sarah Fiset et Delphine Bouquin

Août 2002

Le Programme pour l'Eau et l'Assainissement est un partenariat international qui vise à aider les populations défavorisées à avoir un accès durable à des services d'eau et d'assainissement améliorés. Les principaux partenaires financiers du programme regroupent les gouvernements de l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, la France, l'Allemagne, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Norvège, la Suède, la Suisse, le Royaume Uni ; le Programme des Nations Unies pour le Développement et la Banque mondiale.

La Banque mondiale n'accepte pas la responsabilité des opinions exprimées ci-dessus, qui sont entièrement ceux de l'auteur, et ne devrait pas être attribuée à la Banque mondiale ou à toute autre organisation affiliée. Les désignations utilisées et la présentation du matériel sont seulement pour aider le lecteur et n'impliquent pas l'expression de quelconque opinion légale de la part de la Banque mondiale ou de ses affiliations au sujet du statut juridique de quelconque pays, de territoire, de ville, de secteur, ou de ses autorités, ou concernant les délimitations de ses frontières ou affiliations nationales. L'information des publications du Programme pour l'eau et l'assainissement peut être librement reproduite. La reconnaissance appropriée sera appréciée.