

Cadre directeur relatif à l'hygiène



Ce document présente les lignes directrices concernant la promotion de l'hygiène et le changement des comportements qui s'y rapportent dans les pays où WaterAid intervient. Il s'appuie sur la littérature existante et sur notre expérience dans le sud de l'Asie, le Pacifique et en Afrique. Il développe et remplace la politique de WaterAid relative à l'hygiène de 1999, en détaillant des recommandations à l'intention des programmes-pays ainsi que les principes opérationnels et engagements minimums qui doivent orienter nos interventions en matière d'hygiène. Il est également destiné à informer et aider les autres organisations qui travaillent sur l'hygiène dans le contexte des programmes d'approvisionnement en eau potable, d'hygiène et d'assainissement.

L'élaboration de ce cadre directeur a été pilotée par Mara van den Bold, avec une contribution importante de Richard Carter et Erik Harvey, et le soutien appuyé ainsi que les conseils de Girish Menon. Des collègues de presque toutes les équipes régionales et nationales de WaterAid dans le Sud de l'Asie, le Pacifique et en Afrique y ont contribué de manière importante en partageant leurs connaissances et leur expérience. Ont en particulier contribué au processus de consultation : Milly Akwi, Ferdinandes Axweso, Clarisse Baghnyan, Kitchinme Bawa, Om Prasad Gautam, Abdul Hafeez, Sulaiman Issah-Bello, Kuribachew Mamo, Gertrudis Noviana Mau, Wellington Mitole, Marko Msambazi, Sanjoy Mukherjee, Boyce Nyirenda, Sweta Patnaik, Pedro Pimentel, Joseph Pupe, Rindra Rakotojoelimaria, Nshuti Rugerinyange et Noella Urwibutso. Des commentaires constructifs ont été apportés par Sue Cavill, Therese Mahon et Louisa Gosling lors des relectures initiales, et par Yael Velleman pour la version finale. Le rapport a été relu par Dr Val Curtis (Londres School of Hygiene and Tropical Medicine), Ingeborg Krukkert (IRC International Water and Sanitation Centre) et Dr Astier Almedom (Tufts University). Leur regard et leur analyse critique ont été extrêmement précieux.

Ce document doit être cité comme suit : *WaterAid (2012) Cadre directeur relatif à l'hygiène*. WaterAid, Londres, Royaume-Uni.

Il peut être consulté dans la rubrique Publications du site internet de WaterAid www.wateraid.org/publications.

Photo de couverture : WaterAid/Zute Lightfoot

Des enfants se lavent les mains au lave-mains installé près du bloc sanitaire de l'école primaire de Juru, au Rwanda

Table des matières

| | | |
|-------------------------|---|----|
| | Glossaire | 3 |
| Première partie | Contexte général | 7 |
| | Introduction | 7 |
| | Finalité du cadre directeur | 8 |
| | Place du cadre directeur dans les documents d'orientation | 8 |
| | Positionnement par rapport à la stratégie | 9 |
| Deuxième partie | Promotion de l'hygiène : la définition de WaterAid | 11 |
| | Terminologie et définitions | 11 |
| | Pourquoi s'intéresser à l'hygiène ? | 13 |
| | L'équité et l'inclusion dans la promotion de l'hygiène | 18 |
| | Les différentes approches employées pour promouvoir l'hygiène | 23 |
| | Les éléments matériels de la promotion de l'hygiène | 30 |
| | Suivi et évaluation | 31 |
| Troisième partie | La promotion de l'hygiène à WaterAid | 34 |
| | Historique de la promotion de l'hygiène à WaterAid | 34 |
| | La promotion de l'hygiène dans les programmes-pays | 36 |

| | | |
|-------------------------|---|-----------|
| Quatrième partie | Principes généraux encadrant la promotion de l'hygiène | 40 |
| | Planification et conception | 40 |
| | Mise en œuvre | 44 |
| | Suivi et évaluation | 44 |
| | Plaidoyer | 45 |
| | Synthèse | 46 |
| | | |
| Cinquième partie | Principes et engagements minimums de WaterAid | 47 |
| | Principes généraux | 47 |
| | Planification | 47 |
| | Conception et mise en œuvre | 48 |
| | Suivi-évaluation | 49 |
| | Capitalisation | 49 |
| | Plaidoyer | 50 |
| | | |
| | Références | 51 |

Glossaire

| | |
|--|---|
| AEPHA | Alimentation en eau potable, hygiène et assainissement. |
| Assainissement | Dans sa définition la plus étroite, l'élimination ou la réutilisation des excréments humains dans des conditions hygiéniques. Au sens large, il définit souvent l'assainissement environnemental, c'est-à-dire la gestion des excréta ainsi que le traitement des déchets et la gestion des eaux de ruissellement ⁴ . |
| Assainissement total piloté par la communauté | APTC (<i>Community-led total sanitation – CLTS</i>). Cette approche repose sur la promotion des systèmes d'assainissement pour amener tous les habitants d'une communauté donnée à rejeter ensemble la défécation à l'air libre. Les habitants s'efforcent d'atteindre le statut Fin de défécation à l'air libre (FDAL). Dans sa version la plus stricte, l'ATPC ne recommande et ne subventionne aucune technologie d'assainissement spécifique. |
| AVCI | Année de vie corrigée de l'incapacité (<i>Disability adjusted life year – DALY</i>). Le nombre total d'années de vie qui sont potentiellement perdues à cause de la mortalité précoce et des années de vie productives perdues à cause de l'incapacité ¹ . |
| Eaux usées | Toute eau qui a déjà été utilisée, des effluents non traités à l'eau qui a servi à se laver. |
| Éducation à l'hygiène | Toutes les activités qui visent à sensibiliser la population et à informer sur les liens entre les pratiques d'hygiène et la santé. |
| Enfant à enfant | (<i>Child to child – CtC</i>) Approche de promotion de l'hygiène qui repose sur l'idée que les enfants peuvent avoir une grande influence dans l'amélioration de la santé des autres, surtout en ce qui concerne la sensibilisation à l'hygiène dans le cercle familial. |
| Étude de référence | Étude réalisée avant la mise en œuvre du programme qui fournit des données de base sur les principaux indicateurs, comme le taux de couverture en latrines et leur utilisation. Les informations recueillies dans le cadre de l'étude de référence servent à guider les activités de suivi-évaluation effectuées par la suite. |
| Excréta | Matières fécales et urine. |
| FDAL | Fin de la défécation à l'air libre (<i>Open defecation free – ODF</i>). Le but recherché dans le cadre des approches Assainissement total. |
| Hygiène | Les pratiques individuelles et familiales qui servent à éviter les infections et grâce auxquelles les populations et l'environnement restent propres. Des exemples de pratiques d'hygiène sont le lavage des mains, la toilette, le stockage adéquat de l'eau à la maison, c'est-à-dire toute pratique ayant pour but de préserver la propreté et la santé. L'Organisation mondiale de la santé définit |

| | |
|-------------------------------------|---|
| | l'hygiène comme « les conditions et les pratiques qui contribuent à préserver la santé et à éviter la propagation des maladies » ² . |
| Marketing social | Une approche qui repose sur les principes du marketing pour en tirer des bénéfices sociaux, par exemple la transformation des attitudes et des comportements, lorsque cela est jugé bénéfique pour la société dans son ensemble ⁵ . |
| Méthodologies participatives | L'utilisation de méthodes, de supports ou de techniques qui encouragent l'implication active des individus dans un processus collectif, quel que soit leur âge, leur sexe, leur condition sociale ou leur niveau d'éducation. Les approches participatives visent à renforcer l'estime de soi, à faciliter la prise de décisions, et à permettre aux individus d'apprendre les uns des autres. |
| Moments clés | En rapport avec le lavage des mains, cela signifie généralement le lavage des mains après défécation, après avoir nettoyé les excréments des enfants ou essuyé leurs fesses, et avant de manger, de nourrir les enfants ou de manipuler de la nourriture ou de l'eau. |
| Morbidité | Les conséquences d'un mauvais état de santé. |
| OMS | Organisation mondiale de la santé. |
| Pathogène | Une bactérie, un virus ou un autre micro-organisme qui peut provoquer une maladie. |
| Pérennité | Conditions propices à la poursuite durable des pratiques et des services et de leurs effets. Aucune limite n'est fixée concernant la continuité de ces services, des changements de comportement ou des effets obtenus. |
| PHAST | <i>Participatory Hygiene And Sanitation Transformation.</i> Une méthodologie participative conçue spécialement pour le secteur de l'approvisionnement en eau potable, de l'hygiène et de l'assainissement, et qui est largement utilisée. |
| Promotion de l'hygiène | Les approches systématiques visant à encourager l'adoption généralisée de bonnes pratiques d'hygiène pour réduire les maladies diarrhéiques et les autres maladies liées à l'eau et à l'assainissement. La promotion de l'hygiène se focalise sur les facteurs de changement des comportements, ceux-ci n'étant pas nécessairement liés directement au fait d'être informé sur les conséquences d'une mauvaise hygiène ³ . |
| Recherches préliminaires | Recherches effectuées avant la mise en œuvre d'un programme pour obtenir des données qui permettent d'élaborer le programme de promotion de l'hygiène. |
| SARAR | <i>Self-esteem, associative strength, resourcefulness, action planning and responsibility</i> : estime de soi, force du groupe, ingéniosité, planification des actions et responsabilisation. La méthode SARAR a été conçue pour faciliter la planification des actions au niveau communautaire. D'autres approches comme la méthodologie PHAST sont basées sur les principes SARAR. |

Transmission par voie fécale-orale

La façon dont les organismes responsables des maladies (pathogènes) présents dans les matières fécales des individus (ou des animaux) infectés pénètrent dans le corps humain par la bouche. Ces organismes peuvent être transportés des matières fécales vers la bouche par les doigts, la nourriture, les mouches, les fluides (comme l'eau) ou le sol – voir figure 5 p. 15.

Éléments matériels de la promotion de l'hygiène – Hardware

Matériels, fournitures ou infrastructures physiques (latrines ou installations de traitement des eaux usées par exemple) qui rendent possibles les services d'assainissement et les pratiques d'hygiène.

Mécanismes sociaux de la promotion de l'hygiène – Software

Activités qui mobilisent les ménages et les populations et qui permettent de définir les aspects non matériels nécessaires au fonctionnement des services d'eau, d'hygiène et d'assainissement (tels que les mécanismes institutionnels et de gouvernance requis pour préserver les bons comportements d'hygiène comme les clubs de santé communautaires).

TSSM

Approche du WSP qui repose sur l'assainissement total et le marketing social.

WSP

Programme Eau et Assainissement de la Banque mondiale.



WaterAid/GMB Akash/Panos

Millie, présidente du comité IDEA WASH. Plantation de thé de Lakatoorah, à Sylhet, Bangladesh



Pascal, qui souffre d'un handicap physique, se lave les mains près de la nouvelle latrine familiale, à Hambale, dans le secteur de Chipenbele, en Zambie

Contexte général

Introduction

Les professionnels du secteur de l'eau et de l'assainissement reconnaissent de plus en plus le rôle important de l'hygiène s'agissant de maximiser les bénéfices qu'apporte l'amélioration des services d'eau et d'assainissement. Des recherches chaque jour plus nombreuses mettent en avant les effets positifs que peuvent avoir de bonnes pratiques d'hygiène sur la santé, au plan individuel et communautaire, mais aussi en termes socio-économiques.

Cet aspect est pourtant négligé – par les acteurs du secteur de l'eau et de l'assainissement mais aussi par ceux de la santé. Divers facteurs peuvent être avancés pour expliquer cet état de fait : la difficulté de modifier les comportements et le temps nécessaire pour y parvenir, celle d'évaluer les comportements et les changements de comportement liés à l'hygiène, mais aussi le caractère personnel et intime de ces pratiques ou encore le fait que l'hygiène soit associée à des maladies elles-mêmes insuffisamment prises en compte comme la diarrhée ou les infections des voies respiratoires, qui sont pourtant les deux causes principales de la mortalité infantile⁶. La complexité de l'évaluation des comportements a probablement conduit également à un sous-investissement dans les recherches sur la promotion de l'hygiène et sur le changement des comportements⁷.

La mise en place de services d'eau et d'assainissement n'est pas automatiquement suivie de l'adoption de pratiques d'hygiène adéquates. La réussite de cette démarche dépend en grande partie de la compatibilité des pratiques avec les croyances et les habitudes existantes, et avec les facteurs psychologiques, les conditions environnementales et l'accès aux produits de nettoyage et aux articles d'hygiène »⁶. Les recherches montrent que les motivations pour modifier les comportements ne sont pas nécessairement liées directement aux bienfaits sur la santé, mais plutôt aux bénéfices tirés en termes d'élévation du statut social, de commodité, de sécurité, de confort, d'intimité, ou d'élimination des odeurs. Même quand ils sont informés des liens entre la santé et les bonnes pratiques d'hygiène, les individus n'adoptent pas automatiquement ces bonnes pratiques⁸.

Il est donc important d'identifier les facteurs qui motivent l'adoption durable des bonnes pratiques d'hygiène en fonction des différents contextes. Dans le secteur de l'AEPHA (approvisionnement en eau potable, hygiène et assainissement), on emploie de plus en plus l'expression « promotion de l'hygiène » plutôt que « éducation à l'hygiène », ce qui marque l'évolution des approches focalisées sur la santé vers celles qui intègrent des facteurs de motivation plus généraux, et qui sont donc plus à même d'amener une modification définitive des comportements.

Finalité du cadre directeur

Depuis le milieu des années 90, WaterAid a renforcé ses activités en rapport avec l'hygiène parallèlement aux volets Eau et Assainissement, même si le niveau d'expertise de ses équipes et des ressources a fluctué⁹. Depuis la mise en place de la politique de promotion de l'hygiène en 1999, aucun nouveau document d'orientation n'a été rédigé à l'échelle de l'organisation sur ce thème, et les anciennes publications n'ont pas été actualisées. À partir de ce document initial et en s'appuyant sur l'expérience acquise depuis lors, le cadre présenté ici se veut donc un outil stratégique à l'usage des programmes-pays WaterAid pour la mise en place ou le perfectionnement de leurs approches en matière d'hygiène. Il définit des principes généraux et les engagements minimums en matière de promotion de l'hygiène, sur la base desquels des directives concrètes et adaptées aux différents contextes pourront être formulées.

Les **objectifs** spécifiques de ce cadre directeur sont les suivants :

- Définir une base de compréhension commune à l'ensemble de WaterAid concernant le concept de promotion de l'hygiène et la terminologie qui s'y rapporte ;
- Mettre en avant l'importance de la promotion de l'hygiène dans les programmes et politiques ayant trait à l'eau et à l'assainissement ;
- Présenter les approches de promotion de l'hygiène mises en œuvre par les programmes-pays WaterAid ;
- Établir les principes opérationnels généraux et engagements minimums de WaterAid concernant les activités de promotion de l'hygiène.

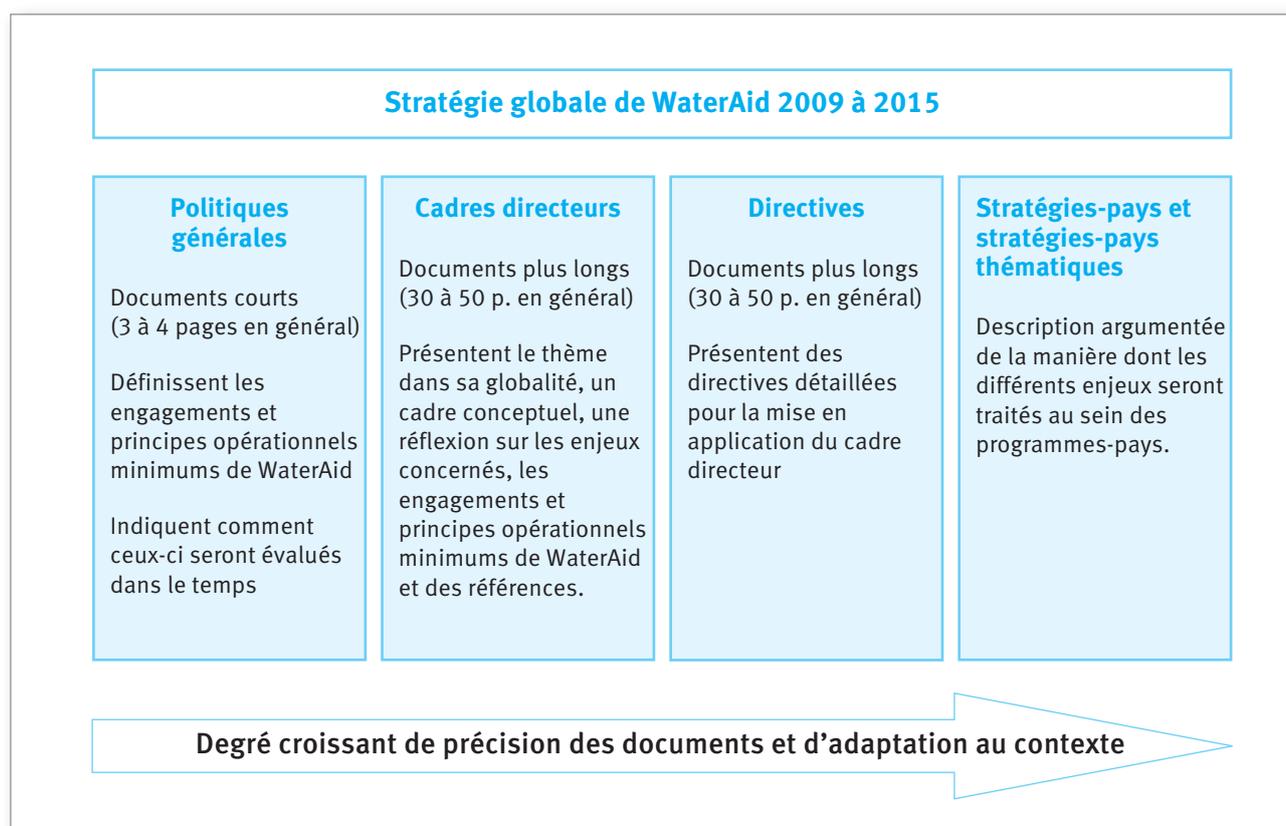
Le cadre directeur est articulé comme suit :

- La Première partie présente le contexte général qui entoure le cadre directeur ;
- La Deuxième partie synthétise la documentation existante concernant la promotion de l'hygiène ;
- La Troisième partie présente brièvement un historique et l'action menée par WaterAid en matière d'hygiène ;
- La Quatrième partie définit les principes directeurs qui doivent guider les interventions des programmes-pays en matière de promotion de l'hygiène dans le cadre du cycle programmatique ;
- La Cinquième partie définit les engagements minimums de WaterAid en matière d'hygiène – ils constituent donc la politique de WaterAid en matière de promotion de l'hygiène.

Place du cadre directeur dans les documents d'orientation

Le tableau ci-dessous précise où se situe un cadre directeur de ce type par rapport à la stratégie globale de WaterAid 2009 à 2015¹⁰. Les engagements minimums inclus dans ce document et dans les autres documents d'orientation sont repris plus précisément dans les politiques générales. Les consignes détaillées et les stratégies adaptées aux différents contextes à propos de la mise en œuvre des activités de promotion de l'hygiène se situent « en aval » des cadres directeurs.

Figure 1 – Articulation des documents d’orientation de WaterAid



Ce cadre directeur doit être utilisé parallèlement aux autres politiques générales, cadres directeurs et directives suivantes :

- Directives relatives à la qualité de l’eau et politiques-pays¹¹
- *Cadre directeur relatif à l’équité et à l’inclusion*¹²
- *Plan-cadre sur la durabilité*¹³
- Consignes et directives sur la comptabilisation des usagers et les enquêtes de post-mise en œuvre¹⁴
- *Plan-cadre pour l’assainissement*⁴
- *Plan-cadre urbain*¹⁵
- Guide sur l’amélioration de la prise en charge de l’hygiène féminine dans le monde (*Menstrual hygiene matters : A resource for improving menstrual hygiene around the world*) [en anglais]¹⁶
- *Cadre directeur relatif à la sécurité hydrique*¹⁷
- *Cadre directeur relatif aux situations d’urgence*¹⁸

Positionnement par rapport à la stratégie

La **vision** de WaterAid est celle d’un monde où chacun aura accès à l’eau potable et à l’assainissement. Nous sommes pleinement conscients du fait que l’augmentation de l’accès à ces services de manière durable et équitable doit s’accompagner de bonnes pratiques d’hygiène. Celles-ci sont en effet une composante à part entière de l’efficacité des services d’eau et d’assainissement, et par conséquent des axes stratégiques et des indicateurs définis dans la stratégie globale de WaterAid 2009 à 2015¹⁰.

La stratégie globale de WaterAid 2009 à 2015 est articulée autour de **quatre axes stratégiques** :

- 1 Promouvoir et concrétiser les droits des plus pauvres et leur accès à l'eau potable et à des solutions d'hygiène et d'assainissement améliorées, en travaillant avec nos organisations partenaires à la fourniture des services et en faisant en sorte que les populations puissent se faire entendre dans les processus de décision ;
- 2 Aider les pouvoirs publics et les opérateurs de services à développer leur capacité à fournir des services d'AEP et des solutions d'hygiène et d'assainissement améliorées, de sorte que le secteur soit mieux financé, administré et géré afin de fournir des services d'AEPHA équitables et durables ;
- 3 Plaider pour la reconnaissance du rôle essentiel que joue l'accès à l'eau potable et à des solutions d'hygiène et d'assainissement améliorées dans le développement humain, en s'appuyant sur une action de plaidoyer basée sur des faits pour mieux faire connaître les enjeux de l'AEPHA auprès des autres secteurs, notamment ceux de la santé et de l'éducation ;
- 4 Continuer à se développer en tant qu'organisation mondiale efficace, reconnue comme leader dans son domaine et qui incarne ses valeurs, en améliorant notre action de recherche-capitalisation.

L'importance de l'hygiène est soulignée dans ces quatre axes stratégiques. Nous considérons la promotion de l'hygiène comme une composante essentielle de notre action et nous nous sommes engagés à contribuer au développement des recherches sur les changements de comportement. En travaillant avec les acteurs clés du secteur et d'autres intervenants hors du secteur, et par le biais des actions de recherche et de notre soutien à la mise en place de services intégrés, notre ultime objectif est que chaque habitant de la planète soit en mesure de pratiquer de bons principes d'hygiène.

Les **indicateurs de performance stratégique** définis par WaterAid en 2010 pour évaluer notre progression vers la concrétisation des objectifs comprennent un indicateur consacré à l'hygiène qui mesure le pourcentage « des personnes pauvres qui ont adopté de manière durable de bonnes pratiques d'hygiène »¹⁹, les données étant ventilées selon différents critères : sexe, handicap, âge et statut VIH/sida (sachant que la faisabilité d'une telle ventilation devra être évaluée une fois que la méthodologie d'évaluation aura été affinée). Si l'inclusion de cet indicateur montre l'engagement de WaterAid par rapport à la promotion de l'hygiène et au changement durable des comportements, reste que les méthodes de collecte et d'harmonisation des données et des indicateurs (indirects)²⁰ devront être améliorées. Le cadre directeur présenté ici intègre le fait que d'autres recherches significatives sur l'hygiène et l'évaluation des pratiques d'hygiène seront nécessaires ; il s'agit donc d'un document évolutif qui sera révisé et modifié avec le temps.

Deuxième partie

Promotion de l'hygiène : la définition de WaterAid

Cette partie présente une vue d'ensemble de la documentation disponible actuellement sur la promotion de l'hygiène, et définit le contexte global qui oriente la suite du présent document.

Terminologie et définitions

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'hygiène comme « les conditions et les pratiques qui contribuent à préserver la santé et à éviter la propagation des maladies »². Dans le cadre directeur de WaterAid consacré à l'assainissement, l'hygiène est définie comme « les pratiques individuelles et familiales telles que le lavage des mains, la toilette, la gestion de l'eau stockée à la maison, toutes ayant pour but de préserver la propreté et la santé »⁴.

Il existe diverses catégories de comportements d'hygiène qui ont un impact significatif sur la transmission des maladies liées à l'eau et à l'assainissement :

- Élimination adéquate des excréta humains (dont ceux des enfants et des nourrissons) ;
- Protection et utilisation de la source d'approvisionnement en eau (au point de collecte de l'eau, pendant son transport, pour son stockage et là où elle est utilisée) ;
- Hygiène individuelle (lavage des mains avec du savon aux moments clés²¹, ainsi que le corps, le visage et les vêtements) ;
- Hygiène alimentaire (préparation des repas, lavage des aliments, stockage, prévention de la contamination par contact).
- Hygiène domestique et environnementale (élimination des déchets solides et des déjections animales, gestion des eaux usées et des eaux de pluie, propreté de la maison et de ses alentours)²².

L'hygiène est une question de comportement : modifier les pratiques d'hygiène nécessite donc de modifier les comportements. Les recherches indiquent que ce changement de comportement n'intervient pas nécessairement du fait de la prise de conscience des possibles répercussions négatives associées à une pratique donnée (autrement dit, du fait de savoir que ne pas se laver les mains peut avoir des conséquences négatives sur la santé). Le changement de comportement dépend aussi du contexte : les croyances, les attitudes des individus et des populations, et les opportunités qui leur sont offertes.

Différence entre éducation à l'hygiène et promotion de l'hygiène

Les acteurs du secteur de l'eau et de l'assainissement s'éloignent peu à peu de « l'éducation à l'hygiène » qui consiste à mieux informer les individus en les sensibilisant aux liens entre les bonnes pratiques d'hygiène et la santé. Cette approche est fondée sur l'hypothèse qu'en leur expliquant la façon dont se propagent les maladies, ils modifieront leurs comportements de manière positive.

Mais les motivations qui amènent un changement de comportement ne sont pas nécessairement liées directement aux effets sur la santé. Elles peuvent être liées à d'autres aspects comme le besoin de prendre soin et de protéger les autres (les enfants) et d'appartenance (à un groupe familial ou autre, en évitant le conflit), le confort (lié à la commodité, au gain de temps, aux conditions météo, à l'intimité), le prestige (fierté, propreté, obtenir davantage de votes, attirer un/une fiancé(e) potentielle), ou encore le dégoût par rapport aux pratiques antérieures (défécation à l'air libre), la dignité et la responsabilité, les considérations économiques (faire des économies, gagner de l'argent) et les croyances culturelles existantes »²³.

Qu'ils soient de nature participative ou didactique, les programmes d'éducation à l'hygiène ne s'appuient pas toujours sur les pratiques et croyances existantes, ou n'ont pas nécessairement de lien avec elles, d'où la critique qui leur est faite « que l'on dispose de peu d'éléments attestant que ces approches par l'éducation sont efficaces, que ce soit dans les pays développés ou en développement »²⁴.

Le concept de « **promotion** de l'hygiène » est beaucoup plus large que celui d'éducation à l'hygiène. Il fait référence à des « approches systématiques visant à encourager l'adoption généralisée de pratiques d'hygiène adéquates pour réduire la diarrhée et d'autres maladies liées à l'eau et à l'assainissement »²⁵. Il s'appuie sur les connaissances, les pratiques et les souhaits des populations visées et se focalise par conséquent sur l'identification des facteurs qui motivent le changement de comportement sur la base des pratiques et croyances existantes²⁶. En déterminant les leviers de changement et ce qui peut les actionner, une démarche de promotion de l'hygiène efficace réduit les principaux comportements et pratiques à risque des groupes de population qui sont ciblés en priorité.



WaterAid/GMB Akash/Panos

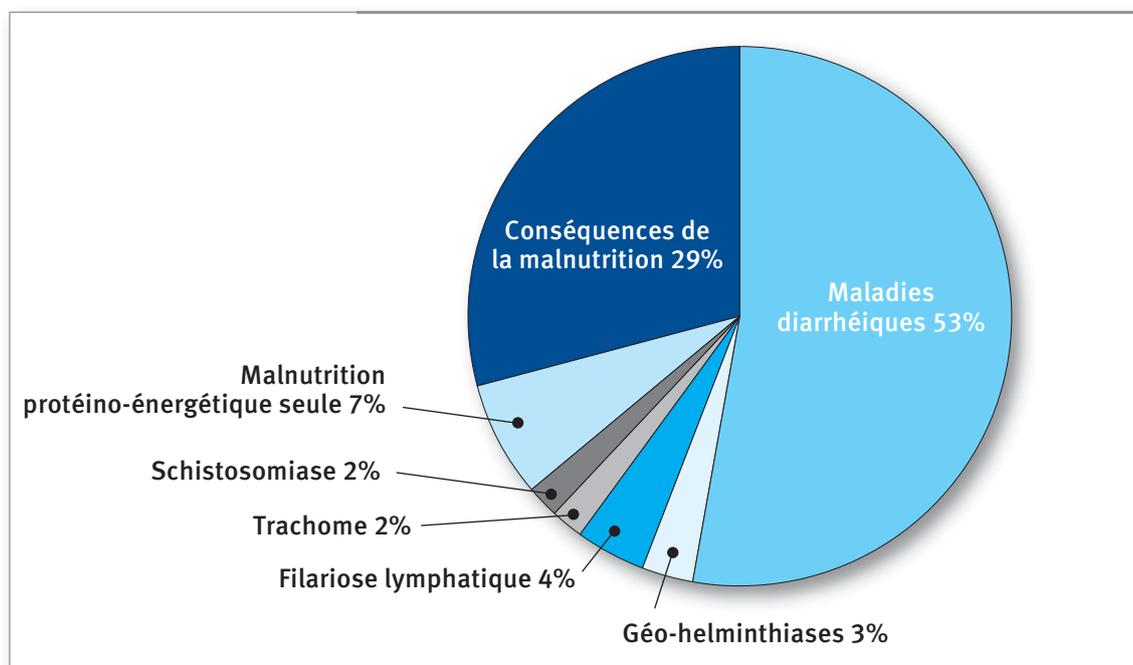
Alo Rani Mondal (au centre), est agent de promotion de l'hygiène dans le bidonville de Kalshi Takar Baa, à Dacca au Bangladesh

Pourquoi s'intéresser à l'hygiène ?

Les maladies

L'accès à l'eau potable, l'assainissement et les pratiques d'hygiène ont un rôle majeur à jouer dans la lutte contre les maladies. On estime qu'à l'échelle de la planète, l'amélioration des services d'AEPHA pourrait réduire de 9,1 % la charge de morbidité (calculée en AVCI – années de vie corrigées de l'incapacité) ou encore 6,3 % de tous les décès (sur la base des données 2008)²⁷. Les maladies diarrhéiques représentent plus de la moitié des maladies qui pourraient être évitées en améliorant l'AEPHA (voir figure 2). Elles contribuent également à la malnutrition, sachant que les individus (en particulier les enfants) risquent alors davantage de développer d'autres maladies. Diverses maladies sont aussi liées aux mauvaises conditions d'AEPHA, comme la schistosomiase (ou bilharziose), le trachome, les géo-helminthiases, et les entéropathies tropicales²⁸.

Figure 2 – Part des différentes maladies (en AVCI) dans la charge totale de morbidité qui pourrait être évitée en améliorant l'AEPHA (données 2008)²⁹



La diarrhée

Si l'on ne peut pas imputer l'**ensemble** des cas de diarrhée aux mauvaises conditions d'AEPHA, les maladies diarrhéiques représentent néanmoins une proportion importante de la charge de morbidité imputable à l'AEPHA et les agents pathogènes responsables de ces maladies se transmettent en premier lieu par voie fécale-orale.

Il est utile de rappeler les statistiques suivantes :

- Les maladies diarrhéiques provoquent le décès d'environ 1,8 million de personnes chaque année³⁰ ;
- Parmi les maladies infectieuses, la diarrhée est la 3^e cause de morbidité et de mortalité, après les infections des voies respiratoires et le VIH/sida³⁰ ;

Les jeunes enfants sont particulièrement touchés :

- Ils représentent 68 % de la charge de morbidité totale due aux maladies diarrhéiques³⁰ ;
- Dans le monde, près de 2,5 milliards d'épisodes de diarrhée sont recensés chez les enfants de moins de cinq ans chaque année. Environ 80 % de ces cas concernent

l'Afrique et le Sud asiatique, comme l'indique la figure 3³¹ ;

- La diarrhée est la seconde cause de mortalité la plus fréquente chez les enfants de moins de cinq ans dans le monde³⁰, et depuis 2010, la première cause de mortalité la plus fréquente chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique sub-saharienne³² ;
- Près d'un décès d'enfant sur cinq est dû à la diarrhée, ce qui correspond à 1,5 million de morts chaque année. Ce chiffre est supérieur au total cumulé des décès provoqués par le sida, le paludisme et la rougeole ;
- Quinze pays seulement comptent 70 % des décès annuels d'enfants de moins de cinq ans imputables à la diarrhée (voir figure 4)³³.

Figure 3 – Plus de 80 % des décès d'enfants imputables à la diarrhée ont lieu en Afrique et dans le Sud asiatique⁴⁰

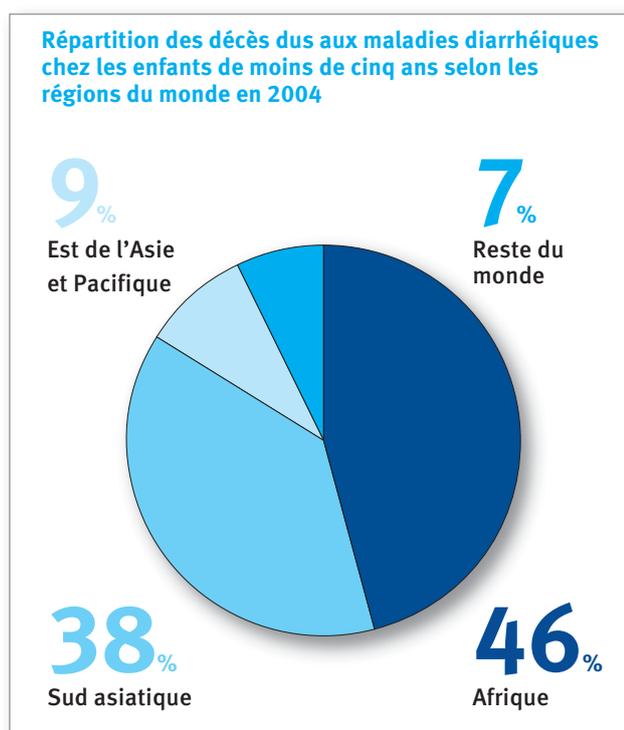


Figure 4 – Près des trois quarts des décès d'enfants imputables à la diarrhée ont lieu dans seulement 15 pays³⁴

| Classement | Pays | Nbre de décès annuels d'enfants provoqués par la diarrhée |
|------------|-----------------|---|
| 1 | Inde | 386 600 |
| 2 | Nigéria | 151 700 |
| 3 | Rép. dém. Congo | 89 900 |
| 4 | Afghanistan | 82 100 |
| 5 | Éthiopie | 73 700 |
| 6 | Pakistan | 53 300 |
| 7 | Bangladesh | 50 800 |
| 8 | Chine | 40 000 |
| 9 | Ouganda | 29 300 |
| 10 | Kenya | 27 400 |
| 11 | Niger | 26 400 |
| 12 | Burkina Faso | 24 300 |
| 13 | Tanzanie | 23 900 |
| 14 | Mali | 20 900 |
| 15 | Angola | 19 700 |

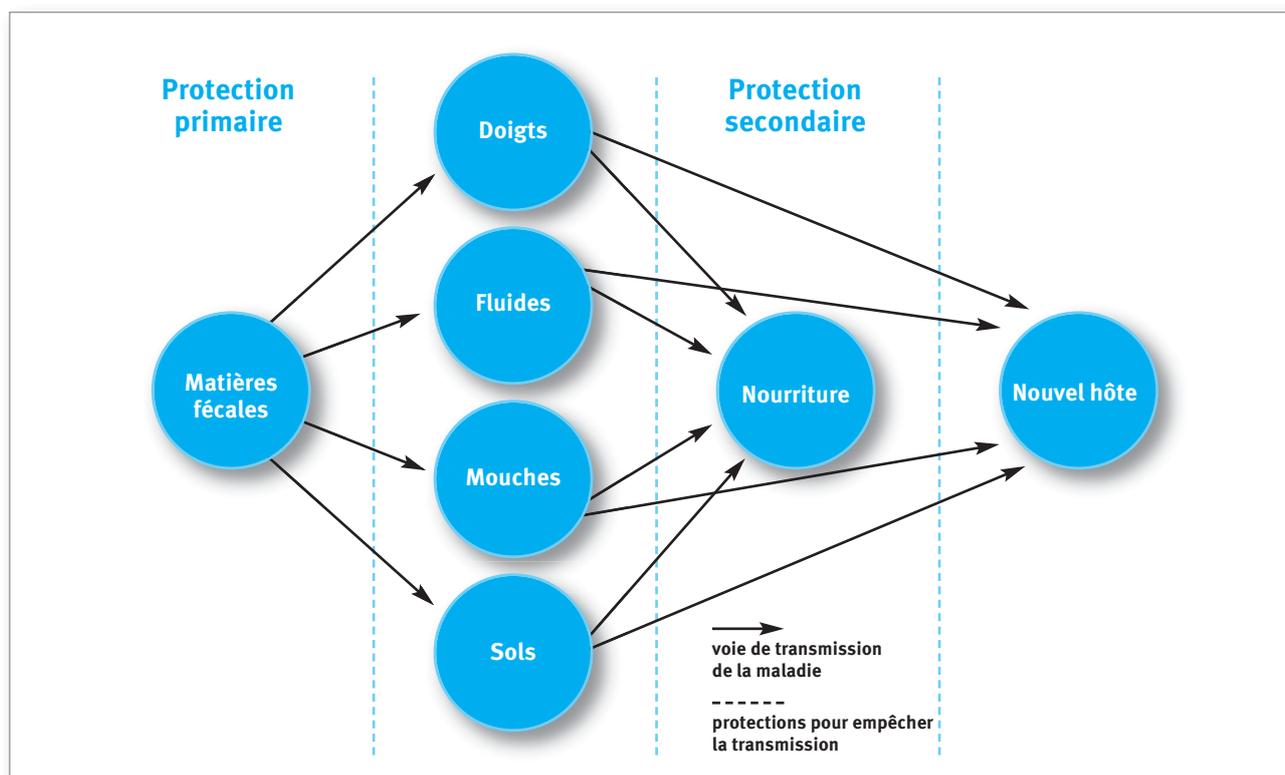
Morbidité et mortalité provoquées par la diarrhée

Le danger immédiat lié à un épisode de diarrhée est la déshydratation et la perte des fluides et des électrolytes. Si des interventions telles que la réhydratation par voie orale ont réduit de manière significative le taux de **mortalité** associé aux maladies diarrhéiques, le taux de **morbidité** n'a pas nécessairement baissé pour autant. Les maladies diarrhéiques ont en effet pour autre conséquence de réduire la capacité normale de l'individu à s'alimenter et à absorber les nutriments, ce qui se traduit par des troubles du développement et du fonctionnement au plan physique et mental, et par un risque accru d'infection. Ces maladies représentent par ailleurs un fardeau considérable du point de vue économique en termes de coûts de santé et de réduction du temps passé à l'école ou à travailler³⁰.

Transmission par voie fécale-orale

Les maladies diarrhéiques sont transmises dans la plupart des cas par des organismes pathogènes (qui provoquent les maladies) présents dans les excréments humains et/ou les déjections animales. Le mécanisme le plus fréquent de transmission de ces agents vers un nouvel hôte est la **voie fécale-orale**. La figure 5 illustre les différentes voies de transmission par le biais desquelles les matières fécales peuvent être ingérées, et les moyens d'empêcher cette ingestion.

Figure 5 – Le diagramme de transmission des maladies³⁵



Il existe cinq vecteurs principaux de transmission des maladies : les doigts, les fluides, les mouches, le sol et la nourriture. Les agents pathogènes présents dans les matières fécales peuvent atteindre un nouvel « hôte » et être ingérés par l'une ou l'autre de ces voies. Ils peuvent par exemple contaminer l'eau qui sera ensuite consommée ou utilisée pour préparer le repas. Les mouches qui se posent sur des matières fécales peuvent ensuite transporter des agents pathogènes sur les lieux où l'on est en train de préparer ou de consommer de la nourriture. De la terre qui contient des matières fécales peut être transportée à la maison par des animaux ou par des personnes, et déposée sans qu'on le sache à l'endroit où l'on prépare les repas ou là où jouent les enfants.

La manière la plus efficace d'éviter la transmission des maladies est de mettre en place des protections primaires et secondaires qui empêchent les agents pathogènes de pénétrer dans l'environnement ou d'atteindre de nouveaux hôtes d'une quelconque manière³⁶.

Les quatre flèches qui partent des matières fécales à gauche du schéma représentent les principales voies qui permettent aux agents infectieux de pénétrer dans l'environnement. Le premier niveau de protection est conçu pour empêcher que cela se produise. Il comprend notamment les mesures suivantes :

- L'élimination des matières fécales « de sorte qu'elles soient isolées de tout contact humain futur (en ayant recours à des latrines, des caniveaux et à l'enfouissement) ;

- L'élimination de toute trace de matière fécale sur les mains après un contact avec des excréta (c'est-à-dire le lavage des mains après être allé aux toilettes) »³⁷.

Le deuxième niveau de protection sont « les pratiques d'hygiène qui empêchent les agents pathogènes des matières fécales présents dans l'environnement (dans les excréments ou sur les mains) de se multiplier et d'atteindre un nouvel hôte »³⁷.

Ce sont en particulier les mesures suivantes :

- Se laver les mains avant de préparer de la nourriture ou de manger ;
- Préparer, faire cuire, stocker et réchauffer la nourriture de manière à éviter la survie et la multiplication des agents pathogènes ;
- Protéger les réserves d'eau de toute contamination fécale, et traiter l'eau en la faisant bouillir ou par chloration ;
- Éviter toute présence de matière fécale dans les espaces domestiques.

Les bienfaits résultant de bonnes pratiques d'hygiène

Les interventions portant sur l'eau et l'assainissement contribuent à réduire la transmission des maladies à plusieurs égards. Par exemple, l'élimination correcte des matières fécales est une première protection contre la contamination de l'environnement. Quand elles sont utilisées à la fois par les adultes et par les enfants, les latrines à fosse peuvent réduire d'au moins 36 % les cas de diarrhée³⁸. Par ailleurs, une eau de meilleure qualité et en plus grande quantité serait associée à une réduction des cas de diarrhée pouvant aller jusqu'à 20 %³⁹.

Pourtant, si la mise en place d'équipements améliorés d'alimentation en eau potable et d'assainissement facilite une bonne hygiène, elle ne suffit pas à réduire à elle seule les taux de morbidité et de mortalité de manière significative. Comme le montrent les statistiques ci-dessous, les bonnes pratiques d'hygiène sont cruciales parce qu'elles ont un plus grand impact sur la santé et garantissent l'utilisation et l'entretien hygiénique des installations⁴⁰.

- Le lavage des mains avec du savon aux moments clés, surtout avant de manger ou après un contact avec des matières fécales, peut réduire les maladies diarrhéiques jusqu'à 47 %⁴¹, la prévalence des infections oculaires comme le trachome et la conjonctivite d'environ 45 %, et les infections respiratoires d'environ 20 %^{42, 43} ;
- De bonnes pratiques d'hygiène peuvent aussi réduire la prévalence des infections respiratoires et cutanées, du trachome cécitant, des parasites intestinaux comme l'*ascaris* et l'ankylostome et des parasites externes comme la gale ou les puces^{44,45}. Des recherches indiquent par ailleurs que le respect d'une bonne hygiène pendant et juste après l'accouchement, en particulier le lavage des mains avec du savon ou un produit équivalent, permet de réduire la mortalité néonatale⁴⁶ ;
- Le lavage du visage et du corps réduit le risque de trachome et de contracter des infections cutanées (bien que les recherches sur cet aspect soient moins nombreuses) ;
- Le manque d'hygiène alimentaire (notamment pour les aliments servant au sevrage des enfants) « a été avancé comme l'une des causes majeures de la diarrhée parmi les populations à faible revenu »^{47,48} ;
- Empêcher les enfants d'être en contact avec les déjections animales et garder le sol propre dans le lieu d'habitation, mais aussi lutter contre les mouches, etc. sont d'autres gestes qui permettent de réduire le risque de contracter des maladies.

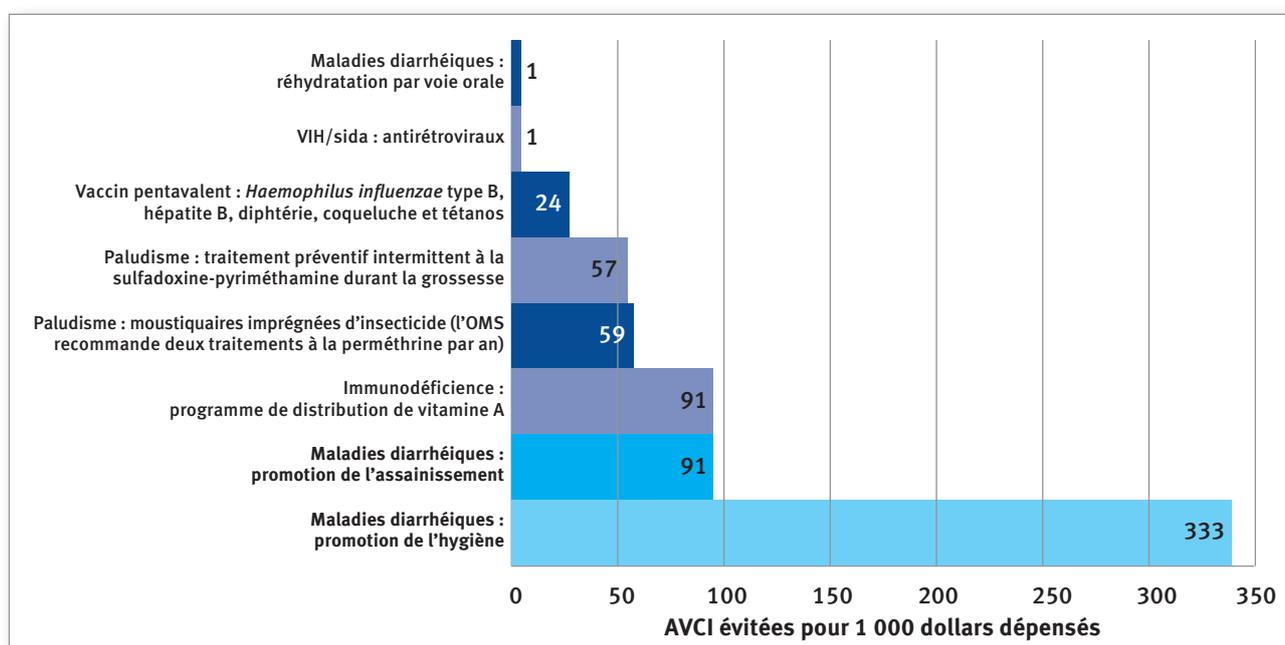


Rali Barik se lave les mains avec de l'eau propre qui vient d'un forage dans la plantation de thé de Lakatoorah, à Sylhet au Bangladesh

Coût-efficacité des actions de promotion de l'hygiène

Il est avéré que la charge de morbidité imputable aux mauvaises conditions d'AEPHA est extrêmement coûteuse pour les ménages et pour les systèmes de santé. On estime que pour les ménages privés d'accès à ces services, les coûts de santé s'élèvent à 340 millions de dollars. Ils se chiffrent à environ 7 milliards de dollars pour les systèmes de santé publics⁴⁹. Parmi toutes les interventions portant sur le secteur de l'AEPHA, la promotion de l'hygiène s'est révélée particulièrement efficace pour réduire la mortalité et la morbidité liées à la diarrhée infantile, et a été identifiée comme l'intervention démontrant le meilleur rapport coût/efficacité (voir figure 6). Selon le projet commun Banque mondiale/OMS dédié aux priorités dans la lutte contre les maladies, la promotion de l'hygiène coûte 3,35 dollars par AVCI évitée, et l'assainissement 11,15 dollars par AVCI évitée, des coûts nettement inférieurs aux interventions beaucoup plus onéreuses que sont les thérapies de réhydratation par voie orale ou l'extension des programmes de vaccination⁵⁰.

Figure 6 – Coût-efficacité des interventions visant à assurer la survie des enfants⁵¹



Les recherches de l'OMS démontrent par ailleurs une forte relation entre « un faible taux de mortalité néonatale et un taux plus élevé de croissance économique » [ce qui semble indiquer que] la croissance économique est plus élevée dans les pays où le taux de mortalité infantile néonatal est plus faible ». D'autre part « une augmentation de 10 ans de l'espérance de vie moyenne à la naissance se traduirait par une hausse de 0,3 à 0,4 % de la croissance économique chaque année »⁵². Cette comparaison établit un lien solide entre l'amélioration des conditions d'AEPHA et les effets positifs au niveau de l'économie (il s'agit cependant d'une relation de corrélation et non de cause à effet).

L'équité et l'inclusion dans la promotion de l'hygiène

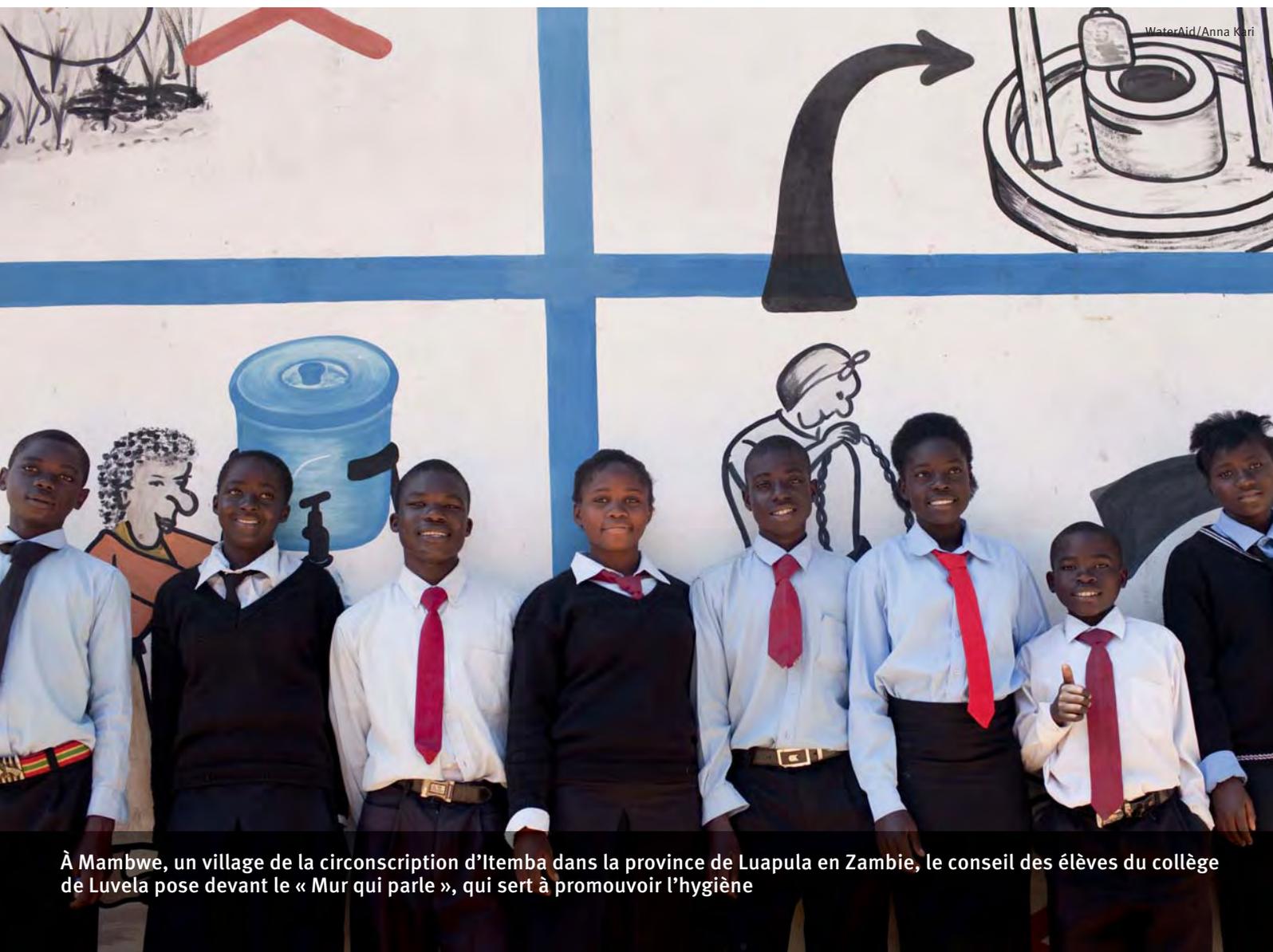
Si les programmes de promotion de l'hygiène se déclinent différemment selon le contexte, ils se doivent d'être « inclusifs », c'est-à-dire adaptés et accessibles à l'ensemble des individus qui composent la société. En se basant sur l'expérience des programmes-pays WaterAid et de leurs partenaires, plusieurs cas de figures et situations où l'hygiène tient une place toute particulière sont présentés ci-dessous. Il ne s'agit pas d'en dresser la liste exhaustive mais plutôt de mettre en avant certaines catégories de population parmi les plus vulnérables ou à risque.

Enfants d'âge scolaire

Les écoles sont des lieux privilégiés de transmission des maladies d'origine fécale-orale, qui sont nuisibles au développement physique et cognitif des enfants. Selon l'OMS, les enfants d'âge scolaire et préscolaire sont particulièrement sensibles aux parasites intestinaux (*ascaris* et *trichuris* notamment) qui, parallèlement à d'autres maladies liées à l'eau et à l'assainissement – dont la diarrhée – peuvent provoquer un fort absentéisme scolaire⁵³.

Mais le milieu scolaire joue aussi un rôle majeur dans la promotion de l'hygiène. Les messages d'hygiène intégrés aux programmes scolaires, les activités organisées au niveau de la communauté locale et les clubs de santé mis en place dans les écoles peuvent être des éléments centraux de la promotion de l'hygiène, parallèlement à la fourniture d'eau potable et à l'installation de sanitaires. Lorsque les enfants sont inclus dans les programmes et en sont des participants actifs, ils peuvent devenir de puissants agents du changement dans leurs familles et dans leur entourage, en transmettant les messages sur les bonnes pratiques d'hygiène. En tant que futurs adultes, ils sont par ailleurs des maillons essentiels pour garantir la pérennité des changements de comportement⁵⁴.

Les approches de promotion de l'hygiène fondées sur la transmission des messages de **l'enfant à l'enfant** ou de **l'enfant à sa communauté** reconnaissent le fait que dans les pays en développement, les enfants se voient souvent confier la responsabilité de s'occuper de leurs frères et sœurs plus jeunes, et exercent de ce fait une influence sur eux et sur les autres membres de la famille par rapport à l'adoption de meilleures pratiques d'hygiène.



À Mambwe, un village de la circonscription d'Itemba dans la province de Luapula en Zambie, le conseil des élèves du collège de Luvela pose devant le « Mur qui parle », qui sert à promouvoir l'hygiène

Prise en charge de l'hygiène féminine

Les recherches consacrées à la prise en charge de l'hygiène féminine montrent que le manque d'installations adaptées pour se laver et se débarrasser des articles d'hygiène menstruelle peut avoir des conséquences significatives sur la santé des femmes et des adolescentes, et affecter le taux de présence à l'école⁵⁵. Les programmes de promotion de l'hygiène doivent par conséquent inclure une composante sur la « mise à disposition aisée et abordable de serviettes hygiéniques et autres articles, ainsi qu'un système pour les éliminer en toute discrétion après utilisation », ainsi que des modifications au niveau de la conception et de la construction des latrines pour aider les adolescentes et les femmes à mieux gérer ce besoin et à bénéficier d'une intimité suffisante pendant leurs règles⁵⁶. Ces aspects doivent être définis par rapport au contexte local pour qu'ils soient appropriés aux pratiques culturelles et intègrent les croyances et les attitudes sur ce sujet⁵⁷.

Le milieu scolaire est mal adapté aux besoins des adolescentes lorsqu'il se caractérise par les éléments suivants :

- L'absence de latrines, ou la nécessité d'utiliser des latrines qui ne sont pas adaptées au niveau de la qualité, de la conception, de la sécurité, de l'intimité ou du fait de leur nombre insuffisant ;
- L'absence d'un point d'eau à l'intérieur des latrines pour pouvoir se laver les mains ou laver un vêtement ;
- L'absence de poubelles adéquates ;
- L'absence d'un endroit adéquat et sûr pour se laver.

Que ce soit en milieu scolaire ou dans des lieux publics ou privés, ce type d'environnement peut entraver de manière significative la possibilité pour les femmes et les adolescentes de maintenir une hygiène satisfaisante pendant leurs règles. Nous devons par ailleurs briser les tabous qui entourent ce sujet pour qu'il soit possible à chacun d'en parler et qu'il soit abordé à l'école.

WaterAid a élaboré un guide consacré à la prise en charge de l'hygiène féminine en collaboration avec l'Unicef, Share et Save the Children¹⁶. Il réunit des exemples de bonnes pratiques, apporte des informations à l'usage des professionnels de différents secteurs sur l'intégration de l'hygiène féminine dans leurs activités, et propose des conseils aux professionnels du secteur de l'AEPHA sur la façon de se saisir de cette question, et de plaider pour qu'elle soit prise en compte.

Promotion de l'hygiène à destination des hommes

L'hygiène est souvent considérée comme un domaine réservé aux femmes et aux jeunes filles. Pourtant les hommes, les femmes, les filles et les garçons ont des besoins différents en matière d'hygiène et des rôles distincts à jouer s'agissant de promouvoir les changements de comportement au niveau familial et communautaire. Comme ce sont souvent les hommes qui prennent les décisions et qui contrôlent le budget des ménages, il est essentiel qu'ils soient impliqués en incitant tous les membres de la famille à modifier leur comportement. Pourtant les programmes se contentent le plus souvent d'exiger des résultats basés sur l'impact sur les femmes et les enfants, et on connaît peu les outils qui existent pour s'adresser aux hommes. Identifier de ce qui motive les hommes, comment et où les cibler, comment trouver les ressources pour les inclure dans les programmes de promotion de l'hygiène, comment aider les agents chargés de promouvoir la santé et l'hygiène, tous ces aspects sont importants. L'ONG népalaise NEWAH (Nepal Water for Health) a été l'une des premières organisations à inclure spécifiquement les hommes dans ses programmes de promotion de l'hygiène⁵⁸. Les enseignements tirés de cette expérience et de celle d'autres actions menées peuvent contribuer à une plus grande inclusion des hommes dans ces initiatives, et permettre ainsi un changement positif et durable des comportements.

Personnes atteintes du VIH/sida⁵⁹

L'hygiène est une question cruciale tant pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida que pour leurs familles ou leurs aidants. Les infections les plus fréquentes qu'elles contractent sont la diarrhée et les maladies de la peau. Le risque de contracter ces maladies peut être réduit grâce à des pratiques d'hygiène telles que le lavage des mains avec du savon ou une alternative acceptable aux moments clés, et le lavage du visage et du corps.

Pour ces personnes, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement est essentiel dans la mesure où leurs besoins en eau sont souvent plus urgents, en termes de quantité et de qualité. L'eau potable est indispensable pour prendre les médicaments, sachant par ailleurs qu'il faut consommer au moins 1,5 litre d'eau par jour et s'alimenter de manière suffisante pour que les traitements antirétroviraux soient efficaces. De plus, si une maman ne peut pas allaiter son enfant parce qu'elle est séropositive, l'accès à l'eau potable et son utilisation dans de bonnes conditions d'hygiène seront importants pour nourrir le bébé.

Les personnes qui vivent avec le VIH/sida sont souvent dans des situations précaires parce qu'elles ont besoin de soins, sont davantage sujettes aux infections et ne sont pas nécessairement en capacité de continuer à avoir une activité rémunérée. La stigmatisation qui accompagne le VIH/sida peut conduire à les marginaliser ou à les exclure encore davantage. Les filles et les femmes sont affectées de manière disproportionnée par cette épidémie parce que ce sont souvent elles qui prennent soin des personnes porteuses du VIH ou atteintes du sida ou des enfants rendus orphelins par la maladie.

Personnes handicapées et âgées

Les équipements et les comportements liés à l'hygiène sont d'une importance critique pour les personnes handicapées ou âgées. Le manque d'hygiène peut lui-même provoquer un handicap (comme le trachome si on se lave mal le visage), et ce sont des personnes particulièrement vulnérables aux infections. Elles peuvent aussi avoir des difficultés à accéder aux campagnes de promotion de l'hygiène ou être exclues des activités communautaires à cause de la stigmatisation. Les programmes de promotion de l'hygiène doivent donc être attentifs aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap et aux plus âgés, les inclure et reconnaître la marginalisation dont souffrent souvent ces populations de sorte que chaque individu puisse avoir de bonnes pratiques d'hygiène, mais aussi accéder aux installations et les utiliser de manière hygiénique. Les activités de promotion de l'hygiène doivent être accessibles à tous et inclure des messages sur la stigmatisation et sur la façon dont l'hygiène peut contribuer à éviter les handicaps. Les aidants doivent être particulièrement impliqués dans ces programmes.

Promotion de l'hygiène en situation d'urgence

En situation d'urgence, les bons comportements liés à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement sont souvent perturbés pendant une période plus ou moins longue. Lorsque survient une catastrophe naturelle (qui se déclenche lentement et progressivement, comme une sécheresse, ou rapidement comme un cyclone ou un tremblement de terre) ou d'origine humaine (liée à des troubles politiques), les populations affectées sont généralement beaucoup plus vulnérables aux maladies et aux décès qui peuvent en résulter (les maladies diarrhéiques tout particulièrement), souvent à cause des conditions d'assainissement inadéquates, de la consommation d'eau non potable et d'une mauvaise hygiène. En tant que composante à part entière des programmes d'urgence pour l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, la promotion de l'hygiène est un élément particulièrement important pour réduire la propagation des maladies.

Le projet Sphère a publié un guide consacré aux urgences humanitaires qui définit les standards minimums ainsi que des indicateurs et des recommandations concernant

l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et la promotion de l'hygiène dans ces situations⁶⁰. Le standard minimum relatif à la promotion de l'hygiène prévoit que « tous les équipements et ressources mis en place reflètent la vulnérabilité, les besoins et les préférences de la population concernée [et] l'implication des usagers dans la gestion et l'entretien des équipements relatifs à l'hygiène le cas échéant »⁶¹. D'autres renseignements sur la promotion de l'hygiène dans les situations d'urgence humanitaire seront inclus dans un cadre directeur de WaterAid consacré à ce sujet qui sera prochainement publié⁶².

Autres groupes à risque

D'autres segments de la population peuvent être particulièrement à risque selon le contexte et il existe des cas de figure spécifiques. La conception du programme devra tenir compte de ces éléments. Parmi les groupes à risque, on peut citer les populations nomades qui pratiquent le pastoralisme, les mamans, les enfants de moins de cinq ans, les populations qui pratiquent certaines religions ou sont issus de groupes ethniques spécifiques, et les enfants non-scolarisés. Les méthodes les plus efficaces pour communiquer avec ces populations varieront et pourront par exemple s'appuyer sur la promotion de l'hygiène dans les structures de santé et d'autres lieux publics.

Par ailleurs, les programmes de promotion de l'hygiène seront conçus de manière différente selon qu'ils concernent le milieu urbain, rural, une petite ville ou une autre situation. Les modes et outils de communication varieront également en fonction de la densité de population et du nombre d'habitants, du niveau de sensibilisation, de l'accès aux articles d'hygiène (serviettes hygiéniques, savon, etc.), de l'organisation de l'habitat, des pratiques à risque et du profil des maladies.



WaterAid/GMB Akash/Panos

Debashish, le fils de Geeta Guala, présidente du comité d'AEPHA joue à un jeu de promotion de l'hygiène avec ses amis, à la plantation de thé de Lakatoorah, à Sylhet au Bangladesh

Les différentes approches employées pour promouvoir l'hygiène⁶³

Un programme de promotion de l'hygiène peut être élaboré et mis en œuvre de différentes manières. Il est aujourd'hui admis que le fait « d'éduquer » les individus pour qu'ils adoptent de bonnes pratiques d'hygiène au motif que c'est bon pour la santé ne permettra généralement pas de modifier durablement les comportements. Dans nombre de cas, le fait de connaître les liens entre hygiène et santé ne suffit pas pour modifier les comportements. Les activités de promotion de l'hygiène doivent par conséquent s'appuyer sur les principaux facteurs de motivation comme leviers pour modifier les comportements, quels que soient ces leviers dans la population ou la région concernée (le prestige, le désir de protéger les autres ou la recherche d'intimité).

Les approches de promotion de l'hygiène sont généralement réparties en deux groupes distincts :

- Les approches participatives, communautaires, qui visent le « 100 % assainissement » (y compris l'élimination adéquate des matières fécales grâce à des systèmes d'assainissement adaptés) ;
- Les approches marketing.

Ces deux groupes peuvent se recouper, différents éléments de chaque approche pouvant être combinés pour répondre à des contextes spécifiques⁶⁴.

Les approches participatives communautaires

Ces approches de promotion de l'hygiène ont été développées suite au succès mitigé des méthodes didactiques initiées depuis l'extérieur qui étaient mises en œuvre dans le cadre des programmes de développement. Les approches participatives s'inspirent au contraire de l'anthropologie, de la sociologie et de la psychologie, et permettent aux intervenants et aux pouvoirs publics de « travailler avec les habitants pour arriver à la mise en place de solutions durables et acceptables pour résoudre les problèmes de développement »⁶⁵. Elles visent à renforcer « l'amour-propre et un sentiment de responsabilité par rapport à ses propres décisions » tout en facilitant le processus de décision à l'échelle communautaire⁶⁶. Ces méthodologies ne sont pas spécifiques au secteur de l'AEPHA et sont souvent employées dans d'autres domaines du développement.

SARAR

La plupart des approches couramment utilisées aujourd'hui sont basées sur une série de principes de base définis dans le cadre d'une méthode baptisée SARAR. L'objectif de cette méthode est d'encourager les participants à analyser les problèmes, en les aidant ensuite à développer leur propre capacité à imaginer les moyens de les résoudre, à planifier ce qu'il faut faire et à évaluer les résultats. La méthode SARAR s'appuie sur les principes suivants, qui sont considérés comme des conditions minimums pour garantir la participation active des habitants :

- *Self-esteem* – l'estime de soi, qui se construit en participant activement ; il s'agit de se valoriser en tant qu'individu et de prendre conscience de son importance dans l'évolution du monde qui nous entoure ;
- *Associative strength* – la force du groupe, la capacité à travailler ensemble à la concrétisation d'une vision commune par le respect mutuel, les efforts communs et la confiance en l'autre, ce qui conduit à de meilleures décisions ;
- *Resourcefulness* – ingéniosité ; les habitants sont pleins de ressources quand il s'agit de prendre des initiatives et de trouver des solutions aux problèmes qui les concernent ;
- *Action planning* – planification des actions ; les habitants engagent une analyse critique et trouvent des solutions créatives pour agir ; ils ne sont pas des bénéficiaires passifs et chaque personne a un rôle important à jouer ;
- *Responsability* – responsabilisation concernant les résultats auxquels les habitants souhaitent parvenir et à propos desquels ils se sont engagés⁶⁵

Différentes formes de participation³⁹

Le terme « participation » peut avoir plusieurs significations. Dans « *Hygiene evaluation procedures. Approaches for assessing water and sanitation-related hygiene practices* » Almedom et al identifient p. 6 **trois modes de participation**, selon que celle-ci a pour but la collecte de données, la consultation ou l'interaction.

La participation à but d'**extraction des données** se définit comme une démarche dans laquelle les individus participent en répondant à des questions posées par les chercheurs ou les personnels des programmes, mais sans avoir l'opportunité d'influencer le déroulement du processus.

Les processus **consultatifs** font en sorte que les individus soient consultés, mais ce sont les chercheurs et les personnels des programmes qui identifient les problèmes et les solutions, ces éléments pouvant être modifiés à la lumière des réponses apportées par les participants. Les habitants ne sont pas impliqués dans les décisions et les professionnels ne sont pas obligés de partager le point de vue des participants.

Lorsque la participation est **interactive**, les individus participent à une analyse commune, qui mène à des plans d'action et à la création de nouvelles structures locales ou au renforcement des structures existantes. Cette forme de participation nécessite de solliciter différents points de vue et d'avoir recours à des processus de capitalisation systématiques et structurés. Les individus contrôlent les décisions locales et ont donc un intérêt à préserver les structures ou les pratiques adoptées.

Les principes SARAR servent à renforcer « les individus et les groupes en tant que ressource majeure du changement à la fois au niveau de la prise de décision et de la planification »⁶⁷. Ils sont censés contribuer au renforcement des aspects détaillés plus haut – en particulier à l'échelle communautaire – et au développement de la capacité à se prendre en main et à s'autogérer, en améliorant par ailleurs la qualité de la participation de toutes les parties prenantes.

Développée à l'origine pour être utilisée en milieu rural, la méthodologie SARAR a été adaptée au contexte urbain et appliquée à différents secteurs. Elle est jugée particulièrement utile lorsque des obstacles importants ont été identifiés⁶⁸. Mais elle peut être limitée par la résistance à l'utilisation de techniques qualitatives et de visualisation, et dépend de la compétence des animateurs⁶⁸.

Les principes SARAR servent fréquemment de base à l'élaboration d'autres approches.

ERP – Évaluation rurale participative

L'évaluation rurale participative (ERP) est fondée sur les techniques utilisées pour les *Rapid rural appraisals* (RRA), une méthodologie de recherche-évaluation simple, rapide et peu coûteuse développée dans les années 70. Née des préceptes de l'anthropologie sociale, elle repose sur des recherches axées sur l'écoute, l'association de méthodes itératives (visuelles) et la vérification des données par « triangulation », c'est-à-dire en recoupant les informations obtenues de différentes sources. Les techniques utilisées sont diverses : observation, participation, entretiens, questionnaires rapides, cartes ou encore rapports instantanés. Si ces techniques peuvent être efficaces, le RRA reste un processus essentiellement axé sur le recueil de données, piloté par des intervenants externes⁶⁹.

L'ERP s'appuie sur les techniques du RRA mais les utilise de manière participative afin de garantir l'appropriation du processus par les habitants, au lieu de chercher à collecter

des données. Les outils les plus fréquemment utilisés en ERP sont les tableaux de hiérarchisation des problèmes/solutions, les cartographies et modélisations sociales ou des ressources, les classements par niveau de revenu et les systèmes de tri à l'aide de cartes ou de symboles. L'ERP doit chercher à inclure tous les habitants pour garantir la participation des plus marginalisés⁷⁰. Tout comme dans la méthodologie SARAR, les compétences de l'animateur ont une grande importance en ERP, ce qui signifie que cette méthode est coûteuse en ressources humaines et exige que les participants y consacrent du temps. Mais, comme elle encourage la participation de chacun et s'appuie sur des outils interactifs qui permettent à un individu de participer quel que soit son niveau d'éducation, elle est considérée comme inclusive, d'un bon rapport coût/efficacité et efficiente⁷⁰.

La méthodologie PHAST – Une approche participative pour modifier les pratiques d'hygiène et d'assainissement

Basée sur les principes SARAR, la méthodologie PHAST (*Participatory hygiene and sanitation transformation*) est une approche participative élaborée spécifiquement pour le secteur de l'AEPHA. Selon cette approche, à mesure que les habitants prennent conscience de leur situation au sujet de l'eau potable, de l'hygiène et de l'assainissement par le biais d'activités participatives, ils acquièrent les outils pour développer et mettre en œuvre leurs propres plans afin d'améliorer la situation. Les habitants prennent ainsi confiance en eux et ont leur mot à dire sur ce qu'ils veulent ou ne veulent pas. On s'assure ainsi que les solutions mises en place répondent aux besoins, et que des activités appropriées de suivi-évaluation peuvent être effectuées par la suite.



WaterAid/Layton Thompson

Réunion d'une association de femmes sur le thème des bonnes pratiques d'hygiène à Touna, dans le cercle de Bla au Mali

L'approche PHAST encourage la modification des comportements dans les familles, les villages et les écoles, en s'appuyant sur les langues, les situations et les perceptions locales. Elle comprend sept étapes dont l'objectif est de faciliter le processus de planification participatif des habitants. Chaque étape comprend une à quatre activités différentes grâce auxquelles le groupe cherche à mieux planifier ce qui doit être fait à propos de l'eau et des installations sanitaires⁷¹. La figure 9 page 43 détaille ces différentes étapes et les activités et outils utilisés pour faciliter le processus.

Pour que la démarche PHAST soit totalement **interactive**, on doit faire appel à des animateurs compétents et expérimentés, et prévoir une formation approfondie des agents communautaires aux techniques participatives, ce qui suppose une solide structure d'encadrement au niveau de l'organisation. Toutefois, avec des conseils et un accompagnement avisés, les agents communautaires peuvent devenir des atouts précieux et durables d'un programme, et au sein de la population locale⁷¹. C'est une approche qui peut prendre un certain temps à cause des exercices participatifs, ce qu'il faut bien expliquer aux participants avant de la mettre en œuvre⁷¹.

La méthodologie PHAST a été le principal outil utilisé pour la promotion de l'hygiène dans de nombreuses organisations (dont une grande partie des programmes-pays WaterAid) mais ce n'est pas la seule approche envisageable. Certains éléments de cette méthodologie ont été repris pour élaborer d'autres approches, l'objectif étant de s'assurer que le programme correspond le mieux possible au contexte.

ATPC – Assainissement total piloté par la communauté

L'assainissement total piloté par la communauté (ou ATPC) est une approche qui, dans sa version la plus épurée, ne comprend aucune aide matérielle. Grâce à des méthodologies participatives, elle aide les populations à prendre conscience des problèmes que posent la défécation à l'air libre et à décider ensemble des actions à mener pour atteindre le statut « Fin de la défécation à l'air libre » ou FDAL. À travers des activités comme la cartographie communautaire, les parcours d'observation sur le terrain (transects), ou en abordant la question par le langage et les différentes manières dont on parle localement de la « merde », l'objectif est de faire naître un dégoût par rapport à la défécation à l'air libre, et donc de déclencher chez les habitants la volonté d'améliorer les pratiques liées à l'assainissement pour arriver au statut FDAL. Bien que l'accent soit mis sur la fin de la défécation à l'air libre, cette démarche peut aussi avoir un impact sur les autres comportements liés à l'hygiène.

L'ATPC encourage les individus à modifier leurs comportements sans leur dire exactement comment s'y prendre. Comme cette méthodologie ne s'appuie pas sur des subventions pour s'équiper ou sur la mise en place de services par des intervenants externes, elle permet de garantir que les habitants trouvent des solutions abordables, disponibles localement et adaptées. Elle peut aussi renforcer la capacité d'action des leaders locaux et être utilisée pour résoudre d'autres problèmes liés au développement, tant au niveau de la communauté ciblée que dans d'autres communautés⁷¹.

L'approche ATPC affiche un bilan mitigé. Elle a donné d'excellents résultats en Asie (où elle est née et a été mise en œuvre pour la première fois) mais elle a été jugée un peu trop brutale dans certaines régions d'Afrique si bien que les messages ont dû être modifiés pour « créer des facteurs déclenchants qui ne jouent pas de manière excessive sur la honte et le dégoût ». On pourra se référer au cadre directeur de WaterAid consacré à l'assainissement⁷² pour de plus amples informations. Dans certains cas, les habitants ont moins bien réagi à l'ATPC quand il a fait suite à des campagnes de subventions menées précédemment. Il est donc important que l'ATPC soit mis en œuvre en tenant compte du contexte local. Comme c'est le cas pour tous les processus participatifs, il est

essentiel de faire appel à des animateurs compétents pour accompagner les exercices visant à déclencher le changement d'attitude parmi les habitants.

CSC – Clubs de santé communautaires^{73, 74}

Les clubs de santé communautaires sont des associations auxquelles chacun peut adhérer gratuitement et dont l'objectif est d'améliorer la santé publique localement. Les objectifs de santé publique sont donc des aspects fondamentaux de cette démarche qui cherche à lutter contre les causes sous-jacentes du manque d'hygiène et d'accès à un assainissement adéquat. Les membres se réunissent régulièrement, les réunions étant pilotées par des agents de santé qui ont été formés aux activités participatives liées à la promotion de la santé. Les réunions s'adressent à tous les habitants, les participants étant encouragés à mettre en pratique ce qu'ils ont appris sous forme de petits exercices à faire à la maison ou par des visites de suivi à domicile.

La réussite de ces clubs de santé tient au fait qu'ils sont basés sur le lien social et sur l'émulation, et impliquent un respect croissant pour les autres. Cette approche s'est par ailleurs avérée efficace en termes de développement des connaissances, de gain au niveau du statut social et de création d'opportunités de gagner des revenus grâce à un meilleur état de santé. Elle ne nécessite pas de savoir lire et peut par ailleurs renforcer la place des femmes au sein de la famille et de la communauté. Elle permet enfin de réduire la charge de travail des agents de santé et établit un lien institutionnel important entre les membres du club et les autorités.

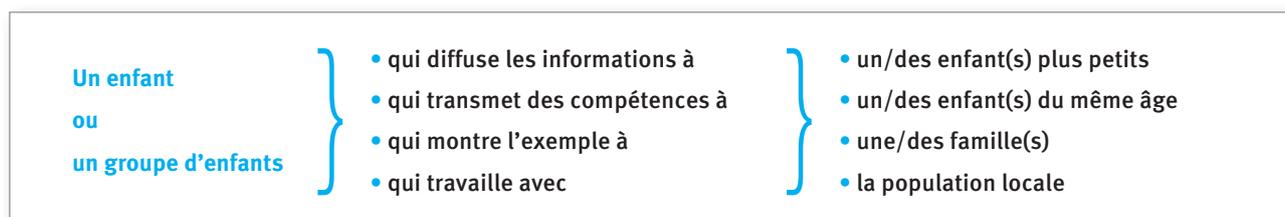
De l'enfant à l'enfant

Cette approche est définie comme « une approche fondée sur les droits basée sur la participation des enfants à la promotion de la santé et au développement »^{75, 76}. Elle s'appuie sur le principe que les enfants peuvent être les agents du changement et promouvoir la santé pas seulement au plan individuel mais aussi auprès des autres, dans leurs écoles ou leurs communautés. Les enfants ont souvent la responsabilité de s'occuper de leurs frères et sœurs plus jeunes, mais aussi d'aller chercher l'eau et de faire le ménage. Ils représentent donc un vaste potentiel de sensibilisation à l'hygiène dans leur famille, à l'école et au niveau de leur communauté locale.

L'approche « de l'enfant à l'enfant » implique les enfants en faisant appel au défi, par le jeu et en suscitant leur intérêt, tout en veillant à ce que les messages d'hygiène et les pratiques qui s'y rapportent soient assimilés. Elle aide les enfants à comprendre les problèmes liés au développement et les bons comportements, et leur permet d'identifier les questions de santé/de développement qui sont prioritaires pour eux et pour leur entourage⁷⁷. L'approche est ancrée dans la convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant, et fait souvent partie de programmes plus globaux de santé et/ou d'AEPHA. Elle a eu un impact particulier dans le cadre de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé dans les écoles et auprès des enfants vivant dans des zones affectées par le VIH/sida ou des conditions difficiles, et en lien avec le développement précoce des enfants.

En dépit de la réussite constatée, certains s'inquiètent du fait que l'approche puisse mener à ce que les enfants soient exploités plutôt qu'encouragés à devenir autonomes, et que la méthode enseignant/apprenant soit axée sur l'enseignant, d'où la nécessité d'une formation efficace.

La figure 7 permet de visualiser la façon dont les enfants peuvent agir pour améliorer leur propre état de santé et celui de ceux qui les entourent.

Figure 7 – Structure de l'approche « enfant à enfant »⁷⁸

Les approches marketing

Dans le contexte de ce document, on s'intéresse aux approches dites de marketing social, c'est-à-dire « l'utilisation d'outils issus du marketing commercial pour promouvoir l'adoption d'un comportement qui permet d'améliorer la santé ou le bien-être du public visé ou de l'ensemble de la société »⁷⁹. Il s'agit d'associer la création d'une demande et les solutions pour y répondre dans le but d'obtenir un bénéfice pour la société. Il faut pour cela que le public visé soit désireux de modifier son comportement et qu'il soit en mesure de le faire.

Le **marketing social** s'appuie sur quatre principes simples issus du marketing :

- le produit (un objet ou une prestation, comme un endroit pour se laver les mains, un service ou une pratique/un comportement) ;
- le prix (le prix du savon peut par exemple avoir un impact sur le nombre de personnes qui utilisent du savon pour se laver les mains ; il sera peut-être nécessaire de le subventionner pour que les usagers les plus pauvres ou vulnérables puissent y avoir accès) ;
- la distribution (les usagers doivent pouvoir se procurer les produits) ;
- la promotion (pour encourager l'adoption d'un comportement donné).

On y ajoute parfois d'autres principes, comme les politiques publiques qui visent à faciliter l'adoption d'un comportement donné (une politique qui stipule que toutes les écoles doivent être équipées de lave-mains par exemple).

Le marketing social s'intéresse donc à la façon dont se combinent les techniques commerciales et la stimulation de la demande, l'objectif étant de prendre en compte à la fois le volet Demande et le volet Offre pour modifier les comportements liés à l'hygiène. Alors que l'ATPC dans sa version initiale se focalise principalement sur la demande, les approches comme la TSSM (approche Assainissement total et marketing social de la Banque mondiale) décrite plus loin reposent sur des interventions qui jouent à la fois sur la demande et sur l'offre. Dans le contexte d'un programme de promotion de l'hygiène, l'idée maîtresse qui prévaut est que pour que le changement de comportement ait lieu, il faut également prendre en compte la question du prix et de la disponibilité des produits nécessaires. (Pour ce qui concerne l'hygiène, il peut s'agir de la disponibilité et du prix du savon ou l'existence d'un endroit pour se laver les mains).

Les approches de marketing social étant axées sur la création de la demande et la mise en place d'activités commerciales pour fournir les produits qu'elle engendre, elles peuvent rencontrer des difficultés en l'absence d'une culture d'entreprise fermement ancrée dans les pratiques, et elles ne réussiront pas forcément à atteindre les plus pauvres qui n'ont pas toujours la possibilité de dépenser les sommes nécessaires.

Plusieurs grandes initiatives de marketing social sont à l'essai dans différents pays. Elles s'appuient sur un message simple et unique qui vise à modifier un comportement spécifique.

La campagne « Saniya » de communication sur l'hygiène en est un exemple. Elle est axée sur le lavage des mains après tout contact avec les matières fécales et sur l'élimination hygiénique des excréments des enfants, et repose sur des informations fournies par les usagers eux-mêmes, si bien que les messages reflètent leurs priorités et leur logique. Les messages sont relayés par la radio, le théâtre de rue et des visites à domicile. La campagne porte sur un nombre limité de messages, ce qui augmente la probabilité que les usagers intègrent le message et modifient leur comportement. Si les recherches préliminaires nécessaires peuvent être adaptées en fonction des différents contextes, elles doivent cependant faire appel à des personnels expérimentés, d'autant plus que cette approche s'appuie sur plusieurs axes de promotion, de la communication de masse aux visites à domicile, ce qui nécessite des moyens d'évaluation relativement importants⁸⁰.

Autre exemple de marketing social, le Partenariat public-privé pour le lavage des mains avec du savon. Cette démarche associe « d'un côté l'expertise marketing et l'orientation client de l'industrie du savon et de l'autre la puissance institutionnelle et les moyens de l'État pour forger un partenariat qui bénéficiera à l'ensemble de la population »⁸¹. Elle vise en priorité les publics à risque (les personnes défavorisées, en particulier les mamans et les enfants) et réunit les compétences du secteur public et du secteur privé ainsi que celles des partenaires du développement, notamment au niveau de la conception et de la mise en œuvre de la composante « Communication de masse » des campagnes en faveur du lavage des mains. Mais une campagne de grande ampleur nécessite de gros moyens pour constituer les équipes nécessaires. Par ailleurs, les partenariats public-privé peuvent tarder à donner des résultats et il peut y avoir des résistances quant à l'implication du secteur privé⁸².

Dernier exemple, l'approche « Assainissement total et marketing social » de la Banque mondiale (TSSM) qui se focalise comme les autres approches marketing sur la création de la demande mais en y associant le développement de l'accès aux produits et aux services liés à l'hygiène, et ce à grande échelle. Comme le souligne le cadre directeur de WaterAid sur l'assainissement⁴, « cette approche vient compléter le déclenchement de l'ATPC à l'aide d'une stratégie de communication sur le changement de comportement élaborée sur la base des recherches préliminaires et sur un programme d'amélioration des équipements fondé sur des études de marché. Cela signifie que le programme est conçu pour répondre aux différentes demandes des ménages en fonction de leurs systèmes d'assainissement existants et de leurs ressources, et par conséquent qu'ils pourront progressivement améliorer leurs installations avec le temps (un facteur important de pérennité) »⁴. Dans la mesure où elle tient compte de la composante offre, cette approche peut créer les motivations pour adopter de bonnes pratiques d'hygiène par la commercialisation des produits liés à l'hygiène comme les lave-mains ou le savon. Elle permet de soutenir à la fois les financements publics de sorte que le marketing social ait des effets bénéfiques en termes de santé publique, mais aussi les investissements privés pour la construction de latrines, ce qui est un plus pour les ménages⁸³. L'une des limites de cette approche tient au fait qu'elle ne permettra pas nécessairement de toucher les ménages les plus pauvres parmi les pauvres.

Les processus de marketing social s'appuient sur les études de marché, la définition des buts et objectifs du programme, l'identification et le développement des produits, la mise en place des mécanismes de distribution, la conception des messages et des supports, la mise en œuvre de la campagne, le suivi et le retour d'expérience. Nombre de ces approches étant actuellement à l'essai, elles devront être étudiées plus avant et accompagnées d'un développement des compétences.

Les éléments matériels de la promotion de l'hygiène

Si les composantes sociales des processus de promotion de l'hygiène restent des éléments clés des programmes, d'autres aspects comme l'accès aisé au savon pour se laver les mains ou à d'autres produits susceptibles de faciliter de bonnes pratiques d'hygiène ont également une grande importance. « Les produits facilitateurs peuvent jouer sur l'opportunité qui est offerte à un individu d'avoir un comportement donné, quelles que soient son aptitude ou sa motivation à agir »⁸⁴. En rapport avec le lavage des mains, ces produits peuvent être les « tippy-taps » (pour stocker et réguler une quantité d'eau suffisante), les filets à savon, les savons équipés d'une ficelle ou les porte-savons (pour poser et stocker le savon ou son équivalent local). Ils peuvent être mis à disposition à la maison, dans un lieu public comme une école ou à un point d'eau, le but étant de trouver l'eau et le savon au même endroit⁸⁵. L'apparence de ces produits facilitateurs peut aussi avoir une influence sur le fait qu'ils seront utilisés ou non ; leur conception doit donc prendre en compte la façon dont les usagers les utilisent et leurs préférences.

WaterAid/Caroline Irby



Mr Massabidi se sert d'un « tippy-tap » pour se laver les mains, à Miggoda, près de Gombe, district de Wakiso, en Ouganda

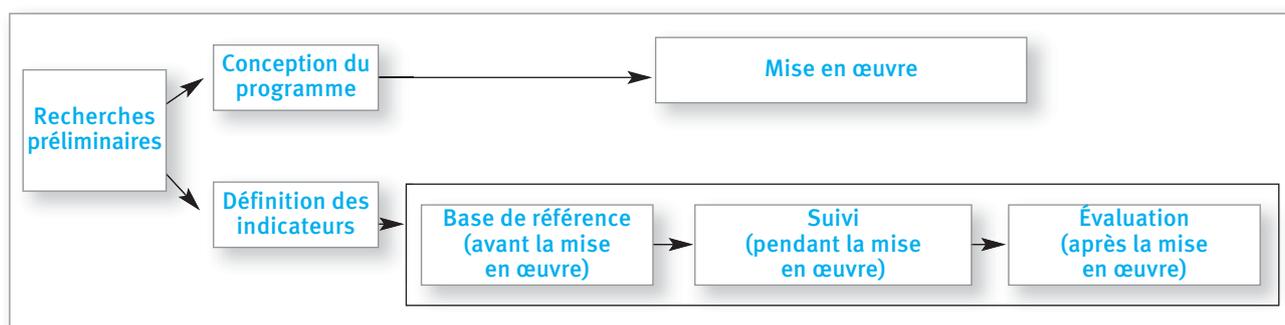
Suivi-évaluation

Le suivi-évaluation des programmes de promotion de l'hygiène est essentiel pour mesurer la progression enregistrée par rapport aux objectifs du programme, et décider d'une éventuelle réorientation des activités ou d'une modification des axes prioritaires. Ce chapitre synthétise nos connaissances sur les principaux éléments du suivi-évaluation.

Quels aspects doivent être évalués ?

Avant de débiter un programme de promotion de l'hygiène, des recherches préliminaires doivent être effectuées pour comprendre les croyances et les pratiques existantes ainsi que les questions d'ordre culturel, politique ou économique qui doivent en guider la conception. Les conclusions de cette phase exploratoire doivent contribuer à la formulation des indicateurs de résultat du programme (qui peuvent être qualitatifs et quantitatifs). Les données nécessaires au calcul de ces indicateurs seront ensuite recueillies lors d'une étude de référence menée avant la mise en place du programme (le suivi-évaluation spécifique aux interventions de WaterAid est abordé dans la 4^e partie de ce document consacrée aux principes directeurs relatifs à la promotion de l'hygiène). On peut ainsi mesurer la progression par rapport aux données de départ à différents intervalles de temps en appliquant les mêmes méthodes et outils de recueil des données que ceux qui ont été utilisés pour l'étude de référence.

Figure 8 – Cycle programmatique des activités de promotion de l'hygiène menées par WaterAid



Bien que l'objectif ultime d'un programme de promotion de l'hygiène soit de réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies liées à l'eau et à l'assainissement, il est relativement difficile d'établir un lien de cause à effet entre la mise en œuvre d'un tel programme et la réduction des maladies, parce que la prévalence de ces maladies peut être influencée par de nombreux autres facteurs. C'est pourquoi on considère que les **indicateurs indirects** sont une alternative acceptable pour effectuer le suivi-évaluation des programmes de promotion de l'hygiène. Un indicateur indirect peut par exemple être la présence de lave-mains avec du savon dans une communauté donnée, et les éléments attestant qu'ils sont utilisés. Si ceci ne constitue pas en soi une preuve d'un changement **durable** de comportement, des chiffres en hausse peuvent être une bonne indication du fait que les habitants se lavent régulièrement les mains.

Les indicateurs de cette nature permettent de s'assurer que le suivi-évaluation est effectué au niveau des **résultats** des interventions. L'évaluation de l'**impact** d'un programme de promotion de l'hygiène se fera plutôt par rapport aux bienfaits sur la santé, ce qu'il est difficile de mesurer sans avoir recours à de véritables protocoles de tests, des moyens financiers importants et des échantillons de population significatifs.

Comment le suivi-évaluation doit-il s'effectuer ?

Divers outils et méthodes de collecte des données sont utilisés pour effectuer le suivi des programmes de promotion de l'hygiène et les évaluer : enquêtes auprès des ménages, cartographies communautaires, panels de discussion, parcours d'observation ou encore entretiens approfondis avec les intervenants clés et observation^{86, 87}. On considère généralement que les méthodes qui reposent trop largement sur des questions sur les comportements et les pratiques plutôt que sur l'observation peuvent mener à des résultats fortement biaisés, donc inexacts.

La façon dont on associe les méthodes employées dépendra de l'approche retenue (PHAST, clubs de santé communautaires ou de l'enfant à l'enfant), mais aussi de l'ampleur du programme et du niveau auquel il intervient (individuel, des ménages, de la communauté, institutionnel [à l'école par exemple]). La fréquence du suivi par les organisations chargées de la mise en œuvre du programme dépendra quant à elle de la portée du programme, et des ressources et du temps disponibles.

De plus, lorsqu'on réalise ce genre d'études qualitatives, il est important de recouper les données par **triangulation**. Il s'agit pour cela de réunir des informations sur le même sujet, mais collectées par différents personnels, en ayant recours à différentes sources et différentes méthodes de collecte.

Qui doit effectuer le suivi ?

Les personnes chargées du suivi-évaluation doivent impérativement comprendre **les raisons** qui poussent les individus à se comporter comme ils le font. Si un programme de promotion de l'hygiène est mis en œuvre à l'échelon communautaire, il est important qu'un échantillon représentatif des habitants prenne part aux études et aux recherches menées afin de maximiser le potentiel d'appropriation du programme et l'impact des objectifs du programme.

Plus le suivi est effectué par les habitants concernés, plus on a de chances qu'ils s'approprient le programme et que l'on progresse par rapport aux objectifs définis.

Difficultés liées au suivi-évaluation

Le suivi et l'évaluation des programmes de promotion de l'hygiène est très complexe – en particulier lorsqu'il s'agit de mesurer le changement **durable** des comportements –, et constitue aujourd'hui encore un domaine difficile à appréhender pour les acteurs du secteur de l'AEPHA, et de la santé. Il faudra mener d'autres recherches significatives pour savoir dans quelles circonstances, de quelle manière et à quel moment on estime qu'un changement durable de comportement est acquis, et comment et à quel niveau effectuer le suivi-évaluation (celui des faits tangibles constatés ou celui de l'impact plus global).

Une autre difficulté tient au recueil, au traitement et à l'analyse comparative des données. Les divers intervenants sont susceptibles d'utiliser des méthodes différentes pour collecter les données et pour définir des indicateurs fiables visant à évaluer les résultats d'un programme. Cette variation nuit à la comparaison des données à l'échelle d'un pays et entre pays⁸⁸.

S'agissant des comportements d'hygiène, il faut aussi se méfier des travers inhérents à **l'auto-évaluation** : les questionnaires sur les habitudes des ménages ne permettront pas nécessairement de documenter les pratiques réelles en matière d'hygiène (le taux de lavage des mains peut être surestimé, les comportements non hygiéniques non signalés). Malgré les zones d'ombre qui subsistent dans ce domaine (par exemple à propos de l'évaluation de l'efficacité de l'hygiène alimentaire et de la façon de parvenir à l'adoption de bonnes pratiques d'hygiène à grande échelle⁴⁵), on a pu observer ces dernières années un nombre non négligeable de recherches et de travaux sur les facteurs qui influencent les comportements d'hygiène, le rapport coût/efficacité des programmes de promotion de l'hygiène et leur impact sur la santé publique.



Shamola Rani Mondol, membre du comité local de l'AEPHA, se lave les dents au nouveau point d'eau installé dans le bidonville de Kalshi Takar Baa, à Dacca, au Bangladesh

Troisième partie

La promotion de l'hygiène à WaterAid

Les principes et engagements minimums détaillés en quatrième et cinquième parties de ce document devront au final se baser sur l'expérience des programmes-pays WaterAid. Cette section présente brièvement quelle a été l'action de WaterAid en matière de promotion de l'hygiène.

Historique de l'action de WaterAid en matière de promotion de l'hygiène⁸⁹

La promotion de l'hygiène fait partie intégrante des stratégies, politiques et programmes de WaterAid depuis le milieu des années 90. La dynamique qui a permis à la promotion de l'hygiène de devenir une composante essentielle des méthodologies d'intervention s'est renforcée à la fin des années 90 et au début des années 2000 avec la création d'un poste de conseiller technique pour les questions d'hygiène, l'élaboration d'une stratégie relative à la promotion de l'hygiène et l'organisation de plusieurs ateliers internationaux consacrés à cette question dans le but de renforcer la base de connaissances et les compétences de nos programmes-pays. Le tableau 1 ci-dessous synthétise l'historique de l'action de WaterAid en matière de promotion de l'hygiène.

Tableau 1 – Historique de l'action de WaterAid en matière de promotion de l'hygiène

| | |
|-----------|--|
| 1995 | La promotion de l'hygiène est intégrée à la première stratégie quinquennale de WaterAid 1995 à 2000 . |
| 1996 | La politique relative à l'éducation à l'hygiène est formulée |
| 1997 | Création du poste de conseiller technique pour les questions d' hygiène ⁹⁰ . |
| 1997-2001 | Plusieurs visites sont effectuées par la conseillère technique pour l'hygiène dans les programmes-pays pour fournir un appui-conseil aux personnels spécialisés. |
| 1998-2001 | Plusieurs ateliers internationaux consacrés à l'hygiène sont organisés au Bangladesh, au Ghana et en Ouganda, qui permettent l'élaboration de supports pour les activités de promotion de l'hygiène, le partage des expériences, des savoirs et des compétences entre les participants, les partenaires et les programmes-pays ainsi que l'identification des besoins en matière de promotion de l'hygiène dans les différents programmes représentés, des stratégies pour y remédier et l'actualisation de la politique d'éducation à l'hygiène de 1996. |
| 1999 | La politique de promotion de l'hygiène est validée. |
| 2000 | Tous les programmes-pays WaterAid ont des personnels chargés de la promotion de l'hygiène . |

| | |
|---------------|--|
| 2002-2004 | Des indicateurs relatifs à la promotion de l'hygiène et au changement des comportements sont formulés et testés ⁹¹ , et affichent des écarts selon les pays concernant la transformation durable des comportements. |
| 2006 | Les activités de promotion de l'hygiène constituent une composante significative de l'action des programmes-pays et font partie des éléments inclus dans les rapports semestriels (qui se focalisent cependant sur les activités et les éléments tangibles plutôt que sur le changement de comportement). Globalement, les statistiques indiquent une amélioration régulière des comportements, bien que celle-ci ne s'observe pas forcément sur les trois axes identifiés dans la politique (élimination adéquate des excréta, protection adéquate de l'approvisionnement en eau domestique et lavage des mains efficace), ou dans tous les pays ⁹² . |
| Janvier 2009 | WaterAid co-organise la rencontre des professionnels asiatiques de l'hygiène et de l'assainissement au Bangladesh (avec le Centre international de l'eau et de l'assainissement [IRC], le Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement [WSSCC] et l'organisation BRAC). |
| Octobre 2009 | WaterAid inaugure sa nouvelle stratégie générale 2009 à 2015 . L'hygiène est au cœur des axes stratégiques et de leurs indicateurs, et se voit attribuer la même importance que l'eau potable et l'assainissement. La stratégie met particulièrement l'accent sur la pérennisation de l'amélioration des pratiques d'hygiène (axe n°1), mais aussi sur le développement des capacités des autorités et des opérateurs à fournir des services d'AEPHA (axe n°2) et sur la nécessité d'intégration et de priorisation de l'AEPHA, notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé (axe n°3). |
| 2009 | Parallèlement, les dépenses concernant l'hygiène sont explicitement identifiées dans le système général de comptabilité. |
| Novembre 2009 | WaterAid co-organise un symposium régional ouest-africain sur l'hygiène et l'assainissement bilingue au Ghana (IRC, Resource Centre Network [RCN] du Ghana, West Africa Water Initiative [WAWI], WSSCC, WaterAid). |
| Février 2010 | WaterAid co-organise le second atelier biennal des professionnels asiatiques de l'hygiène et de l'assainissement au Bangladesh (BRAC, IRC, WSSCC et WaterAid), qui fait partie d'une série de cinq ateliers de capitalisation et de partage sur l'hygiène et l'assainissement organisés en 2009 et 2010 ⁹³ . |
| Août 2010 | Les indicateurs de performance stratégique (IPS) sont finalisés et font spécifiquement référence à l'importance d'intégrer la promotion de l'hygiène dans les programmes Eau et Assainissement de WaterAid. |
| 2010 | WaterAid participe à la conférence asiatique sur l'hygiène féminine . |
| Mars 2011 | WaterAid co-organise un atelier qui réunit les professionnels est-africains autour du thème Hygiène et assainissement pour les populations urbaines pauvres au Rwanda (IRC, UNICEF, coopération allemande [GIZ], WSSCC et WaterAid). |
| Octobre 2011 | WaterAid participe au Forum mondial sur l'hygiène et l'assainissement organisé par le WSSCC en Inde. |
| 2011 | WaterAid en Australie publie « <i>Promoting good hygiene practices: Key elements and practical lessons</i> » ⁹⁴ . |
| 2012 | Le guide « Menstrual hygiene matters: A resource for improving menstrual hygiene around the world » ¹⁶ est publié (WaterAid, UNICEF, Save the Children, SHARE). |
| 2012 | Le cadre directeur de WaterAid relatif à l'hygiène est publié après une large consultation à travers toute l'organisation. |

Cette brève synthèse des activités menées par WaterAid en matière d'hygiène montre que si ce sujet a fait l'objet d'une attention croissante en termes de spécialisation des personnels et des moyens accordés, la focalisation sur l'hygiène a diminué légèrement une fois que le rôle de conseiller technique pour l'hygiène a pris fin en 2004. De plus, les personnels chargés spécifiquement des questions d'hygiène en 2000 occupent désormais d'autres fonctions si bien que des compétences spécifiques dans ce domaine ont pu être perdues et ont peut-être besoin d'être réactivées (par la formation d'agents de promotion de l'hygiène, d'animateurs, etc.).

La promotion de l'hygiène dans les programmes-pays

Les programmes-pays WaterAid ont été plus ou moins impliqués dans la promotion de l'hygiène, et se sont appuyés sur diverses approches pour mener leurs activités⁹⁵. La plupart utilisent le terme « promotion de l'hygiène » pour définir ce volet d'activités. La description qu'en fait WaterAid Zambie reflète le point de vue de la plupart des autres programmes-pays :

« Il ne s'agit pas uniquement d'informer les gens... La promotion de l'hygiène consiste plutôt à combiner les connaissances, les pratiques et les ressources de la population visée avec les connaissances et les ressources de l'organisation, le tout permettant [d'inciter] les gens à éviter les comportements à risque »⁹⁶

De même, comme le souligne WaterAid Ghana :

« La nécessité et l'accent mis sur la promotion de l'hygiène sont fondés sur le constat qu'il est difficile d'amener les gens à changer les habitudes de toute une vie, et que cela prend du temps et requiert des moyens et des compétences. Le fait même que la promotion de l'hygiène dépende de la participation et de solutions adaptées augmente la probabilité d'apporter un changement durable des comportements »⁹⁷

Ces dernières années, les programmes-pays WaterAid se sont focalisés sur **trois comportements d'hygiène principaux** :

- Le lavage des mains aux moments clés ;
- La manutention de l'eau potable (y compris le stockage et le transport depuis la source jusqu'au point d'utilisation) ;
- La gestion et l'utilisation des latrines de manière hygiénique et l'élimination adéquate des excréta.



Tenincoura nettoie les latrines de son école située à Simba Est, dans la commune de Tienfala au Mali

En dehors de ces axes d'intervention, les programmes-pays ont également travaillé sur les aspects suivants :

- L'hygiène féminine [Inde, Tanzanie, Éthiopie, Népal et Bangladesh] ;
- Hygiène personnelle (lavage du visage, soin des ongles, port de sandales) [Inde, Madagascar, Mozambique, Tanzanie, Éthiopie, Népal, Ghana, Zambie, Ouganda] ;
- Hygiène alimentaire [Nigéria, Népal, Madagascar, Ghana, Zambie, Tanzanie, Éthiopie].
- Hygiène domestique (logement/extérieur) par exemple aménagement de fosses à détritiques, propreté de l'environnement immédiat, construction d'égouttoirs à vaisselle, élimination des tas d'ordures, etc.) [Ouganda, Madagascar, Mozambique, Ghana, Nigéria, Malawi, Zambie, Népal]⁹⁶.

La plupart des programmes-pays ont adopté la méthodologie PHAST comme principale approche pour la promotion de l'hygiène. D'autres ont parfois combiné des éléments de la méthode PHAST avec des composantes de l'ATPC ou de l'ERP pour s'adapter au mieux au contexte. En Tanzanie, l'approche « Mtumba » s'est appuyée sur les points forts de la méthode PHAST, de l'ATPC et sur le marketing social⁹⁸.

Certains programmes-pays font appel à des bénévoles ou désignent des agents de promotion de l'hygiène au niveau local pour faciliter le processus tandis que d'autres mènent leurs activités via des comités locaux de développement (en Zambie par exemple), la création et le développement de groupes communautaires (au Bangladesh) ou l'organisation de journées d'activités dédiées à la santé publique et à la sensibilisation (au Timor-Oriental). D'autres pays s'appuient sur les approches de **l'enfant à l'enfant** et de **l'enfant à la communauté** (le Bangladesh, la Tanzanie, le Burkina Faso, le Mozambique et l'Ouganda), les clubs de santé pour les enfants non scolarisés (au Népal), les clubs d'hygiène (Rwanda, Ouganda), ou encore les clubs de promotion de l'hygiène et de l'assainissement (au Népal, au Bangladesh, au Ghana, en Inde et au Mozambique).

Des activités de **promotion de l'hygiène à l'école** sont menées dans la quasi-totalité des programmes-pays, sous diverses formes. Les clubs de promotion de la santé et de l'hygiène, les approches « enfant à enfant » et « enfant à communauté » sont très courantes dans les écoles mais d'autres méthodes sont également employées : la sensibilisation des enseignants et la création de groupes d'élèves (au Bangladesh), les clubs Assainissement (au Mozambique) ou encore la célébration d'évènements comme la Journée mondiale de l'Eau et la Journée mondiale du lavage des mains.

D'autres méthodes et outils divers sont également mis en œuvre : groupes de sensibilisation à l'hygiène féminine (Bangladesh, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Népal), porte-à-porte (Éthiopie, Malawi, Mozambique, Burkina Faso, Népal, Timor-Oriental, Zambie), réunions des habitants (Pakistan, Ghana, Madagascar, etc.), distribution de supports d'information imprimés ou vidéo (Inde, Népal, Bangladesh, Mozambique, Mali, Timor-Oriental), théâtre de rue (Madagascar, Ouganda, Timor-Oriental, Zambie, Malawi, Mozambique, Tanzanie, Népal), supports audio pour les aveugles (Mali), formation des agents de promotion de l'hygiène aux méthodologies telles que PHAST (Éthiopie, Bangladesh, Malawi), réunions publiques (Nigéria, Zambie) et recours aux réseaux de journalistes pour faire le lien avec les médias (Mali, Libéria).

Le **marketing social** semble être l'approche la moins fréquemment employée dans les programmes-pays WaterAid. Certains comme Madagascar, le Malawi et le Timor-Oriental ont fait appel au marketing social tandis que d'autres ont diffusé des spots à la radio (au Mozambique) ou mobilisé les fabricants de serviettes hygiéniques (comme en Inde).

En ce qui concerne les éléments matériels de la promotion de l'hygiène, chaque programme-pays ou presque a fait la promotion d'un système pour le lavage des mains qui repose généralement sur des solutions flexibles et disponibles localement. On peut citer par exemple :

- Les « tippy-taps » (actionnés par une ficelle ou une pédale – surtout en Afrique de l'Est et en Afrique australe) ;
- Les bornes-fontaines alimentées par réseau ;
- Les systèmes de collecte des eaux de pluie reliés à de petits réservoirs ;
- La promotion de l'utilisation du savon ou de la cendre.
- Le ciblage des écoles pour développer la présence des lave-mains dans toutes les régions y compris des solutions pour la prise en charge de l'hygiène féminine, (surtout au Bangladesh, au Népal et en Inde).
- La construction d'équipements pour faire la lessive et se laver (Madagascar, Zambie, Ouganda, Éthiopie, etc.).

Les sommes consacrées à la promotion de l'hygiène ne constituent qu'un très faible pourcentage des budgets des programmes-pays, et bien que le nombre de personnes concernées soit élevé d'après les statistiques, on ne sait pas toujours précisément jusqu'à quel point les programmes de promotion de l'hygiène de WaterAid arrivent à pénétrer au cœur des ménages et des populations.

S'il existe une grande quantité d'informations sur les méthodologies et outils qu'utilisent les programmes-pays WaterAid, les données se font plus rares à propos des résultats de leur mise en œuvre en vue d'obtenir un changement **durable** de comportement, et concernant les différents impacts qu'ont pu avoir ces approches. Il s'agit là d'un thème de recherche à explorer à l'avenir dans l'optique d'un renforcement du suivi-évaluation des programmes de promotion de l'hygiène de WaterAid. De fait, beaucoup de programmes-pays ont identifié la question du suivi des changements de comportement liés à l'hygiène et l'atteinte d'un changement durable de comportement comme l'une des difficultés majeures de leurs activités (au Rwanda, au Ghana, en Inde, au Malawi et au Nigéria par exemple). D'autres difficultés ont été identifiées par rapport au faible niveau de priorité accordé à l'hygiène (Nigéria, Burkina Faso, Ouganda), l'absence d'une base de compréhension commune partagée par les acteurs du secteur (Bangladesh, Éthiopie), la pauvreté des approches et des outils employés (Éthiopie, Tanzanie), l'absence d'indicateurs précis (Éthiopie, Burkina Faso, Tanzanie), le désengagement des populations locales (Mozambique), et des différences de compétences entre les organisations partenaires (Inde).

Cette synthèse des méthodologies et outils utilisés par les programmes-pays WaterAid pour mettre en œuvre leurs programmes de promotion de l'hygiène, ainsi que les difficultés rencontrées dans cette démarche forment la base des engagements et principes opérationnels minimums de WaterAid développés dans les 4^e et 5^e parties de ce document. Ils ont été élaborés en se basant sur le contexte qui conditionne les activités des programmes-pays WaterAid et de leurs partenaires, sur les axes stratégiques globaux de WaterAid et sur un examen approfondi des connaissances et de la littérature disponible à ce jour concernant la promotion de l'hygiène et le changement durable de comportement.

Quatrième partie

Principes généraux encadrant la promotion de l'hygiène

Cette partie du cadre directeur identifie les principes vers lesquels chaque programme de promotion de l'hygiène de WaterAid doit tendre : l'inclusion, l'intégration, l'adaptation au contexte et la pérennité. Ils sont détaillés ci-dessous par rapport à chaque phase du cycle programmatique (voir figure 8 page 31).

Planification et conception

Études préliminaires

Les études préliminaires constituent la première phase de planification d'un programme de promotion de l'hygiène. Il s'agit « d'une approche systématique [qui] associe les principales questions à des méthodes appropriées »⁹⁹ pour orienter la conception du programme. Elles ont pour finalité d'arriver à une compréhension complète des aspects socio-culturels et démographiques qui définissent la population ciblée, mais aussi des relations de pouvoir et des liens hiérarchiques qui existent et des situations sous-jacentes qu'ils révèlent, des connaissances et des attitudes en rapport avec la maladie et la santé, et enfin des pratiques d'hygiène existantes. L'étude doit aussi tenir compte des différences entre sexes, des problèmes liés aux maladies chroniques, au handicap ou à l'âge, ainsi que de toute différence marquée entre différents groupes selon leur appartenance ethnique ou leur religion.

Les études préliminaires permettent donc aux personnels des programmes d'identifier et de comprendre ce qui caractérise la population cible (ses intérêts, ses besoins, ses comportements), et ce qui influence ses décisions et ses actions. Elles aident à définir les axes d'intervention prioritaires du programme et s'assurant qu'ils sont en phase avec le contexte dans lequel ils sont mis en œuvre¹⁰⁰.

Les études préliminaires ne devraient pas se limiter à une seule communauté mais se faire à plus grande échelle, celui d'une province ou d'un état par exemple. Elles seront plus ou moins approfondies et de plus ou moins grande ampleur en fonction des moyens et du temps disponibles, et de l'existence de données déjà collectées sur la population concernée.

Les études préliminaires doivent répondre aux principales questions suivantes :

- Quelles sont les principales pratiques (socio-culturelles) qui posent des risques pour la santé ?
- Quels sont les groupes à risque ? Sur qui le programme doit-il se focaliser ?
- Quels facteurs motiveront l'adoption d'une bonne hygiène, autrement dit quels sont les leviers du changement ?
- Quels sont les principaux moyens de communication et les principales approches en matière d'hygiène qui permettent d'atteindre les populations ciblées⁹⁹ ?

Règles éthiques

Dans la mesure où la promotion de l'hygiène touche à des aspects culturellement sensibles et liés à l'intimité des individus, elle doit se faire en prenant particulièrement soin de respecter la confidentialité, sans recours à la contrainte, sans provoquer de gêne et en respectant l'individu. Les considérations éthiques sont présentées plus en détail dans la documentation relative aux recherches en sciences sociales et dans les lignes de conduite des organismes qui travaillent sur ces questions.

Enquêtes de référence

Parallèlement aux études préliminaires, une enquête de référence doit être réalisée avant de démarrer un programme de promotion de l'hygiène. Elle sert à décrire et à quantifier l'état de certains indicateurs définis (préalablement à l'intervention) sur la base desquels un suivi pourra être effectué. Les données collectées lors de cette enquête peuvent être par exemple le nombre de latrines et leur utilisation, les attitudes et les pratiques liées au lavage des mains et la prévalence de la diarrhée. Une enquête de référence peut être réalisée à plusieurs niveaux selon la nature du programme de promotion de l'hygiène.

Les études préliminaires sont associées à la **conception** du programme de promotion de l'hygiène tandis que l'enquête de référence concerne le **suivi** du programme.

Axes prioritaires

Une fois que les études préliminaires et l'enquête de référence ont été effectuées, il est important d'orienter le programme selon un cap précis. Il doit se concentrer sur un nombre **limité** de comportements d'hygiène plutôt que d'essayer de s'attaquer à **toutes** les voies de transmission des maladies. Un bon programme d'hygiène hiérarchise l'utilisation des moyens dont il dispose en fonction des orientations définies et du public qui sera ciblé par les interventions. La phase de planification devrait à ce stade donner des indications sur les comportements les plus à risque, et sur les populations à toucher en priorité.

Formulation des indicateurs

Des indicateurs seront définis en fonction de l'orientation du programme pour guider les enquêtes de référence et pour pouvoir ensuite faire un suivi-évaluation efficace. Il peut être relativement compliqué de définir des indicateurs qui fournissent des éléments directs sur l'adoption (durable) d'une bonne hygiène mais on peut utiliser des indicateurs « indirects » qui peuvent souvent donner une indication sur le fait que les comportements sont en train de changer. Parmi les exemples d'indicateurs indirects, on peut citer l'entretien visible des latrines et leur utilisation, l'observation de systèmes pour éliminer les excréments des enfants, l'évaluation de la qualité de l'eau au domicile, ou encore la présence d'un lave-mains et de savon ou de cendre près d'une latrine¹⁰¹. Les indicateurs doivent être aussi spécifiques que possible et en rapport avec les comportements de promotion de l'hygiène sélectionnés dans le cadre du programme. On peut ainsi s'assurer que les comportements d'hygiène sont évalués par rapport aux changements de comportement spécifiques que l'on cherche à promouvoir¹⁰².

Inclusion

Durant les phases de planification et de conception, on doit veiller à ce que le programme soit inclusif. Il doit tenir compte tout particulièrement des filles et des femmes, des personnes handicapées, âgées, porteuses du VIH/sida, des enfants scolarisés et non-scolarisés et de tout autre groupe de population qui pourrait être particulièrement vulnérable et/ou marginalisé. Les comportements promus par le programme doivent être adaptés à **l'ensemble** des publics directement concernés. Le programme doit atteindre chaque individu grâce à des moyens de communication, des équipements et des fournitures appropriés. On peut pour cela faire appel à différentes approches.

Intégration

Les programmes de promotion de l'hygiène doivent être conçus selon une approche intégrée qui comporte quatre aspects : a) l'intégration des différents secteurs ; b) des différents échelons géographiques ; c) des interventions et d) au niveau institutionnel.

Premièrement, le programme de promotion de l'hygiène doit définir la façon dont il sera relié aux autres programmes et politiques des autres **secteurs**, en particulier ceux de l'alimentation en eau potable et de la santé. Au niveau des écoles par exemple, la promotion de l'hygiène devra s'attaquer au problème de la gestion adéquate des excréta et du lavage des mains, mais également la prise en charge adaptée des besoins relatifs à l'hygiène féminine.

Deuxièmement, selon l'ampleur du programme, sa conception doit définir les modalités de sa mise en œuvre à différents **échelons** (communautaire, local, des districts et national). Les bonnes pratiques d'hygiène pourront par exemple faire l'objet d'une campagne dans plusieurs localités différentes en combinant divers outils et méthodes basés sur la méthodologie SARAR, les principaux messages pouvant ensuite être relayés par des campagnes de communication de masse et des visites régulières des autorités de santé.

Troisièmement, la promotion de l'hygiène, la promotion de l'assainissement et la fourniture d'eau potable doivent faire partie d'**un seul et même ensemble**. La promotion de l'hygiène est particulièrement importante quand il n'y a pas de points d'eau et d'installations sanitaires. Leur présence devrait certes faciliter les bons comportements d'hygiène (comme le lavage des mains avec du savon et de l'eau) mais le seul fait d'y avoir accès ne garantit pas que ce sera le cas. Il est donc important que la promotion de l'hygiène et la fourniture de ces services fassent partie d'un programme intégré lorsque c'est possible. Suivant le contexte, et les ressources et le temps dont on dispose, il pourrait être utile de se focaliser principalement sur la promotion de l'hygiène à certains moments. De plus, si l'eau potable et l'assainissement existent déjà, la promotion de l'hygiène pourrait être le seul axe d'intervention sur lequel se focaliser.

Dernier point, un programme doit pouvoir compter sur un **appui institutionnel** suffisant de la part des collectivités locales, des bailleurs et des organisations de la société civile, et trouver sa place au sein de ce type de structures officielles locales pour que le changement de comportement devienne permanent, en évitant ainsi que les pratiques à risque ne recommencent une fois que le programme aura pris fin.

Approche systématique

Une fois que l'approche globale de promotion de l'hygiène a été définie, on peut sélectionner les activités et les outils adaptés à sa mise en œuvre. Pour s'assurer que le programme est **adapté le mieux possible** au contexte, on pourra en combiner plusieurs. Les interventions qui se déroulent au niveau communautaire doivent toujours être basées sur des méthodes participatives, ce qui n'est forcément nécessaire pour les approches

qui font appel à la communication de masse. Quelle que soit la méthodologie globale adoptée (PHAST, enfant-à-enfant, clubs de santé, etc.), l'important est que les outils et activités qui composent le programme forment une approche cohérente pour la promotion de l'hygiène. La figure 9 est un exemple de la façon dont les sept étapes de la méthodologie PHAST sont reliées aux activités et aux outils nécessaires pour les entreprendre.

Différents outils et activités doivent être combinés de façon à être inclusifs, c'est-à-dire pour que chaque individu de la population ciblée soit inclus. Chacun doit pouvoir accéder et utiliser les équipements et les produits et systèmes qui s'y rapportent (par exemple, les lave-mains doivent être accessibles aux personnes en fauteuil, et les handicapés doivent pouvoir s'en servir).

Figure 9 – Exemple de structuration des étapes de la méthode PHAST et des activités et outils qui lui sont associés



Mise en œuvre

Compétences participatives

À l'échelon communautaire, la mise en œuvre doit être confiée à des animateurs compétents qui sont suffisamment flexibles pour pouvoir adapter les méthodes et/ou les outils le cas échéant. Le degré de participation des habitants dépendra des résultats des études préliminaires et de la structure du programme. Par exemple, la mise en œuvre au niveau communautaire doit se faire de manière participative, et se focaliser sur la facilitation d'un processus qui déclenche une action ou un changement alors que les campagnes de communication de masse pourront être basées sur des études préliminaires ayant fait appel à des méthodes participatives ou non pour adapter et cibler les messages.

Le recours à des animateurs très bien formés est essentiel, et la réussite de la démarche tient aux critères de sélection des candidats potentiels. Il n'est pas donné à tout un chacun d'être un bon facilitateur des processus participatifs et il sera donc important de procéder à une sélection préalable afin d'identifier les meilleurs candidats à un programme de formation.

Suivi et évaluation

Indicateurs

On peut effectuer un suivi en déterminant un nombre limité d'indicateurs indirects lors de la phase de planification et de conception du programme (quand on réalise l'enquête de référence)^{103, 104}. En associant différents outils et méthodes, il est possible d'évaluer les changements observés à l'aide de ces indicateurs.

Dans le document *Hygiene evaluation procedures*¹⁰⁵ Almedom et al détaillent les modalités spécifiques qui permettent de collecter, analyser et collecter les données et répondent en particulier aux préoccupations pratiques des personnels de terrain. Ces recommandations peuvent être utilisées à différents stades d'un programme : pour fournir des données de référence au départ, pour évaluer les progrès réalisés ou pour mesurer la modification des pratiques d'hygiène lorsqu'il prend fin.

S'agissant de WaterAid, il est important que le suivi-évaluation des programmes de promotion de l'hygiène reste une démarche pratique. Le suivi se fera donc probablement au niveau des résultats constatés, et pas de l'impact plus général. Il devra par conséquent se focaliser sur la modification des pratiques d'hygiène et non sur l'impact que ce changement aura par la suite au niveau de la santé, ceux-ci étant généralement compliqués et coûteux à mesurer parce qu'il est difficile d'établir un lien de causalité direct entre les interventions sur l'hygiène et leur impact sur la santé.

La régularité du suivi dépendra de la durée du programme, de son ampleur, des ressources disponibles et de son niveau d'intégration aux processus de suivi post-intervention. De plus, comme on l'a souligné plus haut, il est important de recouper les données par « triangulation des sources, des méthodes et des chercheurs... en vérifiant les données recueillies sur le même sujet et qui proviennent de différentes sources, à l'aide de différentes méthodes et/ou différents intervenants »¹⁰⁵. Comme il a été précisé dans la 2^e partie de ce document, si l'auto-évaluation appliquée aux comportements d'hygiène peut être utile, elle comporte d'importantes faiblesses inhérentes à ce mode d'évaluation qui peuvent conduire à une description erronée de la réalité.

Plaidoyer

Les activités de plaidoyer ont une grande importance pour influencer les autres acteurs clés du secteur à propos de la promotion de l'hygiène. Quand elles sont axées sur les pouvoirs publics et les opérateurs des services, elles peuvent servir à améliorer la pérennité des interventions en intégrant la promotion de l'hygiène aux systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, mais aussi aux programmes de santé et d'éducation. Le plaidoyer peut par exemple viser l'organisation d'une campagne nationale de promotion de l'hygiène qui prévoit des activités à l'échelle communautaire. Ou bien il peut appeler à ce que l'hygiène figure en bonne place dans les plans nationaux de l'eau et de l'assainissement, ou à la mise en place d'une campagne nationale de promotion de l'hygiène dotée de moyens et de fonds suffisants.

Le plaidoyer relatif à la promotion de l'hygiène dépendra là encore du contexte, du temps et des ressources disponibles. Il pourrait nécessiter diverses stratégies d'influence dans la mesure où l'hygiène est un sujet encore plus diffus que l'assainissement. Certains efforts de plaidoyer en Afrique se focalisent par exemple sur les engagements de la déclaration d'eThekwinì (comme la création d'un organisme dédié à l'assainissement ou des lignes budgétaires distinctes pour ce secteur), mais il n'existe pas d'objectifs aussi clairement identifiés pour l'hygiène.



WaterAid/Layton Thompson

Yacouba et Tenincoura se lavent les mains près du bloc sanitaire de leur école à Simba Est, dans la commune de Tienfala au Mali

La finalité des efforts de plaidoyer doit être que l'hygiène soit considérée comme un volet aussi important que les autres des programmes d'AEPHA, avec des ressources appropriées et des liens effectifs avec les secteurs de l'approvisionnement en eau potable, de la santé et de l'éducation de sorte que les programmes de promotion de l'hygiène soient pleinement intégrés et durables. La promotion de l'hygiène doit répondre aux besoins de tous, y compris de ceux qui sont souvent négligés : les femmes, les enfants (en particulier les filles), les personnes handicapées, âgées ou qui souffrent de maladies chroniques.

Synthèse

Tous les programmes de promotion de l'hygiène de WaterAid doivent être adaptés au contexte, en s'appuyant sur les pratiques existantes, les croyances et les souhaits des habitants. Ils doivent s'adresser à tous et être adaptés à chaque individu au sein de la population ciblée, intégrés aux programmes d'assainissement et d'accès à l'eau potable (le cas échéant) et aux initiatives en matière de santé et d'éducation qui s'y rapportent. Ils doivent enfin être suffisamment flexibles pour inclure toute une série de méthodes et d'outils qui peuvent être utilisés à différents niveaux de la mise en œuvre.

Les programmes d'hygiène doivent être planifiés, conçus et exécutés en collaboration avec des structures permanentes pour garantir un suivi à long terme. Des indicateurs pertinents doivent être définis après les études préliminaires et les enquêtes de référence pour en assurer un suivi-évaluation efficace. Tous ces aspects contribueront à la pérennisation du programme et augmenteront les chances de parvenir à une transformation définitive des comportements d'hygiène¹⁰⁶.

WaterAid/Zute Lightfoot



Alice Nirere utilise un lave-mains rempli d'eau qu'elle a puisée dans un réservoir souterrain de stockage des eaux de pluie dans le village des orphelins de Ntarama, dans le district de Bugesera au Rwanda

Cinquième partie

Principes et engagements minimums de WaterAid

Les programmes-pays WaterAid et leurs partenaires s'efforceront de respecter les principes minimums suivants à propos de leurs programmes de promotion de l'hygiène :

Principes généraux

- 1 Tous les programmes Eau et Assainissement incluront une composante Hygiène appropriée. En général, cela signifiera intégrer l'hygiène à la programmation générale des activités portant sur les services d'eau et d'assainissement mais dans certains cas où des installations adéquates existent déjà pour l'eau et pour l'assainissement, la promotion de l'hygiène pourra constituer la principale ou la seule activité.
- 4 WaterAid considère que la promotion de l'hygiène consiste à s'appuyer sur les pratiques, les croyances et les opportunités existantes, et que le fait de connaître les liens entre l'hygiène et la santé n'est souvent pas suffisant pour modifier durablement les comportements. L'expression « **promotion** de l'hygiène » (et non **éducation** à l'hygiène) sera par conséquent utilisée dans toutes les activités de WaterAid en rapport avec l'hygiène.
- 3 WaterAid accordera une importance particulière aux aspects suivants :
 - a) l'élimination des excréta humains dans des conditions hygiéniques, b) le lavage des mains avec du savon ou une alternative adaptée (la cendre par exemple) aux moments clés, c) la prise en charge des besoins liés à l'hygiène féminine, surtout dans les écoles, d) une bonne hygiène alimentaire, en particulier par rapport à l'alimentation destinée à sevrer les nourrissons, e) la propreté des logements et de leur environnement immédiat et f) la bonne gestion de l'eau jusqu'à l'endroit où elle est consommée.

Planification

- 4 Au stade de la planification des programmes de promotion de l'hygiène, on devra prendre en compte les considérations éthiques liées au consentement des populations, au respect de la vie privée, des habitudes culturelles et des individus.
- 5 Des recherches préliminaires seront menées au niveau requis durant la première phase de planification d'un programme de promotion de l'hygiène.
- 6 Une enquête de référence sera effectuée au début de chaque programme de promotion de l'hygiène. Cette enquête servira de base au suivi-évaluation qui sera réalisé par la suite en vue de documenter l'évolution des comportements liés à l'hygiène.

Conception et mise en œuvre

- 7** Pour maximiser leur impact, les programmes de promotion de l'hygiène de WaterAid se focaliseront en général sur un nombre **limité** de comportements liés à l'hygiène plutôt que de chercher à modifier tous les comportements en même temps.
- 8** Un programme de promotion de l'hygiène sera intégré ou associé aux activités menées dans les secteurs de la santé, de l'eau et de l'éducation, si cela est jugé pertinent compte tenu de l'axe prioritaire du programme¹⁰⁷.
- 9** Au cours de l'élaboration d'un programme de promotion de l'hygiène, on identifiera dès le départ le niveau d'intervention des activités (les messages d'hygiène seront-ils renforcés à l'échelle des districts via une campagne médiatique ou bien le programme se focalisera-t-il uniquement sur la réalisation à l'échelle communautaire ?).
- 10** Des méthodologies participatives appropriées seront utilisées pour la mise en œuvre d'un programme de promotion de l'hygiène au niveau communautaire. WaterAid autorisera une certaine flexibilité quant aux approches employées mais celles-ci devront être basées sur les principes SARAR et mises en œuvre par des animateurs bénéficiant d'une formation appropriée.
- 11** La durée et la fréquence des activités de promotion de l'hygiène seront définies par rapport au temps nécessaire pour parvenir au changement de comportement du public visé et non par rapport à la durée de construction des systèmes d'alimentation en eau potable et d'assainissement.
- 12** La mise en œuvre du programme inclura la formation appropriée des animateurs/formateurs (rémunérés et bénévoles). Bien que les agents de santé communautaires jouent souvent un rôle central dans les programmes de promotion de l'hygiène, WaterAid attend de tous les programmes qu'elle soutient qu'ils incluent des professionnels de la santé/de l'hygiène rémunérés tant au niveau managérial que sur le terrain. Il pourrait être nécessaire d'organiser des formations pour les personnels des organisations partenaires et des populations locales afin de développer leurs compétences.
- 13** Des produits et équipements en rapport avec l'hygiène seront mis à disposition pour que les installations soient adaptées à l'ensemble de la population (personnes âgées, femmes enceintes, personnes vivant avec le VIH/sida, enfants, handicapés). Le cas échéant, WaterAid stimulera les entreprises locales du secteur privé pour fournir ces produits.
- 14** Les populations défavorisées ou à risque seront prises en compte lors de la conception et de la mise en œuvre des programmes de promotion de l'hygiène, (notamment les femmes et les adolescents – les filles en particulier, les personnes qui vivent avec le VIH/sida, les personnes handicapées ou âgées, les populations non sédentaires et autres selon le contexte).
- 15** Des analyses portant sur l'inclusion sociale et l'équité seront incluses à tous les stades de la promotion de l'hygiène.

- 16** Les méthodes et les supports de communication devront être adaptés aux cultures et aux contextes géographiques, et accessibles et pertinents pour tous les individus du groupe concerné.
- 17** Les activités de promotion de l'hygiène se focaliseront sur l'obtention d'un changement durable des comportements (identifiés lors des recherches préliminaires) et sur le renforcement des messages d'hygiène, et s'appuieront autant que possible sur les structures existantes au niveau des organisations communautaires et des partenaires. Les interventions seront menées en collaboration avec d'autres agences implantées durablement telles que des organisations gouvernementales et non gouvernementales, des entités partenaires ou non de WaterAid, des agences œuvrant dans le domaine de la santé et celles qui travaillent sur d'autres aspects du développement.
- 18** On tiendra compte des normes techniques définies au plan national afin de garantir la durabilité des installations (notamment en lien avec les risques de catastrophe naturelle) et la protection de l'environnement. Ces solutions techniques devront inclure un mélange de produits que les habitants peuvent se procurer/fabriquer eux-mêmes et de produits commerciaux (le cas échéant).

Suivi et évaluation

- 19** En attendant que des recherches plus poussées soient menées pour orienter plus précisément les procédures de suivi et d'évaluation des interventions portant sur l'hygiène, WaterAid effectuera le suivi-évaluation par rapport à un nombre limité d'indicateurs indirects de résultat. Ces indicateurs seront définis durant la phase de conception du programme et serviront de base au suivi-évaluation. Ils devront être en cohérence avec les indicateurs de suivi post-intervention (PIM). Il pourra par exemple s'agir de la constatation (au cours d'une visite surprise) de l'utilisation d'équipements pour se laver les mains ou de l'utilisation hygiénique des latrines. Les résultats recherchés peuvent inclure par exemple l'augmentation régulière du pourcentage de ménages qui ont accès et utilisent des équipements pour se laver les mains avec du savon et/ou de la cendre, près de la latrine ou du logement.
- 20** Le suivi-évaluation ne sera effectué qu'au niveau des résultats tangibles, pas de l'impact. Il est en effet beaucoup plus difficile de mesurer le lien de causalité entre un programme de promotion de l'hygiène et, par exemple, la diminution des maladies liées à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement parce que d'autres facteurs peuvent entrer en jeu. Le suivi qui concerne les résultats constatés s'appuie sur des indicateurs indirects qui peuvent montrer si les bonnes pratiques d'hygiène sont globalement en augmentation ou non.

Capitalisation

- 21** WaterAid conduira régulièrement des études portant spécifiquement sur l'hygiène afin de mieux comprendre l'efficacité de ses interventions dans ce domaine et de renforcer les systèmes d'évaluation des changements de comportement. Ces études seront probablement déclenchées suite à l'analyse des résultats issus d'un suivi efficace.

Plaidoyer

- 22** Les activités de plaidoyer de WaterAid sur l'hygiène viseront en priorité à influencer les politiques et les programmes des pouvoirs publics et des opérateurs des services, l'objectif étant que l'hygiène fasse partie des priorités et bénéficie d'un financement à long terme, et que la promotion de l'hygiène soit incluse dans les interventions portant sur l'eau potable et l'assainissement. Il est essentiel que les liens entre accès à l'eau potable, hygiène et assainissement soient bien compris au plus haut niveau gouvernemental, et que soit reconnu le fait que la promotion de l'hygiène et le changement de comportement sont importants et ont un très bon rapport coût-efficacité. La promotion de l'hygiène ne doit pas être considérée comme un élément annexe mais comme une composante à part entière des programmes Eau et Assainissement.
- 23** WaterAid veillera à ce que les principes et engagements minimums concernant l'hygiène soient reflétés dans le plaidoyer mondial, régional et national et dans les messages des campagnes (en mettant en avant par exemple la rentabilité des actions de promotion de l'hygiène ou leur impact sur la santé). L'accent sera mis tout particulièrement sur les bienfaits que peuvent apporter de bonnes pratiques d'hygiène sur la santé publique et sur les conditions socio-économiques.
- 24** WaterAid s'attachera à plaider pour un rapprochement des secteurs de l'AEPHA, de la santé et de l'éducation en tant qu'acteurs majeurs de la transformation durable des comportements d'hygiène.



Ram fait sa toilette à la pompe dans la plantation de Lakatoorah à Sylhet, au Bangladesh

Références

- 1 OMS (2011) *Mental health* [sur Internet]. Consultable sur : www.who.int/mental_health/management/depression/daly/en/ (Consulté le 2 août 2012)
- 2 OMS (2011) *Hygiène* [sur Internet]. Consultable sur : www.who.int/topics/hygiene/en/ (Consulté le 2 août 2012)
- 3 D'après la définition proposée par Well (2005) *Hygiène promotion*. Consultable sur : www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-htm/hp.htm (Consulté le 2 août 2012). Voir également UNICEF (1999) *A manual on hygiene promotion*. UNICEF, New York, États-Unis. Consultable sur : www.unicef.org/wash/files/hman.pdf (Consulté le 2 août 2012)
- 4 WaterAid (2011) *Plan-cadre pour l'assainissement*, WaterAid, Londres, Royaume-Uni Consultable sur : www.wateraid.org/documents/plugin_documents/sanitation_framework_1.pdf (Consulté le 2 août 2012) L'ONU définissait en 2002 l'assainissement au sens le plus large comme « la collecte, le stockage, le traitement, l'élimination, la réutilisation ou le recyclage des excréta humains (urine et matières fécales) [ainsi que] le drainage, l'élimination, le recyclage et la réutilisation des eaux usées et des eaux pluviales (égouts) et les déchets ménagers, industriels et toxiques ». L'objectif du Millénaire relatif à l'assainissement, qui est exprimé en termes « d'assainissement de base », suit cette définition plus large et y ajoute les notions de capacité à payer, d'acceptabilité du point de vue culturel et de la préservation durable de l'environnement ».
- 5 Budds J, Obika A, Howard G, Jenkins M et Curtis V (2002) *Social marketing for sanitation literature review*. WEDC, Université de Loughborough, Royaume-Uni. http://wedc.lboro.ac.uk/docs/research/WEJX9/Literature_review.pdf (Consulté le 2 août 2012)
- 6 Curtis V, Schmidt W, Florez R, Touré O et Biran A (2011) Hygiène: new hopes, new horizons. *The Lancet Infectious Diseases*, vol 11, no 4, p. 315
- 7 Curtis V (2011) Intervention lors de la conférence WASH de Brisbane de mai 2011. Consultable sur : www.youtube.com/watch?v=St95pADnhDQ (Consulté le 2 août 2012)
- 8 Appleton B et Sijbesma C (2005) *Hygiène promotion (Thematic Overview Paper/IRC)*, p.14-17. IRC, Pays-Bas. Consultable sur : www.irc.nl/page/27611 (Consulté le 2 août 2012)
- 9 Blackbrough V (rapport interne de 2006) *History of hygiene promotion in WaterAid*
- 10 WaterAid (2009) *Stratégie globale de WaterAid 2009 à 2015*. WaterAid, Londres, Royaume-Uni. Consultable sur : http://www.wateraid.org/documents/plugin_documents/strategy_20092015_final.pdf (Consulté le 2 août 2012)
- 11 WaterAid (révisé 2009-2010) *Directives relatives à la qualité de l'eau et politiques-pays*. WaterAid, Londres, Royaume-Uni
- 12 WaterAid (2010) *Cadre directeur relatif à l'équité et à l'inclusion*. WaterAid, Londres, UK. Consultable sur : www.wateraid.org/documents/plugin_documents/equity_and_inclusion_english.pdf (Consulté le 2 août 2012)
- 13 WaterAid (2010) *Cadre directeur relatif à la pérennité des interventions*. WaterAid, Londres, Royaume-Uni. Consultable sur : www.wateraid.org/documents/plugin_documents/sustainability_framework_final.pdf (Consulté le 2 août 2012)
- 14 WaterAid (2010) *Directives relatives à la comptabilisation des usagers et aux enquêtes consécutives à la mise en œuvre*. WaterAid, Londres, Royaume-Uni
- 15 WaterAid (2010) *Plan-cadre urbain*. WaterAid, Londres, Royaume-Uni. Consultable sur : www.wateraid.org/documents/plugin_documents/urban_framework_final.pdf (Consulté le 2 août 2012)
- 16 S House, T Mahon et S Cavill (2012) *Menstrual hygiene matters: A resource for improving menstrual hygiene around the world*. WaterAid, Londres, Royaume-Uni
- 17 WaterAid (2012) *Cadre directeur relatif à la sécurité hydrique*. WaterAid, Londres, Royaume-Uni. Consultable sur : www.wateraid.org/documents/plugin_documents/water_security_framework_2012_final_lr.pdf (Consulté le 2 août 2012)

- 18 WaterAid (à paraître en 2012) *Cadre directeur relatif aux situations d'urgence*. WaterAid, Londres, Royaume-Uni
- 19 WaterAid (document interne de 2010) Indicateurs de performance stratégique, p.1
- 20 Certaines définitions devront être harmonisées et les méthodologies affinées concernant le mode de collecte et d'analyse des données. Les données de référence nécessaires au calcul des indicateurs ont été obtenues au cours des exercices 2010/2011 et 2011/2012 mais, pour ce qui concerne le changement de comportement en rapport avec l'hygiène, celles-ci sont très limitées : les prochaines études sur l'hygiène viseront à obtenir davantage d'informations sur cet aspect. Il faudra également décider entre autres quelles données (des programmes-pays, nationales ou des collectivités locales) utiliser pour mesurer le changement de comportement. Des études sur la promotion de l'hygiène sont programmées pour les exercices 2011/2012 et 2012/2013.
- 21 Se référer au glossaire pour une définition du terme « moments clés » ;
- 22 D'après WaterAid (1999) *Politique de promotion de l'hygiène*. WaterAid, Londres, Royaume-Uni et WSSCC (2010) *Hygiene and sanitation software – an introduction*, 4^e diapositive de la présentation PowerPoint. Consultable sur : www.wsscc.org/sites/default/files/presentation_speech/wsscc_hygiene_and_sanitation_software_2010.pdf (Consulté le 2 août 2012) Concernant les « ensembles de pratiques d'hygiènes », consulter également Almedom A M, Blumenthal U et Manderson L (1997) *Hygiene evaluation procedures*, p. 49. International Nutrition Foundation for Developing Countries
- 23 IRC (2011) *Lessons learnt from sanitation and hygiene practitioners' workshops: 2007-2011*. IRC, Pays-Bas. Consultable sur : http://www.wsscc.org/sites/default/files/publications/sanitationhygiene_report_website.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 24 Curtis V, Schmidt W, Florez R, Touré O et Biran A (2011) Hygiene: new hopes, new horizons. *The Lancet Infectious Diseases*, vol 11, no 4, p.316
- 25 D'après la définition proposée par WELL (2005) *Hygiene promotion*. Consultable sur : www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-htm/hp.htm (Consulté le 2 Août 2012). Voir également UNICEF (1999) *A manual on hygiene promotion*. UNICEF, New York, États-Unis. Consultable sur : www.unicef.org/wash/files/hman.pdf (Consulté le 2 août 2012)
- 26 Appleton B et Sijbesma C (2005) *Hygiene promotion (Thematic Overview Paper/IRC)*, p. 76. IRC, Pays-Bas. Consultable sur : www.irc.nl/page/27611 (Consulté le 2 août 2012)
- 27 Prüss-Ustün A, Bos R, Gore F, Bartram J (2008) *Safe water, better health: Costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote better health*, p10. OMS, Genève, Suisse. Consultable sur : www.unwater.org/downloads/9789241596435_eng.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 28 The Cochrane Collaboration (2010) *Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea (Review)*, p. 5. John Wiley & Sons, Royaume-Uni. Consultable sur : www.thecochranelibrary.com/userfiles/cococh/file/Water%20safety/CD007180.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 29 Bartram J et Cairncross S (2010) Hygiene, sanitation, and water: Forgotten foundations of health. *PLoS Medicine*, vol 7, n°11. Consultable sur : www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000367 (Consulté le 3 août 2012)
- 30 The Cochrane Collaboration (2010) *Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea (Review)*, p.4. John Wiley & Sons, Royaume-Uni. Consultable sur : www.thecochranelibrary.com/userfiles/cococh/file/Water%20safety/CD007180.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 31 UNICEF/OMS (2009) *Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done*. UNICEF/OMS. Consultable sur : www.unicef.org/health/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 32 Black R E, Cousens S, Johnson H L, Lawn J E, Rudan I, Bassani D G, Jha P, Campbell H, Fischer Walker, C, Cibulskis R, Eisele T, Liu L et Mathers C, au nom du groupe de référence épidémiologique de l'OMS et de l'UNICEF sur la santé infantile (2010) Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: A systematic analysis. *Lancet*, no 375, p.1,969-87. Consultable sur : www.WHO.int/immunization_monitoring/diseases/Lancet_2010_withAppendix.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 33 UNICEF/OMS (2009) *Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done*, p.5. UNICEF/OMS. Consultable sur : www.unicef.org/health/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 34 UNICEF/OMS (2009) *Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done*, p.7. UNICEF/OMS. Consultable sur : www.unicef.org/health/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 35 Tiré de Wikipedia (2012) *Handwashing with soap* [sur Internet]. Consultable sur : http://en.wikipedia.org/wiki/Hand_washing_with_soap (Consulté le 3 août 2012)
- 36 WSSCC et OMS (2005) *Sanitation and hygiene promotion: Programming guidance*. WSSCC et OMS. Consultable sur : www.WHO.int/water_sanitation_health/hygiene/sanhygpromo.pdf (Consulté le 3 août 2012)

- 37 Curtis V, Cairncross S et Yonli R (2000) Review: Domestic hygiene and diarrhoea – pinpointing the problem. *Tropical Medicine and International Health*, vol 5, n°1, p. 22-32. Consultable sur : <http://hygienecentral.org.uk/pdf/pinpointing.pdf> (Consulté le 3 août 2012)
- 38 Il est toutefois admis que les méthodologies mises en œuvre pour parvenir à ces données posent parfois problème et comportent des travers inhérents à leur conception. La publication de la Cochrane Collaboration (2010) *Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea (Review)* reconnaît ces limites mais indique dans la dernière édition de 2010 que les études citées à propos des interventions relatives à l'assainissement concluent que « les interventions visant à améliorer les dispositifs de gestion des excréta sont efficaces s'agissant de prévenir les maladies diarrhéiques ». The Cochrane Collaboration (2010) *Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea (Review)*, p. 14. John Wiley & Sons, Royaume-Uni. Consultable sur : www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/Water%20safety/CD007180.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 39 Almedom A M, Blumenthal U et Manderson L (1997) *Hygiene evaluation procedures: Approaches and methods for assessing water-and sanitation-related hygiene practices*. INFDC, IT Publications, Londres, Royaume-Uni
- 40 Cairncross S, Shordt K, Zacharia S, Govindan B K (2005) What causes sustainable changes in hygiene behaviour? A cross-sectional study from Kerala, India. *Social Science & Medicine*, vol 61, n°10, pp2,212-20. Consultable sur : <http://researchonline.lshtm.ac.uk/13617/> (Consulté le 3 août 2012)
- 41 Curtis V, Cairncross S (2003) Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community : A systematic review. *Lancet Infectious Diseases*, vol 3, no 5, pp275-81. Consultable sur : www.wsscc.org/sites/default/files/publications/curtis_cairncross_effect_of_handwashing_with_soap_on_diarrhea_risk_2003.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 42 Fung I C H et Cairncross S (2009) Ascariasis and handwashing. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol 103, no 3, pp215-222
- 43 WELL (non daté) *Health impact of handwashing with soap* [Internet]. Consultable sur www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-htm/Handwashing.htm (Consulté le 3 août 2012)
- 44 Bartram J et Cairncross S (2010) Hygiene, sanitation, and water: Forgotten foundations of health. *PLoS Medicine*, vol 7, no 11. Consultable sur : www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000367 (Consulté le 3 août 2012)
- 45 Curtis V, Schmidt W, Florez R, Touré O et Biran A (2011) Hygiene: new hopes, new horizons. *The Lancet Infectious Diseases*, vol 11, no 4, p 312
- 46 Bartram J et Cairncross S (2010) Hygiene, sanitation, and water: Forgotten foundations of health. *PLoS Medicine*, vol 7, no 11, p1. Consultable sur : www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000367 (Consulté le 3 août 2012)
- 47 Curtis V, Schmidt W, Florez R, Touré O et Biran A (2011) Hygiene: new hopes, new horizons. *The Lancet Infectious Diseases*, vol 11, no 4, p 313
- 48 Touré O, Coulibaly S, Arby A, Maiga F, Cairncross S (2011) Improving microbiological food safety in peri-urban Mali: An experimental study. *Food Control*, vol 22, pp1,565-1,572
- 49 Bartram J et Cairncross S (2010) Hygiene, sanitation, and water: Forgotten foundations of health. *PLoS Medicine*, vol 7, no 11, p3. Consultable sur : www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000367 (Consulté le 3 août 2012)
- 50 Mara D, Lane J, Scott B and Trouba D (2010) Sanitation and Health. *PLoS Medicine*, vol 7, no 11. Consultable sur : www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000363 (Consulté le 3 Août 2012)
- 51 WaterAid (2008) Tackling the silent killer, p.9. WaterAid, Londres, Royaume-Uni. Consultable sur : www.wateraidamerica.org/includes/documents/cm_docs/2008/t/tacking_the_silent_killer_the_case_for_sanitation_1.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 52 WSSCC et OMS (2005) *Sanitation and hygiene promotion: Programming guidance*, p.8. WSSCC et OMS. Disponible sur : www.WHO.int/water_sanitation_health/hygiene/sanhygpromo.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 53 OMS (2012) *Soil-transmitted helminth infections*. Consultable sur : www.WHO.int/mediacentre/factsheets/fs366/en/ (Consulté le 18 décembre 2012)
- 54 UNICEF (1999) *Towards better programming. A manual on school sanitation and hygiene*. *Water, Environment and Sanitation Technical Guidelines Series – No 5*. Consultable sur : www.unicef.org/wash/files/Sch_e.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 55 Voir par exemple Sommer M (2010) Putting menstrual hygiene management on to the school water and sanitation agenda. *Waterlines* vol 29, no 4, pp268-278
- 56 WaterAid, BRAC, IRC and WSSCC (2010) *Effective hygiene behaviour change – Messages from the South Asia hygiene practitioners' workshop*. WaterAid, BRAC, IRC and WSSCC, Dhaka, Bangladesh. Consultable sur : www.wsscc.org/resources/resource-publications/effective-hygiene-behaviour-changeprogramming-messages-south-asia (Consulté le 3 août 2012)

- 57 Sommer M (2010) Putting menstrual hygiene management on to the school water and sanitation agenda. *Waterlines* vol 29, no 4, pp268-278
- 58 Krukkert I, da Silva Wells C, Shrestha Y et Duwal, M D (2010) Hygiene promotion for men: Challenges and experiences from Nepal. *Waterlines*, vol 29, no 4, pp279-290
- 59 Les informations inclus dans ce chapitre sont tirés pour l'essentiel de WaterAid (2010) *Cadre directeur relatif à l'équité et à l'inclusion*, WaterAid, Londres, Royaume-Uni. Consultable sur : www.wateraid.org/documents/plugin_documents/equity_and_inclusion_english.pdf (Consulté le 2 août 2012); et Kamminga E and Wegelin-Schuringa M (KIT) (2006) *HIV/AIDS and water, sanitation and hygiene*. Royal Tropical Institute – KIT. Consultable sur : www.irc.nl/page/3462 (Consulté le 3 août 2012).
- 60 Le projet Sphère a été crée en 1997 suite à une inquiétude croissante concernant le manque de cohérence de l'aide humanitaire dans les situations d'urgence. Publié pour la première fois en l'an 2000, il est régulièrement actualisé. Le guide définit des standards minimums concernant la santé, l'accès à l'eau potable et l'assainissement, le logement et la sécurité alimentaire dans les situations d'urgence. Projet Sphère (2011) *Manuel Sphère. La charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*, Practical Action Publishing, Rugby, Royaume-Uni, consultable sur www.sphereproject.org/handbook/ (Consulté le 3 août 2012)
- 61 OMS (2009) *Technical note for emergencies – Hygiene promotion in emergencies*. OMS. Consultable sur : http://wedc.lboro.ac.uk/resources/OMS_notes/OMS_TN_10_Hygiene_promotion_in_emergencies.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 62 Le manuel Sphère peut être téléchargé en français sur www.sphereproject.org/handbook/ (Consulté le 3 août 2012) Une autre source intéressante sur la promotion de l'hygiène en situation d'urgence est Global WASH Cluster (2009) *Introduction to hygiene promotion: Tools and approaches*. Global WASH Cluster, New York, Etats-Unis. Consultable sur : http://onerresponse.info/GlobalClusters/Water%20Sanitation%20Hygiene/publicdocuments/1_Introcn_22sep09.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 63 Le WSSCC a publié en 2010 un guide très utile disponible en français qui propose une vue d'ensemble des approches participatives : *Introduction aux stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement*. Y sont présentées les principales méthodes de participation communautaire ainsi que les approches marketing axées sur des interventions spécifiques. Consultable sur : http://www.wsscc.org/sites/default/files/publications/software_compendium_fr_light.pdf. (Consulté le 3 août 2012)
- 64 WSSCC (2010) *Introduction aux stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement*. Consultable sur : http://www.wsscc.org/sites/default/files/publications/software_compendium_fr_light.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 65 Harvey E (document interne de 2002) *Participatory methodology facilitation guide*
- 66 OMS (1998) *Manuel pas-à-pas sur PHAST : une approche participative pour enrayer les maladies diarrhéiques*. OMS. Consultable sur : http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_EOS_98.3_part1_fre.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 67 UNICEF (1997) *A sanitation handbook*, Appendix B-1. UNICEF, New York, États-Unis. Consultable sur : www.unicef.org/wash/files/San_e.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 68 WSSCC (2010) *Introduction aux stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement*. p. 33 Consultable sur : http://www.wsscc.org/sites/default/files/publications/software_compendium_fr_light.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 69 D'après www.iisd.org/casl/caslguide/rapidruralappraisal.htm (Consulté le 3 août 2012)
- 70 WSSCC (2010) *Introduction aux stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement*. p. 31 Consultable sur : http://www.wsscc.org/sites/default/files/publications/software_compendium_fr_light.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 71 D'après Sustainable Sanitation and Water Management (non daté) *Participatory hygiene and sanitation transformation (PHAST)* [sur Internet]. Consultable sur : www.sswm.info/category/planning-processtools/programming-and-planning-frameworks/frameworks-and-approaches/hygi-0 (Consulté le 3 août 2012)
- 72 WaterAid (2011) *Plan-cadre sur l'assainissement*, p. 21. WaterAid, Londres, Royaume-Uni. Consultable sur : www.wateraid.org/documents/plugin_documents/sanitation_framework_1.pdf (Consulté le 2 août 2012)
- 73 WaterAid (2011) *Plan-cadre sur l'assainissement*, p. 20. WaterAid, Londres, Royaume-Uni. Consultable sur : www.wateraid.org/documents/plugin_documents/sanitation_framework_1.pdf (Consulté le 2 août 2012)
- 74 Africa Ahead (Association for Applied Health Education and Development) (non daté) *Community health clubs* [sur Internet]. Consultable sur : www.africaahead.org/welcome-to-africa-ahead-the-communityhealth-club-approach-to-sustainable-development/community-health-clubs/ (Consulté le 3 août 2012)

- 75 WSSCC (2010) *Introduction aux stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement*. p. 61 Consultable sur : http://www.wsscc.org/sites/default/files/publications/software_compendium_fr_light (Consulté le 3 août 2012)
- 76 Le Child to Child Trust website est une ressource utile : www.child-to-child.org/ (Consulté le 3 août 2012)
- 77 WSSCC (2010) *Introduction aux stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement*. p. 63 Consultable sur : http://www.wsscc.org/sites/default/files/publications/software_compendium_fr_light (Consulté le 3 août 2012)
- 78 WSSCC (2010) *Introduction aux stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement*. p.61 Consultable sur : http://www.wsscc.org/sites/default/files/publications/software_compendium_fr_light (Consulté le 3 août 2012)
- 79 D'après WELL (2005) *Social marketing: A consumer-based approach to promoting safe hygiene behaviours* [sur Internet]. Consultable sur : www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheetshtm/Social%20marketing.htm (Consulté le 3 août 2012)
- 80 WSSCC (2010) *Introduction aux stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement*. p.67 Consultable sur : http://www.wsscc.org/sites/default/files/publications/software_compendium_fr_light (Consulté le 3 août 2012)
- 81 WSSCC (2010) *Introduction aux stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement*. p.69 Consultable sur : http://www.wsscc.org/sites/default/files/publications/software_compendium_fr_light.org (Consulté le 3 août 2012)
- 82 WSSCC (2010) *Introduction aux stratégies participatives et de promotion en matière d'hygiène et d'assainissement*. Consultable sur : http://www.wsscc.org/sites/default/files/publications/software_compendium_fr_light (Consulté le 3 août 2012)
- 83 Pour de plus amples informations, se référer au document du Programme Eau et Assainissement de la Banque mondiale (WSP) (non daté) *Total sanitation and sanitation marketing project* [sur Internet]. Consultable sur : <http://www.wsp.org/wsp/node/130> (Consulté le 3 août 2012)
- 84 Devine J (2010) Beyond tippy-taps: The role of enabling products in scaling up and sustaining handwashing. *Waterlines*, vol 29, no 4, p. 304-314
- 85 Le programme Eau et Assainissement (WSP) de la Banque mondiale a compilé une liste des produits animateurs à laquelle on peut se référer en consultant : www2.wsp.org/scalinguphandwashing/enablingtechnologies
- 86 Différents outils et méthodes pouvant être utilisés pour le suivi et l'évaluation sont détaillés dans Almedom A M, Blumenthal U and Manderson L (1997) *Hygiene evaluation procedures: Approaches and methods for assessing water-and sanitation-related hygiene practices*. INFDC, IT Publications, Londres, Royaume-Uni; et dans Boot M et Cairncross S (Eds) (1993) *Actions speak: The study of hygiene behaviour in water and sanitation projects*. IRC/LSHTM, Delft, Pays-Bas.
- 87 Pour de plus amples informations sur le suivi post-intervention, se référer à WaterAid (2010) *Directives relatives au suivi post-mise en œuvre et suivi des interventions portant sur l'eau potable et l'assainissement*, WaterAid, Londres, Royaume-Uni, qui explique comment effectuer le suivi post-intervention et sélectionner des échantillons représentatifs. Sont également incluses des recommandations sur la façon de collecter les données, les archiver et les présenter. Pour compléter les connaissances et les ressources existantes, WaterAid entend mener à l'avenir d'autres études en vue de renforcer le suivi et l'évaluation des changements de comportement liés à l'hygiène.
- 88 SNV et IRC (2010) *Sustainable sanitation and hygiene for all – Performance monitoring instruction*, p. 5. Agence néerlandaise de coopération (SNV) et IRC. Consultable sur : www.irc.nl/page/57189 (Consulté le 3 août 2012)
- 89 Les informations concernant ce chapitre sont tirées pour l'essentiel du travail effectué par Vicky Blackbrough, chargée de la promotion de l'hygiène à WaterAid de 1997 à 2001.
- 90 Vicky Blackbrough a conseillé WaterAid sur les questions d'hygiène à plein temps de 1997 à 2001 puis à temps partiel en 2002 et 2003, jusqu'à ce que sa fonction prenne fin 2004 pour être intégrée au rôle de facilitation concernant la capitalisation des programmes.
- 91 Ces indicateurs de contribution stratégique remplacés ensuite par les indicateurs de Bath étaient axés sur le suivi des changements de comportement liés à l'hygiène et mesuraient spécifiquement le taux d'augmentation du lavage des mains du public cible, et ce pendant plus de trois ans après la fin de l'intervention financée par WaterAid, ainsi que le pourcentage de ménages dont tous les membres continuaient à utiliser des équipements sanitaires hygiéniques « améliorés » pour la défécation plus de trois ans après que la fin de l'intervention financée par WaterAid. Ces indicateurs ont été remplacés en 2006 par un système général d'évaluation des résultats (*Annual performance review framework ou APRF*), dans le cadre duquel les programmes-pays doivent communiquer chaque année le nombre total de bénéficiaires directs des interventions en matière d'hygiène (c'est-à-dire ceux qui

- pratiquent désormais une bonne hygiène) grâce à un projet ou une campagne de promotion de l'hygiène ayant bénéficié d'un financement de WaterAid.
- 92 Blackbrough V (2006) *History of hygiene promotion in WaterAid*
- 93 Voir aussi les publications en ligne de l'IRC consacrées à l'hygiène : www.irc.nl/page/51605.
- 94 WaterAid (2011) *Promoting good hygiene practices: Key elements and practical lessons*. WaterAid, Melbourne, Australie. Consultable sur : www.irc.nl/page/64892 (Consulté le 3 août 2012)
- 95 En 2009/2010, la cellule d'appui technique (*Technical Support Unit -TSU*) a mené une évaluation quantitative et qualitative des solutions techniques et approches mises en œuvre par les programmes-pays (sur la base des données 2008/2009). Cette étude distingue les technologies relatives à l'alimentation en eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement, et repose sur des questionnaires et sur des entretiens avec les personnels des programmes-pays (des études qui ne sont cependant pas exhaustives, d'autres recherches et vérifications pourraient être nécessaires). Les programmes-pays ont par ailleurs été consultés en mai et juin 2011, une démarche qui s'est révélée riche d'enseignements sur les définitions et les approches, les mécanismes de suivi-évaluation et les besoins futurs en matière de promotion de l'hygiène à l'échelle mondiale, régionale et nationale. Cette section ne reprend pas l'ensemble des données réunies lors de cette consultation ; celles-ci ont été conservées pour leur exploitation future.
- 96 WaterAid Zambie (2011) *Hygiene framework consultation part 1 of 5*. WaterAid, Zambie
- 97 WaterAid Zambie et WaterAid Ghana (2011) *Hygiene framework consultation part 1 of 5*. WaterAid, Zambie et Ghana
- 98 La mise en œuvre de la méthodologie PHAST par des animateurs inexpérimentés et non formés a tendance à se transformer en un exercice didactique plutôt que véritablement participatif. Il faut une certaine compétence pour utiliser correctement les outils et les approches. Cela étant, lorsqu'elle est bien employée, cette approche peut se révéler extrêmement efficace.
- 99 UNICEF (1999) *Towards better programming. A manual on school sanitation and hygiene*. Water, Environment and Sanitation Technical Guidelines Series – No 5. Consultable sur : www.unicef.org/wash/files/Sch_e.pdf (Consulté le 3 août 2012)
- 100 D'après WELL (2005) *Social marketing: A consumer-based approach to promoting safe hygiene behaviours* [sur Internet]. Consultable sur : www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheetshtm/Social%20marketing.htm (Consulté le 3 août 2012)
- 101 D'après Almedom A M, Blumenthal U et Manderson L (1997) *Hygiene evaluation procedures: Approaches and methods for assessing water-and sanitation-related hygiene practices*, p. 49-50. INFDC, IT Publications, Londres, Royaume-Uni. Bien que la présence d'un système pour se laver les mains ne se traduise pas nécessairement par l'adoption durable du lavage des mains aux moments clés, le fait que l'on constate avec le temps une augmentation du nombre de lave-mains (surtout équipés de savon ou d'un équivalent disponible localement), associé à l'observation attestée de leur utilisation peut indiquer l'adoption de la pratique du lavage des mains.
- 102 IRC (2004) *Sustainability of hygiene behaviour and the effectiveness of change interventions*. IRC, Pays-Bas. Consultable sur : [http://ec.europa.eu/echo/files/evaluation/watsan2005/annex_files/IRCNL/IRCNL.5.SustainabilityofHP_IRC_Booklet2\[1\]\[1\].pdf](http://ec.europa.eu/echo/files/evaluation/watsan2005/annex_files/IRCNL/IRCNL.5.SustainabilityofHP_IRC_Booklet2[1][1].pdf) (Consulté le 3 août 2012)
- 103 Almedom A M, Blumenthal U et Manderson L (1997) *Hygiene evaluation procedures: Approaches and methods for assessing water-and sanitation-related hygiene practices*. INFDC, IT Publications, Londres, Royaume-Uni
- 104 Boot M et Cairncross S (Eds) (1993) *Actions speak: The study of hygiene behaviour in water and sanitation projects*. IRC/LSHTM, Delft, Pays-Bas Des indicateurs de référence sont également en cours de formulation dans le cadre des processus de WaterAid liés à l'évaluation post-intervention (PIM)
- 105 Almedom A M, Blumenthal U et Manderson L (1997) *Hygiene evaluation procedures: Approaches and methods for assessing water-and sanitation-related hygiene practices*, p. 55. INFDC, IT Publications, Londres, Royaume-Uni
- 106 Les services gouvernementaux en charge de l'éducation peuvent par exemple être encouragés à soutenir les activités de promotion de l'hygiène basées sur l'approche « enfant-à-enfant » dans les écoles. Cette approche permet d'éviter la duplication des efforts et les conflits d'intérêt ; elle maximise les ressources limitées, élargit la sphère d'influence de WaterAid, développe les capacités des partenaires et des populations locales, et renforce durablement les programmes de promotion de l'hygiène.
- 107 Les indicateurs qui mesurent les effets (*outcome*) sont différents de ceux qui mesurent les éléments tangibles (*output*) : le constat de la présence de lave-mains ou le nombre de lave-mains ne nous disent rien sur le fait qu'ils soient utilisés ou non, ou sur la façon dont ils sont utilisés.



WaterAid a pour mission de transformer des vies en améliorant l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement de populations parmi les plus pauvres au monde. Nous travaillons avec des partenaires et influençons les décideurs pour maximiser notre impact.

Immatriculée au registre des organisations à but non lucratif sous les n°288701 (Angleterre et Pays de Galles) et SC039479 (Écosse)

WaterAid
47-49 Durham Street
London, SE11 5JD, UK
Téléphone: +44 (0) 20 7793 4500
Télécopie: +44 (0) 20 7793 4545
Courriel: wateraid@wateraid.org

www.wateraid.org

Décembre 2012