

Ministère de la Santé
de la Solidarité et des
Personnes Agées
République du Mali

LABAL

ET

SANIYA

**L'évaluation du projet L'Education à l'Hygiène et Assainissement
du programme YW 302**

**RAPPORT D'EVALUATION
LA HAYE, 10 Avril 1997**

SOMMAIRE

i)	Remerciements	v
ii)	Liste des Abréviations	vi
iii)	Résumé de recommandations	vii
I	<i>Introduction</i>	
I.1	Contexte et objectifs de la mission (voir termes de référence)	1
I.2	Dessein du rapport	1
I.3	Information de base sur le programme	2
I.4	Le programme de coopération Mali-UNICEF 1998-2002 et le programme YW 302 dedans	3
I.5	Méthodologie de l'évaluation et sélection des villages visités	5
	Les limites de l'évaluation	
	La méthode de travail	
	Le choix des villages	
II	<i>Analyse du programme (par objectif du terme de référence)</i>	7
II.1	La conformité avec l'approche participative/approche projet-village	7
	Impression générale	
	La prise de décision et choix de technologie par rapport aux forages équipés de pompes	
	La prise de décision et choix de technologie par rapport au assainissement et sujets d'animation	
	Autres formes de participation	
	Recommandations	
II.2	Le niveau de compréhension de l'esprit du projet	9
	Quel est l'esprit du projet?	
	Le rôle des intervenants au niveau national et régional	
	Le réseau d'animateurs	
	Les problèmes de coordination et de collaboration au niveau régional	
	Recommandations	
II.3	L'adéquation des outils et supports de formation et d'IEC et le niveau de la maîtrise par les animateurs	12
	Les outils et supports de formation et d'IEC	
	L'utilisation des outils	
	Le niveau de la maîtrise des outils par les animateurs	
	Recommandations	
II.4	L'impact de l'IEC sur les connaissances, les attitudes et pratiques des communautés	14
	Les connaissances et les attitudes	
	Le changement de comportement	

	La connaissance, l'attitude favorable et.....les conditions nécessaires pour arriver un changement de comportement	
	Quels sont les objectifs spécifiques?	
	Recommandations	
	Déterminer des objectifs spécifiques	
II.5	Le niveau de participation et de satisfaction des communautés, y compris celles des femmes	17
	La structure organisationnelle facilitant la participation	
	L'utilisation et la participation à la gestion des ouvrages	
	Les difficultés liées à la gestion des ouvrages	
	La vulgarisation des latrines	
	Le rôle des femmes dans la gestion des ouvrages	
	Recommandations	
II.6	Le projet dans le cadre de la décentralisation	21
	La décentralisation administrative du Ministère de Santé	
	La décentralisation des activités d'éducation à l'hygiène, d'eau et d'assainissement	
	Le statut et le nouveau rôle des animateurs dans le contexte de la décentralisation	
	Recommandations	
III	Sujets additionnels	24
III.1	Le programme scolaire	24
III.2	L'utilisation des autres média	25

Annexes

- A. Termes de références
- B. Le contexte politique déterminant le programme de coopération Mali-UNICEF 1998-2002
- C. Liste provisoire des indicateurs/points d'attention et questions pertinentes par rapport aux objectifs de l'évaluation
- D. Méthodologie de l'évaluation
- E. Calendrier de l'évaluation
- F. Documents consultés
- G. Personnes rencontrées
- H. Villages visités

i) Remerciements

La mission d'évaluation du Projet Education à l'Hygiène et Assainissement a été menée par une consultante de l'IRC, Ms Eveline BOLT du 16 mars au 4 avril 1997. Elle était composée d'une consultante indépendante Ms Fatima MEITE, de deux consultants internes Mr Saidou MAIGA de la Cellule de la planification et de la Statistique Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées et du Dr. Mamadou KANE de la Direction Nationale de la Santé Publique.

L'équipe de l'évaluation tient à remercier tous les services et leurs membres qui ont contribué au bon déroulement de cette mission et particulièrement:

- * Les comités d'eau, les ASV et les villageois de:
Bakoro, Sinamkoro, Karamani, Doundou, Manaco,
Anacaga, Ené, Diankabou Dogon, Kono-na, Gagnia, Soala, Syn,
Goundaka, Niaouro, Débèré, Nokara, Gouo, Noumbou, Koloko,
Songho, Korou, Doucoumbo, Logon, Golo, Sadia Habbé et Anagara;
- * Moustapha Diouf, UNICEF-Mali, Bamako
- * Ousmane Touré, DNHA, Bamako
- * Daniel Traoré, Responsable du projet, Mopti
- * Ibrahim Touré, Superviseur, Mopti
- * Adama Diakité, Superviseur, Mopti
- * Mme. Korka Tamboura, Animatrice, Mopti

ii) Liste des Abréviations

ASACO	Association de Santé Communautaire
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSAR	Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé
DE	Division Epidémiologie
DHA	Division d'Hygiène et d'Assainissement
DNHE	Direction Nationale d'Hydraulique et d'Energie
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DHA	Division d'Hygiène et d'Assainissement au niveau Régional
DRHE	Direction Régionale d'Hydraulique et d'Energie
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
IRC	Centre International pour l'Eau et l'Assainissement
ONG	Organisation Non-Gouvernementale

iii) Résumé de recommandations

Tandis qu'il y a plusieurs méthodes d'intégrer les recommandations dans un rapport, l'équipe d'évaluation a décidé de les formuler par rapport à chaque objectif du termes de référence. Vous trouverez des recommandations qui se laissent grouper comme suite:

- recommandations concernant l'étendue de la conception "approche participative" et les conséquences par rapport au rôle des intervenant, la méthode de travail, les outils;
- recommandations concernant le contenu d'un programme d'éducation à l'hygiène;
- recommandations concernant la vulgarisation des latrines et la durabilité des ouvrages;
- recommandations concernant l'organisation de l'éducation pour l'hygiène et l'assainissement dans une structure décentralisée.

L'équipe d'évaluation a essayé de formuler des recommandations aussi concrètes que possibles.

I Introduction

1.1 Contexte et objectifs de l'évaluation

Le programme d'Hydraulique Villageoise, d'Education à l'Hygiène et d'Assainissement amorcera sa troisième phase en 1998 qui se déroulera dans le cadre du programme de coopération Mali-UNICEF 1998-2002 (voir I.4). Afin de capitaliser les acquis et de tirer les leçons des cinq dernières années d'activités, L'UNICEF-MALI a sollicité l'évaluation des différents projets du programme.

La présente évaluation du volet Education à l'Hygiène et Assainissement a été menée par le Centre International pour l'Eau et l'Assainissement (l'IRC). Le Centre était également impliqué dans le développement de ce volet en 1990. L'équipe d'évaluation était composée d'évaluateurs internes et externes.

La mission d'évaluation, qui s'est déroulée du 16 mars au 04 avril 1997, visait les objectifs suivants (voir Termes de Référence, annexe A):

1. Vérifier si les objectifs, stratégies et activités retenus dans les documents et mis en oeuvre sont en conformité avec l'approche participative (projet-village).
2. Evaluer le niveau de compréhension de l'esprit du projet par les différents acteurs et autres partenaires.
3. Voir si les outils et supports de formation et d'IEC sont adéquats, évaluer le niveau de la maîtrise de ces outils par les animateurs, et l'impact de la formation sur les capacités de ces derniers.
4. Evaluer l'impact de l'IEC sur les connaissances de la relation eau/santé/hygiène et sur les attitudes et pratiques des communautés en matière d'hygiène et d'assainissement.
5. Déterminer le niveau de participation des communautés, y compris celle des femmes, à l'exécution du projet et à la gestion des équipements, et leur degré de satisfaction par rapport notamment à l'existence et au fonctionnement des comités villageois, mais aussi à l'utilisation, au fonctionnement et à l'entretien des installations.
6. Elaborer un rapport faisant ressortir les forces et les faiblesses du projet, mais aussi des recommandations pertinentes qui pourront servir dans le cadre de l'élaboration du prochain programme. L'évaluation devra prendre en compte la politique de la décentralisation pour assurer une meilleure convergence géographique et intersectorielle (santé/eau-hygiène-assainissement) dans les aires de santé.

1.2 Dessenin du rapport

Le rapport commence à décrire l'exécution de la phase du programme en cours et le contexte dans lequel se trouvera la prochaine phase (1998-2002) pour que les résultats et les recommandations puissent être bien jugés. Ensuite vous trouvez quelques informations sur la méthodologie de l'évaluation qui montre l'importance que l'équipe d'évaluation attribuait à la participation de chaque niveau impliqué dans le programme.

Tandis qu'un résumé des conclusions se trouve au début du rapport, les résultats de l'évaluation et les recommandations sous forme plus élaborées se trouvent dans la deuxième chapitre du rapport. Cette analyse est faite par objectif du terme de référence.

Quelques sujets additionnels sont traités dans chapitre 3 et dans une huitaine d'annexes vous trouvez de l'information de fond et à laquelle référence est faite dans le texte principal.

1.3 Information de base sur le programme

Le Programme Hydraulique Villageois, d'Education à l'Hygiène et d'Assainissement YW302 1993-1997, est un programme qui vise l'amélioration des conditions de vie des enfants et des femmes au Mali. Ainsi, il se propose de contribuer à la diminution de l'incidence des maladies d'origines hydro-fécale et plus particulièrement l'élimination de la dracunculose de 606 villages de 6 cercles de la région de Mopti. Il devra aussi permettre aux femmes et aux enfants de passer moins de temps à la corvée de l'eau.

Le programme touchera 1231 villages soit 734000 habitants qui représentent 10% de la population rurale du Mali, dans les régions de Tombouctou, Mopti, Ségou et Koulikoro.

Le programme est composé de trois projets interdépendants et complémentaires qui sont :

Le projet Hydraulique villageois	Projet W01
Le projet Education à l'Hygiène et Assainissement	Projet W02
Le projet Appui au programme National d'Eradication de la Dracunculose	Projet H09

Le projet Education à l'Hygiène et Assainissement est à cheval entre les deux projets

(Projet W01 et Projet H09) et constitue la cheville ouvrière du programme. La pertinence d'une telle démarche se justifie par plusieurs facteurs: L'Education à l'Hygiène et l'Assainissement, qui sont indispensables pour l'amélioration des pratiques liées à la gestion des excréta et pour le contrôle des maladies liées à l'utilisation de l'eau, notamment la dracunculose, à travers de l'adoption ou renforcement des habitudes et des comportements favorables.

Le projet Education à l'Hygiène et Assainissement qui fait l'objet de cette évaluation, a pour objectif d'améliorer l'environnement sanitaire et les conditions de vie de 4,5% de la population rurale (environ 3000 personnes) dans 606 villages de 6 cercles de Mopti d'ici 1997, afin de réduire l'incidence des maladies d'origines hydro-fécales au nombre desquelles la dracunculose.

Le projet d'Education à l'Hygiène et Assainissement s'articule autour des axes suivants :

- Etendre l'Education à l'Hygiène afin d'amener tous les villages desservis par un point d'eau bactériologiquement sain à une utilisation optimale de ces points d'eau pour les besoins domestiques et, le cas échéant le traitement ou la filtration de l'eau en provenance de source d'eau non sûre ;
- Promouvoir et vulgariser des infrastructures d'assainissement pour assurer une meilleure évacuation des excréta et une meilleure gestion des déchets solides et des eaux usées ;

Les instruments pour la mise en oeuvre de ce projet sont la formation, l'information, l'éducation et la communication

Ces instruments devront susciter un changement de comportements qui devront contribuer à une amélioration des conditions de vies des populations rurales dans la zone d'intervention.

Le programme s'est déroulé, jusqu'ici en deux phases:

1) Une première phase de 1988 à 1992.

Au cours de cette phase 261 forages productifs ont été réalisés dont 214 forages équipés, 188 forages ont été aménagés et 1300 pompes ont été mises en place. Le volet assainissement du programme pendant cette première phase s'est limitée à:

- des études CAP dans 8 villages;
- un séminaire national de programmation;
- un atelier de formation des animateurs et des superviseurs;
- une étude pour l'élaboration d'une stratégie nationale d'assainissement en milieu rural;
- une enquête nationale partielle sur l'endémicité de la dracunculose (Mopti, Kayes, Ségou, Koulikoro);
- l'élaboration du premier draft d'un manuel de formation à l'éducation à l'hygiène à l'intention des animateurs.

2) Une deuxième phase de 1993-1997.

Cette phase a permis à l'UNICEF de consolider les résultats de la première phase en tenant compte des recommandations de l'évaluation à mi - parcours du projet eau et assainissement 1988-1992 (MLI 022) du 12 octobre 1990.

Cette évaluation recommande qu'un accent particulier soit mit sur :

1. L'Education à l'Hygiène qui était une composante faible du précédent programme et de prendre en compte les conditions de l'environnement dans la programmation des ouvrages.
2. La participation réelle des populations en développant une approche de participation communautaire permettant d'adapter les solutions techniques, organisationnelles et financières aux réalités locales.

1.4 Le programme de coopération Mali-UNICEF 1998-2002 et le programme YW 302 dedans

La formulation de la stratégie du programme de coopération Mali-UNICEF 1998-2002 a été guidée par les politiques de développement humain du Mali, les politiques sectorielles, les politiques de démocratisation et de décentralisation et la mission de l'UNICEF. Cette coopération essaie d'être complémentaire par rapport aux appuis des autres partenaires du Gouvernement.

Ainsi, l'objectif globale du programme de coopération est de contribuer à l'effort du Mali en vue du bien-être des enfants et des femmes se traduit dans les stratégies globales suivantes:

- Renforcer la capacité du Mali dans la formulation et la mise en oeuvre d'un cadre cohérent de politiques de développement qui assure le droit de l'enfant et de la femme à la survie, au développement, à la protection et à la participation;
- Appuyer l'épanouissement de la société civile pour une plus grande responsabilisation des population dans la prise en charge du développement;
- Appuyer la mise en oeuvre du processus de décentralisation;

- Renforcer la convergence géographique des interventions multi-sectorielles tout en accordant une priorité particulière aux enfants et aux femmes le plus pauvres.¹

Ce programme de coopération sera opérationnel à travers des Programmes Intersectoriels: Survie, Développement et Protection. Pour que le programme arrive à un impact maximum il cherche la convergence géographique des interventions dans le cadre des programmes intersectoriels.

Le programme intersectoriel Survie consistera des domaines Santé et Eau-Assainissement-Hygiène pour atteindre les objectifs qui visent à réduire la mortalité attribuable aux maladies et à "promouvoir la participation et la responsabilisation de la population et des femmes en particulier pour la prise en charge de leurs problèmes de santé". C'est dans ce programme, particulièrement dans le domaine Eau-Assainissement-Hygiène, où se trouveront les interventions qui aujourd'hui font partie du programme YW 302.

Dans ce domaine les objectifs suivants ont été retenus:

- Accroître la couverture des besoins en eau dans 80 Aires de Santé fonctionnelles en eau potable;
- Réduire le taux de pannes des équipements d'exhaure de 40% à 10%;
- Appuyer la mise en place par les populations d'infrastructures d'assainissement dans 80 Aires de Santé;
- Promouvoir des comportements positifs en matière d'hygiène et d'assainissement avec un accent particulier sur les maladies hydro-fécales dans les mêmes Aires de Santé;
- Porter à 80% le taux de couverture des écoles des mêmes Aires de Santé en ouvrages d'assainissement tout en intégrant l'éducation à l'hygiène dans le cursus de l'enseignement fondamental;
- Réduire à zéro le taux d'incidence du Ver de Guinée et le maintenir à zéro 2 ans après, pour la certification dans la région de Mopti.

Les stratégies prévues sont:

1. Développement d'une approche participative;
2. Mettre en oeuvre de l'éducation à l'hygiène dans le Paquet Minimum des Activités (PMA) du personnel du CSCOM;
3. Responsabiliser des femmes;
4. Renforcer les capacités des structures associatives et d'autres collectivités locales;
5. Appuyer les services techniques en vue de la décentralisation;
6. Adopter une approche d'intégration intersectorielle;
7. Renforcer le système d'information sanitaire dans le cadre de l'éradication du ver de Guinée;
8. Appuyer l'émergence du secteur privé pour la réalisation et la maintenance des ouvrages;
9. Encourager le partenariat avec les ONGs et les autres intervenants;
10. Étendre la couverture des besoins en eau et assainissement;
11. Adopter des technologies fiables, appropriées et à faible coût et le principe de réhabiliter et aménager les équipements et ouvrages déjà existants;

¹ Document de stratégie, programme de coopération Mali-UNICEF 1998-2002

12. Arriver à un partage des coûts de fonctionnement, d'entretien et d'investissement par la collectivité.

Pour la mise en oeuvre dans le domaine Hydraulique-Assainissement-Hygiène, une continuation des 3 volets est prévu; Hydraulique villageoise, Assainissement-hygiène et Eradication ver de Guinée.

La stratégie formulée montre clairement que se sont les Aires de Santé fonctionnelles qui seront à la base du programme UNICEF-Mali 1998-2002. Etant la structure à travers laquelle le programme se déroulera, les recommandations de l'évaluation prennent compte des Aires de Santé fonctionnelles. Pour plus de détails sur le contexte politique déterminant le programme YW 302 (la politique de décentralisation et la politique nationale de l'hygiène publique) voir annexe B.

1.5 La méthodologie de l'évaluation

Les limites de l'évaluation

La mission évalue un volet du Programme 302 YW, celui du Projet Education à l'Hygiène et Assainissement. Elle n'a pas la prétention de vouloir évaluer l'impact dans le sens d'une amélioration de la santé des populations. Une telle évaluation nécessiterait d'autres instruments et méthodes d'évaluation et s'effectuerait avec une équipe dont les membres auraient un différent profil.

Cette évaluation est une évaluation qualitative qui se propose d'apporter des éléments de réponses à un certains nombres de questions que se pose le projet quant à son approche des populations en rapport avec l'approche participative, la pertinence des instruments et outils utilisés par leurs agents sur le terrain ainsi que de leurs maîtrisent par ces derniers. En plus, le temps imparti pour l'évaluation permet juste d'observer des comportements à un temps donné. Les résultats doivent être donc considérés comme des indications de tendance et non comme des certitudes.

La méthode de travail

L'analyse documentaire ainsi que des entretiens avec les responsables et le personnel du projet ont permis aux membres de la mission de finaliser la grille d'évaluation formulée à partir des termes de référence élaborés par UNICEF - MALI (voir annexe C), c.a.d. d'arriver à une entente sur les indicateurs et la méthode de travail concernant les visites aux villages.

Cette grille d'évaluation élaborée à Bamako, a été revue et finalisée sur le terrain à Mopti, au terme d'entretiens avec l'ensemble des membres de l'équipe de Mopti (responsable du projet au niveau régional, les superviseurs et une animatrice). Les évaluateurs ont souligné lors de ces rencontres l'importance de la participation des membres de l'équipe et des populations bénéficiaires du projet à l'analyse des performances et des insuffisances de celui-ci.

Pour mener à bien son mandat la mission a constitué deux équipes de trois membres (un évaluateur externe, un évaluateur interne et un superviseur régional). Afin d'harmoniser la démarche des équipes, la mission a effectué ensemble, un pré-test de la méthode développée dans deux villages du cercle de Mopti.

(pour plus de détail sur la méthodologie, le calendrier, les documents consultés et les personnes rencontrées voir annexes D, E, F, G).

Le choix des villages

Le choix des villages à visiter a été effectué avec les membres de l'équipe du projet au niveau régional. La mission disposait de 10 jours, avec une équipe de 6 personnes pour évaluer les activités du projet qui couvrent 840 villages.

En fonction donc de la contrainte de temps et de ressources humaines, la mission a sélectionné un certain nombre de villages selon certains critères notamment, l'intensité des différentes activités réalisées dans un village, la distance entre les villages et les villages où le projet rencontre des difficultés dans le cadre de l'exécution de ses activités.

La mission a choisi de se rendre dans les six cercles que couvre le programme dans la région de Mopti. Il s'agit des cercles de Mopti, Bandiagara, Douantza couverts par un superviseur et les cercles de Djenné, Bankass et Koro couverts par le second superviseur.

La mission s'est rendue dans quatre à cinq villages par cercle (voir annexe H pour détail des villages couverts) en fonction des activités réalisées dans les villages (forage, latrinisation, animation, aménagement de puits traditionnels). Pour prendre en compte l'objectif six des termes de référence portant sur la décentralisation, la mission s'est rendu dans quatre Centres de Santé Communautaire (CSCOM)/Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé (CSAR) de la région.

II Analyse du programme (par objectif des termes de référence)

II.1 La conformité avec l'approche participative/approche projet-village

Le concept de l'approche participative a été défini par un certain nombre de principes auxquels la mission a apporté des éléments de réponses, les plus importants étant: la prise de décisions par la population (par rapport au choix de technologies dans le volet hydraulique et au choix des sujets d'animation dans le volet Education à l'Hygiène et Assainissement), l'implication de chaque couche de la société et des femmes et la réponse à un besoin prioritaire des populations.

Impression générale

A travers quelques indicateurs la mission a pu constater que dans le cadre du projet l'Education à l'Hygiène et Assainissement l'approche participative semble une approche qui vise à un changement de comportement qui porte sur trois éléments:

1. la contribution des villageois à fin de s'assurer de l'appropriation et de limiter les coûts du programme pour que plus de villages puissent être couverts;
2. l'utilisation des ouvrages d'eau et d'assainissement;
3. la mise en place et la gestion d'un système pour la vulgarisation et l'entretien des ouvrages.

En prenant compte le temps disponible aux animateurs et les outils mis à leur disposition, les acquis du projet sont forts (voir aussi II.4). En utilisant les structures locales les animateurs arrivent de créer une bonne volonté par rapport à l'amélioration des conditions d'eau et d'assainissement et à faire utiliser et entretenir les ouvrages mis en place.

L'entier du programme répond à l'un des besoins prioritaires des populations rurales, celui de l'accès à l'eau potable et en quantité suffisante.

La prise de décision et choix de technologie par rapport aux forages équipés de pompes

Les populations sont à peine impliquées dans le choix du site et des technologies concernant l'installation des forages équipés de pompe. Dans le premier cas, cela dépend des conditions géophysique du site qui ne sont ni maîtrisables par les techniciens ni par les populations. D'autre part, les populations ont très peu de connaissance et de choix technologiques et techniques pour pouvoir faire des propositions concrètes.

D'une manière générale, la mission a pu constater que même si les populations n'étaient pas impliquées dans le processus de prise de décision concernant la nature de la technologie à choisir, le choix du site de réalisation des ouvrages, le besoin crucial en eau potable et en quantité à travers la réalisation de forage et de puits était les plus importants pour elles. Elles utilisent les ouvrages réalisés lorsque ceux-ci sont fonctionnels et répondent à leurs besoins.

La prise de décision et choix de technologie par rapport au assainissement et sujets d'animation

Tandis que les pompes sont réalisées par le Projet d'Hydraulique Villageoise, l'aménagement autour du point d'eau est assuré par le projet d'Education à l'Hygiène et Assainissement. Il exécute la margelle autour du forage pour garder l'environnement immédiat autour du point d'eau salubre et réduire les risques de contamination de l'eau. Quant à l'aménagement des points d'eau la population peut

s'exprimer par rapport à la nécessité d'une abreuvoir. La latrinisation n'introduit pas de nouvelles techniques mais s'inspirent de pratiques traditionnelles compréhensibles et accessibles aux populations.

Les sujets d'animations quant à eux sont décidés par les animateurs et les superviseurs aux cours de séances de travail mensuel. Ils font le bilan de leurs activités du mois et décident des activités à mener pour le prochain mois en fonction des constats fait sur le terrain.

Autres formes de participation

Dans la plupart des villages, qui sont retenus dans le programme sous la base du critère épidémiologique (la prévalence du Ver de Guinée), il y a une forte contribution de la part de la population en terme de cotisation financière et de contribution physique et en matériaux. Cependant, dans quelques cas la population n'est pas prête à cotiser à l'équipement du forage parce que le site ne la convient pas et/ou elle ne comprend pas le raisonnement du choix du site de la part du programme.

Les populations participent aux autres activités du projet notamment à l'aménagement des points d'eaux et la construction de latrines.

Tandis que les négociations tiennent place à travers les comités villageois ou les comités d'eau, il y a une implication de plus de villageois à travers des séances d'animation. Les comités s'occupent aussi avec l'organisation du travail à faire pendant la construction et de la gestion des ouvrages. L'Agent de Santé Villageois (ASV) joue un rôle clé dans la vulgarisation des messages.

Pour la vulgarisation autonome des latrines le projet a formé des mâcons pour la production des dalles (voir aussi II.5).

Recommandations

1. La mission recommande que les populations soient informées des différentes technologies existantes, leurs avantages et leurs inconvénients. Le coût que l'installation et l'entretien des forages impliquent doit être clairement précisé aux populations. Le choix définitif de la technologie à introduire dans le village devra être laissé à la discrétion de la population. Le choix définitif du site, quelle que soit la raison doit être justifié aux populations dans un langage qui leur est compréhensible.
2. Les thèmes programmés pour les séances d'animations devront d'avantage prendre en compte les préoccupations des populations. Ils ne devront pas seulement se baser sur le constat et les décisions prises par les animateurs et les superviseurs lors des réunions mensuelles.
3. Tandis que l'approche appliquée par le projet fait participer la population pour atteindre les objectifs déterminé par le projet, une approche qui va au delà de ça et qui aura une meilleure conformité avec l'approche participative/projet village prévue pour la prochaine phase du programme pourrait être développée.
4. Selon le document de stratégie pour le programme de coopération Mali-UNICEF 1998-2002, l'approche participative vise à permettre aux communautés d'identifier leurs besoins prioritaires, de prendre des décisions et de les mettre en oeuvre pour résoudre leurs problèmes relatifs aux services d'eau et

d'assainissement. Dans ce cas il s'agit d'une gestion des activités relatives à eau et assainissement par la population, plutôt que par le projet. Le projet aura un rôle de facilitation. Le développement d'une approche "gestion communautaire" sur une base pilote (une approche intensive) et le réseau des animateurs formés, permet aussi de continuer avec l'approche appliquée jusqu'à maintenant, étant une approche qui a pu ressortir beaucoup des acquis (voir aussi II.5).

5. En tout cas, le cahier de suivi pourrait être mieux exploité, en utilisant aussi la langue locale et en y mettant les plans d'action convenus pendant les visites de l'animateur. Ca facilite l'auto-suivi par le comité villageois/comité d'eau. La production des affiches qui peuvent être coller dans les places publiques pourrait aussi aider la vulgarisation des messages utilisées par l'animateur et qui ont mené le comité à développer le plan d'action.

Plus de détails sur les implications des deux approche dans le cadre de la décentralisation se trouve dans chapitre II.6.

II.2 Le niveau de compréhension de l'esprit du projet

Quel est l'esprit du projet?

Le Programme d'Hydraulique Villageoise et d'Education à l'Hygiène est composé des projets suivants: Hydraulique Villageoise, Education à l'Hygiène et Assainissement et Eradication du Ver de Guinée. Ainsi interviennent différentes structures gouvernementales à travers leur ministère de tutelle pour la mise en oeuvre du Programme. Ces trois intervenants se retrouvent aussi dans le cadre du projet Education à l'Hygiène et Assainissement.

Il s'agit plus particulièrement de la Direction National de l'Hydraulique et de l'Energie (DNHE) et la Direction Nationale de la Santé Publique (DSNP) sous forme de la Division d'Hygiène et d'Assainissement (DHA) et la Division Epidémiologie (DE). Ils sont chargés de la conception du programme au niveau national et suivi au niveau régional, à travers leur Direction Régionale.

L'esprit/la philosophie du programme est l'intégration du travail de ces différents intervenants, qui font du travail complémentaire et qui visent le même objectif, celui de l'amélioration des conditions de vie des populations rurales.

Une séance de travail à eu lieu à Bamako le 17 mars 1997, avec les différents directeurs du Projet Hydraulique Villageoise, du Projet Eradication du Ver de Guinée et de Education à l'Hygiène et Assainissement. Différents entretiens ont aussi eu lieu avec les responsables régionaux du Projet Hydraulique et du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées sur le terrain. Ces différentes séances de travail ont permis aux différents intervenants de situer leurs actions par rapport au Projet Education à l'Hygiène et Assainissement.

Le rôle des intervenants au niveau national et régional

1. La Division d'Hygiène et d'Assainissement (DHA).

La DHA, division spécialisée de la Direction Nationale de Santé Publique, est chargée de coordonner et de superviser toutes les activités du projet,

particulièrement les activités d'animation dans le cadre de la prise en charge des infrastructures réalisées par les populations.

Au niveau régional, la Division Régionale d'Hygiène et d'Assainissement (DRHA) assure la coordination du réseau d'animateur ainsi que la supervision, le contrôle et l'exécution des tâches assignées aux agents de cercle (les animateurs) dans le cadre du programme.

2. *La Direction Nationale de l'Hydraulique et de l'Energie*

La DNHE intervient notamment dans le cadre de l'éradication du Ver de Guinée. Les villages choisis la réalisation de forage sont fonction de l'endémicité du village en Ver de Guinée. Au niveau régionale la Direction Régionale de l'Hydraulique et de l'Energie (DRHE) ainsi que la base hydraulique chargée de la réalisation des forages, représentent la DNHE.

Une identification des villages endémiques ainsi qu'une analyse de la situation hydraulique et d'approvisionnement en eau potable sont effectuées au préalable par les animateurs du Projet Education à l'Hygiène et Assainissement sur le terrain. Les animateurs indiquent si la situation hydraulique nécessite la création d'un point d'eau ou l'amélioration des points d'eaux existants. Ces informations sont répercutées au niveau régional, puis au niveau national pour décisions.

Lorsque le village est sélectionné, les techniciens de la DNHE attendent que les animateurs mènent leurs activités pré-forages qui sont des séances de sensibilisations, d'information, d'éducation et de communication. Les animateurs informent les populations des villages sélectionnés sur les avantages du forage et la contribution en espèce ou en nature que cela nécessite.

Les villageois après réflexion font part de leurs décisions aux animateurs. Lorsque le village accepte le forage, l'information est transmise aux techniciens de la DNHE pour réalisation effective du forage. Des études techniques et des prospections géophysique sont menées pour décider du choix du site. La capacité de production ainsi que la potabilité de l'eau sont analysées.

3. *La Division Epidémiologique*

Le Projet d'Eradication du Ver de Guinée est géré par la Cellule de Coordination au niveau national. Au niveau régional le programme est supervisé par la Direction Régionale de Santé Publique (DRSP). Sur le terrain les animateurs encadrés par le Projet Education à l'Hygiène et Assainissement sont des personnes ressources pour le Projet Eradication du Ver de Guinée.

Ils exécutent les activités et des tâches précises du programme au niveau le plus périphérique c'est à dire au niveau village, d'où l'intérêt que porte la DE au Projet Education à l'Hygiène et Assainissement.

Les animateurs du réseau encadré par le Projet Education à l'Hygiène et Assainissement, mènent des séances d'IEC sur les méthodes préventives et curatives de la dracunculose. Ils procèdent aussi dans le cadre de l'Eradication du Ver de Guinée à une surveillance épidémiologique permanente dans la zone d'intervention.

4. *L'UNICEF*

Le projet Education à l'Hygiène et Assainissement bénéficie de l'appui technique et financier de l'UNICEF. Le bureau de l'UNICEF chargé du programme, gère les ressources financières et matérielles du programme. Il finance les activités planifiées

et assure leurs suivis (suivi trimestriel, revue annuelle ainsi que du suivi sur le terrain).

Le bureau chargé de la communication à l'UNICEF est chargée d'assister la DHA dans le développement de supports en Information, Education et Communication (IEC). C'est dans ce cadre qu'un manuel d'Education à l'Hygiène destiné aux animateurs sur le terrain a été élaboré ainsi que la réalisation d'une boîte à images qui sert de supports d'animation aux animateurs sur le terrain.

5. Les Organisations Non-Gouvernementales (ONGs)

De nombreuses ONGs intervenaient dans le cadre du programme en mettant des animateurs à la disposition du projet. Nombreux sont aussi ceux qui ont quitté la zone d'intervention. Mais aussi certaines ONGs souhaitaient être dédommagées pour leurs interventions ce qui allaient même à l'encontre de l'un des principes du projet. Le projet continue d'avoir le soutien du Corps de la Paix qui a mis à sa disposition des volontaires. Les animateurs sont pris en charge par leur service de tutelle et viennent en appoint pour soutenir le programme en plus de leurs activités professionnelles. Le projet leur assure un moyen de déplacement et des indemnités pour leurs interventions.

Le réseau d'animateurs

Dans le cadre de l'exécution et du suivi du Programme Hydraulique Villageoise et Education à l'Hygiène, le Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité a mis en place un réseau d'animateurs. Ils appartiennent à différents services étatiques et non gouvernementaux notamment, du Ministère du Développement Rural, des ONGs (Care-Koro, Peace Corps) et du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Ils ont différents profils (techniciens de santé, agents du développement rural, volontaires etc...) et viennent de différents horizons. Les animateurs sont chargés de réaliser les activités du programme avec les populations au niveau le plus périphérique c'est à dire au niveau village. Pour mieux exécuter les tâches, les animateurs sont formés aux méthodes d'IEC par rapport à l'eau, l'assainissement et les maladies y liées et d'approches communautaires. Ils animent des séances de pré-forages dans le cadre du Projet Hydraulique Villageoise. Appuient la réalisation de latrines et de margelle autour de forage, et de puits. Ils animent des séances d'animation autour de thèmes tels que l'aménagement et l'entretien des point d'eau, l'hygiène et l'assainissement et les maladies liées à l'eau.

Les animateurs sur le terrain sont suivis par deux superviseurs rattachés au chef de projet au niveau régional. Ils font le bilan des activités du mois et programment ensemble les activités du mois à venir que chacun aura à exécuter dans les villages qu'ils couvrent.

Les problèmes de coordination et de collaboration au niveau régional

La coordination et la collaboration qui est le cheval de bataille du programme semble être bien compris par les différents intervenants mais difficilement applicable sur le terrain.

Le problème majeur semble se poser au niveau de la coordination des activités entre la DRSP et la DNHE. Le responsable du projet Education à l'Hygiène et Assainissement au niveau régional ne trouve pas d'interlocuteurs officiels de la

DNHE. Cela pose des problèmes importants de planification, de suivi et d'exécution des activités sur le terrain qui pourrait entraver la réussite effective du programme. La plupart du temps les activités des services de l'hydraulique et de ceux des animateurs du réseau ne concorde pas, ce qui peut avoir pour conséquence soit que les animateurs entreprennent les activités de pré-forages sans jamais revoir les techniciens de l'hydraulique dans le village pourtant programmé, soit que les techniciens de l'hydraulique se retrouvent dans des villages programmés où l'animation pré-forage n'a pas eu lieu. Cela veut dire que les techniciens ne disposent ni du soutien nature et ou en espèce de la population

Recommandations

1. La mission recommande une véritable décentralisation des responsabilités, du pouvoir de décision, et des moyens matériels de la DNHE au niveau régional, en utilisant la structures juridiquement en charge afin de faciliter la coordination des activités au niveau le plus périphérique c'est à dire au niveau village.
2. Pour assurer une meilleure coordination des activités sur le terrain la définition des activités et des responsabilités devra être acceptée et assumée par les différents intervenants dans le programme.
3. Un comité régional de suivi devra être mis en place pour la planification, la coordination des activités et la communication entre les différentes structures intervenant dans la mise en oeuvre du programme au niveau régional.

II.3 L'adéquation des outils et supports de formation et d'IEC et le niveau de la maîtrise des outils par les animateurs

Les outils et supports de formation et d'IEC

Les animateurs ont à leur disposition "Vivre mieux", un document élaboré à la base du matériel développé pendant un atelier fin 1991. Ce document consiste d'une grande quantité d'information technique dans le domaine eau, assainissement et hygiène et quelques page sont consacré à une description de l'approche participative et à l'éducation. En plus les animateurs ont un document qui uniquement porte sur l'animation proprement dite. Malheureusement, l'équipe d'évaluation n'a pas pu obtenir un copie de ce document.

Pour les séances dans le villages les animateurs ont à leur disposition des supports visuels, étant un bon nombre d'images plastifiées, qui leur permet d'exécuter quelques techniques de la méthode SARAR, la méthode de participation communautaire privilégiée dans le Projet Education à l'Hygiène et Assainissement (**S**elf esteem, **A**ssociative strength, **R**essources, **A**ction, **R**esponsability).

Les outils utilisés sont principalement *l'histoire à hiatus* et *l'incidence critique* qui suscitent de nombreuses interrogations et discussions au sein de la population lors des séances d'animation.

Elle peuvent amener la population à faire un plan de travail par rapport aux sujets discutés.

Les outils s'adressent effectivement aux problèmes liés à l'eau et à l'assainissement qui sont pertinents dans le contexte malien. Ils sont culturellement appropriés et les

populations peuvent facilement s'identifier aux personnages des images et leur environnement.

En plus, il y a des outils de suivi, comme le cahier utilisé dans le cadre de l'éradication du ver de Guinée et le cahier dans lequel l'animateur décrit ce qu'il a fait pendant sa visite et les rapports mensuels.

L'utilisation des outils

Surtout "Vivre mieux", ce qui est bien illustré, est beaucoup utilisé comme document de base quand les animateurs se préparent pour une visite sur le terrain séance suite à la réunion mensuelle de synthèse et de planification. Les supports visuels sont utilisés en vue de faire participer la population dans le programme et de la faire comprendre la nécessité de l'aménagement des points d'eau, de l'utilisation de l'eau d'une bonne qualité comme eau de boisson, l'importance de la construction et l'utilisation des latrines etc. Les images sont testées profondément et les animateurs ont indiqué que la population les comprend bien. Cependant, ils ont aussi indiqué qu'il y a des éléments dedans qui sont trop petits et alors mal-interprétés. Les animateurs ont également dit que dans quelques villages les images sont déjà bien connu et qu'ils ont besoin de plus d'images ou plus de techniques de manipulation.

Le niveau de la maîtrise des outils par les animateurs

Les animateurs n'ont pas tous eu les mêmes formations. Tandis que tous les animateurs sont formés à l'éradication du Ver de Guinée et aux méthodes d'animation participatives, le SARAR (fin 1994, début 1995), il y en a qui sont aussi formés à la planification et gestion des projet communautaires d'éducation à l'hygiène (fin 1996). Les animateurs n'ont pas reçu de formation par rapport aux technologies de construction des latrines.

Les équipes d'évaluation ont assisté à 6 séances d'animation (par différents animateurs) et ils ont constaté que les outils sont bien utilisés pour entamer des discussions concernant l'aménagement et l'entretien des points d'eau, l'hygiène et l'assainissement.

Ils ont aussi observé que dans certaines localités, les femmes interviennent peu ou pas lors des séances d'animation (groupes hétérogène). Si la situation est telle que les femmes se n'expriment pas devant les hommes, les animateurs mènent des séances en groupes séparés ou des visites aux ménages. En résumant on peut dire que les outils sont maîtrisés par les animateurs de manière satisfaisante. Cependant ils n'utilisent que deux outils, qui ne les mettent pas dans une situation de maîtrise de la méthode SARAR et de ses fondements.

Les équipes d'évaluation ont également constaté qu'une meilleure connaissance des options techniques l'approvisionnement en eau et de latrines de la part des animateurs pourrait être utile. Etant donné qu'il est en contact permanent avec les populations, il est important qu'il peut jouer un rôle de conseil en l'absence du technicien.

Recommandations

1. Si les deux options d'approches décrites ci-dessus (voir II.1) sont retenues, il faut une extension de la boîte aux images en fonction des techniques participatives portant sur le diagnostic communautaire, la planification par la communauté et sur l'auto-suivi, comme "les trois piles de cartes assorties" et "la vote par

pochette". Ca implique qu'il faut non seulement des images reflétant des comportements, mais aussi des outils de diagnostic et d'auto-suivi (voir aussi le guide Togolais).

2. Il faut non-seulement un recyclage par rapport aux techniques participatives à ajouter, mais aussi une recyclage/formation qui rendra capable les animateurs de faciliter le processus visant à la "gestion communautaire", en mettant un accent particulier sur le concept et les fondements de la méthode SARAR. Une telle recyclage/formation pourrait inclure l'utilisation des techniques telles que "la carte du village" (utilisé comme technique de diagnostic communautaire ainsi que comme technique d'auto-suivi), "diagramme historique", "la vote par pochettes" etc. Surtout la formation à la planification et gestion des projet communautaires d'éducation à l'hygiène, étant adaptée et consolidée, peut être utilisée à cet effet.

II.4 L'impact de l'IEC sur les connaissances, les attitudes et pratiques des communautés

Les connaissances et les attitudes

L'impact de l'IEC sur les connaissances et les attitudes des communautés est forte. A travers les séances d'animation les populations ont une bonne connaissance des maladies liées à l'eau et à l'assainissement ainsi que leur mode de transmission. Dans la plupart des cas elles ont appris avec les animateurs les attitudes et les pratiques pour éviter les maladies liées à l'eau et l'assainissement. Cependant, la population attribue trop d'effets positifs à l'utilisation des filtres tamis. Elle semble penser que le filtre arrête tous ce qui pourrait causer des maladies. A cause de cette connaissance et parce que les améliorations proposées par les animateurs sont dans la plupart des cas culturellement acceptables il y a une attitude positive par rapport à un changement de comportement. La demande forte concernant l'acquisition des latrines est une des preuves. Le travail fait par les animateurs a également contribué à une attitude positive des hommes par rapport à soulager la corvée des femmes dans l'approvisionnement en eau, ce qui se traduit dans la bonne volonté de cotiser de l'argent en cas de panne des pompes et de contribuer aux aménagement des puits.

Le changement de comportement

La question qui reste maintenant est: Est-ce que les connaissances et les attitudes favorables se traduisent effectivement dans un changement de comportement durable.

Comme déjà indiqué l'impact de l'IEC se trouve surtout au niveau du changement de comportement et pas au niveau de la santé, comme il y a trop d'autres facteurs contribuant à, par exemple, le diarrhée. Ce n'est que par rapport au Ver de Guinée qu'une diminution de nombre de cas peut être contribué uniquement à la consommation de l'eau d'une meilleure qualité.

Les données concernant les cas de Ver de Guinée sont disponible facilement, comme il y a déjà une forte surveillance dans le cadre du programme Eradication Ver de Guinée auquel le projet donne un appui considérable. On peut constater que les comportements des villageois par rapport à l'utilisation d'eau de bonne qualité (c.a.d. des forages ou des puits amélioré) et par rapport à l'utilisation des filtres tamis ont changé considérablement.

Par rapport aux autres comportements il faut noter que puisque l'évaluation a pu ressortir des données qualitatives plutôt que des données quantitatives, il n'est pas possible de comparer les comportements avant-projet et ceux qu'on trouve maintenant. Cependant, l'équipe d'évaluation a pu constater que dans beaucoup de villages:

1. la latrinisation a commencé et qu'il y a une forte demande pour la construction de latrines additionnelles;
2. des latrines sont non seulement construites, mais aussi utilisées;
3. des puits traditionnels sont améliorés ainsi que des forages fournissent d'un point d'eau (aussi dans des cas où le forage a été équipé par d'autres projets!!);
4. le taux de pompes en panne semble être réduit par rapport aux autres régions (oscille entre 20-25% lors de notre passage).

Les équipes d'évaluation ont aussi constaté que selon toute probabilité les comportements et les conditions par rapport au puisage, transport et stockage de l'eau de boisson rendent sale l'eau du forage et du puit amélioré avant la consommation de cet eau. Cela nécessite plus d'accent mis sur la mise en place des conditions et comportements qui favorisent la conservation de la qualité de l'eau.

La connaissance, l'attitude favorable et.....les conditions nécessaires pour arriver un changement de comportement

Pour que la connaissance et l'attitude favorable puissent se traduire à un changement de comportement, il faut que certaines conditions (techniques) soient remplies. Ces conditions incluent:

- la disponibilité de l'eau (potable) toute l'année et pour tous le monde;
- la possibilité de (faire) construire une latrine;
- les aménagements des puits et des forages.

Tandis que le projet s'occupe de ces conditions, il y a certaines inquiétudes concernant la disponibilité des matériaux pour la vulgarisation des aménagements et des latrines, et concernant la capacité des populations s'assurer la viabilité des ouvrages après-projet (voir II.5).

Quels sont les objectifs spécifiques?

Tandis que dans la plupart des villages l'animation a commencé en 1993, mais il y a aussi des villages dans lesquelles l'animateur organise des séances d'animation déjà depuis 6 ans! Bien que les animateurs savent quoi faire en rendant visites aux villages, il semble que les objectifs spécifiques et mesurables de ses interventions ne sont ni clairs pour lui, ni pour les villageois.

Ceci empêche les animateurs et les villageois de cibler leurs actions, de bien suivre les actions et de valider les résultats de leur travail.

Recommandations

1. La mission recommande une *réorientation du projet* par rapport aux objectifs spécifiques concernant les comportements et conditions d'hygiène à promouvoir, c.a.d. une réorientation des objectifs spécifiques. Le projet devra plus particulièrement mettre l'accent sur la prévention des maladies liées à l'eau et l'assainissement autres que la Dracunculose et s'adresser aussi à l'utilisation de couvercle des latrines et l'évacuation des eaux usées pour que des nouveaux risques ne se posent pas. Par rapport aux eaux usées le projet pourrait promouvoir soit la prévention du gaspillage de l'eau, soit l'utilisation de ces eaux

pour le jardinage (commun ou privé). En plus, il y a des comportements par rapport au puisage, transport et stockage de l'eau de boisson auxquels le projet doit s'adresser.

2. Aussi, il faut axer les séances d'animation sur les limites des filtres tamis, afin d'éviter que la population pense que le filtre s'adresse à n'importe quel type de pollution d'eau..
3. Cependant, la promotion de l'utilisation des filtres tamis doit continuer, particulièrement dans les cercles où il y a beaucoup de mouvement des populations, ce qui pourrait amener des nouveaux cas dans un village blanchi.
4. Pour que les changements de comportement soient durable, il faut que les villageois aient un accès continu à l'eau d'une bonne qualité et en quantité suffisante. Ça implique que le projet doit s'assurer que la population soit capable de entretenir les ouvrages, aussi "après-projet" (voir aussi II.5). Si c'est capacité n'est pas renforcée, à un moment donné les villageois seront obligés d'utiliser des points d'eau inacceptables à nouveau.
5. Au lieu de faire plus de précision concernant les comportements et conditions d'hygiène à promouvoir (et alors de donner des objectifs spécifiques à adopter par le projet) la mission recommande un processus de travail pour la détermination des objectifs spécifiques et les messages.

Déterminer des objectifs spécifiques

En général les objectifs spécifiques dans un programme hygiène, assainissement portent soit sur des améliorations nécessaires par rapport aux comportements et conditions hygiéniques, soit sur l'amélioration de la gestion, c.a.d. sur la planification, sur l'organisation de l'entretien des ouvrages, sur comment s'adresser aux autres niveaux décisionnels etc.

Le processus décrit ci-dessous montrent les étapes majeures dans la détermination des objectifs spécifiques par rapport aux améliorations nécessaires dans le domaine de comportements et conditions d'hygiène.

Processus pour la détermination des objectifs spécifiques par villages et le développement des messages

Les étapes majeures dans la détermination des objectifs spécifiques

1. Détermination des maladies liées à l'eau et l'assainissement qui sont les plus dangereuses et à prévenir.
2. Détermination des pratiques/des conditions environnementales diminuant ou faire augmenter le risque de transmission de ces maladies.
3. Détermination des risques prioritaires, utilisant des critères comme: risque la plus grande, risque la plus facile à changer, le changement sera être à faible coûts.
4. Formulation des objectifs prioritaires qui adresseront ces risques.

5. Quand on développe les messages il faut prendre compte des facteurs motivant les gens de changer leurs comportements et leurs modes de transmission des messages/de communication. La considération des facteurs de motivation concernant des bons comportements peut être très utile.

Jusqu'à maintenant c'était surtout le projet qui déterminait les objectifs en utilisant les monographies et les expériences des animateurs. Dans l'approche extensive (voir II.1) la recherche formative (comme décrit au-dessus) peut aider à élaborer les objectifs et les messages pour la réorientation du projet.

En cas des villages servis par des animateurs "externes" il faut que le projet s'assure:

- des objectifs et les critères de choix de ces objectifs claires pour les animateurs et les villageois;
- des objectifs *mesurables*; et
- d'une clarté par rapport au temps globale à passer dans un village donné.

Cependant, il faut pas oublier que le changement de comportement est un processus lent et que les villages sont tous unique par rapport au pas de changement.

Dans l'approche intensive, alors l'approche visant à la gestion villageoise, il faut mieux amener les villageois à identifier les risques et leurs objectifs prioritaires à travers le méthode SARAR. Ça "garanti" non seulement des objectifs pertinents au village concerné, mais aussi une appropriation du plan d'action qui en provient et la capacité de résoudre des problèmes futures.

Amener les villageois à développer des indicateurs simples les aidera à suivre le progrès.

Il est évident que par rapport aux messages concernant la gestion, il faut également prendre compte de leur faisabilité, ce qui est déterminé par la situation politique, culturelle et la flexibilité de la part des services techniques.

La mission recommande aussi que *la recherche sur la qualité d'eau*, commencée en 1996 (et qui a comme but d'identifier les risques de contamination de l'eau de boisson) soit continué en tenant compte d'avantage les aspects suivants:

- Au niveau des ménages il faut analyser la même eau que l'eau analysé au niveau de la pompe ou du forage (cela implique que le technicien reste dans le village au moins 48 heures);
- Il faut s'assurer qu'au moment de l'analyse de l'eau, le puisage, le transport et le stockage de l'eau soit fait comme d'habitude (cela implique qu'il faut expliquer aux femmes que le but de la recherche n'est pas de les réprimander/contrôler, mais d'améliorer le travail du projet).

II.5 Le niveau de participation et de satisfaction des communautés, y compris celles des femmes

La structure organisationnelle facilitant la participation

Chaque village dispose d'un ou plusieurs comité villageois. Ce sont des instances d'organisation, de propositions et de prise de décisions au sein des communautés. Les comités villageois peuvent intervenir dans un domaine particulier ou cumuler plusieurs activités. Orienté par le chef du village et les conseillers, le projet s'est

appuyé sur les comités villageois existant dans le cadre de la gestion et le suivi des activités dans les communautés. Là où ce mode d'organisation et de gestion des affaires de la communauté n'existait pas, le projet, le mettait en place. Ainsi les comités villageois sont les instances chargées de la gestion et du suivi des ouvrages réalisés en faveur des populations dans le cadre du projet. Ils sont plus particulièrement chargés d'organiser l'entretien des ouvrages notamment, l'entretien des pompes, des puits et des latrines.

Des séances d'animation destinées à l'ensemble des membres du village sont réalisées par les animateurs du réseau autour de thèmes portant sur la gestion et l'entretien des équipements. Une fois les populations sensibilisées, informées et éduquées, les membres des comités établissent des normes et des modes de gestions des ouvrages qui peut varier d'un village à un autre.

L'utilisation et la participation à la gestion des ouvrages

Puisque la participation des communautés pendant la phase d'exécution du projet a déjà été traité sous I.1 nous nous bornons à quelques remarques concernant l'utilisation et la gestion des ouvrages, notamment leur entretien et leur réparation. La mission est d'opinion que l'utilisation et la bonne volonté de cotiser à l'entretien et les réparations des puits améliorés et des pompes sont des indicateurs de satisfaction de la part de la population vis-à-vis les ouvrages.

Les pompes

Là où elles sont fonctionnelles et faciles à manipuler, les pompes sont utilisées par les femmes et les enfants pour approvisionner le ménage en eau de consommation domestique. Les hommes et leurs fils, quant à eux, utilisent le forage pour abreuver leur bétail. A la suite de séances d'animations autour des points d'eaux certains villages réalisent eux même leur margelle autour de leur forage.

L'entretien de la pompe est organisé par le comité. Il nomme deux personnes chargées de l'entretien autour du forage; les gardiens. Ces personnes sollicite les familles de façon rotative pour balayer, désherber le point d'eau et graisser les chaînes de la pompe. Dans certains villages le comité inspecte alors le point d'eau de manière formelle tous les trois jours et de manière informelle à chaque passage autour du forage.

Lorsque la pompe tombe en panne, le comité est chargé d'organiser les réparations. A travers l'appui du chef du village et de son conseil, le comité fait payer une somme forfaitaire à tous les membres taxables de la communauté. Cette somme varie de 500 FCFA pour les hommes et 250 FCFA pour les femmes dans certains villages. Dans d'autres villages la somme varie de 100 FCFA pour les hommes et 50 FCFA pour les femmes.

Certains villages disposent d'une caisse dont les fonds sont destinés à résoudre les problèmes urgents auxquels seraient confrontés la communauté, notamment la réparation des pompes. Les fonds pour constituer cette caisse sont collectés mensuellement auprès de toute population taxable dans la communauté.

Une fois les fonds de réparation mobilisés, le comité charge un membre de contacter l'un des réparateurs localisés au niveau cercle. Les fonds sont destinés à dédommager le réparateur et à l'achat de pièces de rechanges si cela est nécessaire.

Il existe deux ou trois réparateurs au niveau de chaque arrondissement où intervient le projet. Ils ont été munis d'outils et formé à la réparation de pannes simples par la Direction National de l'Hydraulique et de l'Energie.

Les puits

Chaque village dispose de puits traditionnels réalisés par le village ou dans le cadre de projets. Les puits traditionnels sont souvent bordés de troncs d'arbres qui soutiennent une margelle en terre pour la plupart du temps dégradée. Les eaux puisées ballaient la margelle et retournent dans le puits. Les eaux sont alors contaminées soit par déchets fécaux des animaux lorsque ceux-ci sont abreuvés, soit par déchets fécaux humains.

Le projet d'Education à l'Hygiène a alors jugé nécessaire d'aménager la margelle de certains puits traditionnels à titre de démonstration dans les villages où il intervient. Le village est chargé de reprendre cette activité autour des autres puits traditionnels une fois convaincu de la pertinence de la démarche.

L'eau du puits est utilisée pour abreuver le bétail, lorsque le village dispose de pompe dont l'eau est consommable par les populations. Lorsque la pompe tombe en panne, les populations se rabattent sur l'eau du puits pour s'approvisionner aussi en eau domestique. Là où il n'y a pas de forage, ils n'utilisent que l'eau du puits.

Le comité chargé de la gestion du forage est le même chargé de la gestion et de l'entretien autour du puits. Ils établissent leurs propres normes d'entretien tel qu'enlever leurs chaussures autour du puits. Cependant, il fonctionne sur le même principe que la gestion du forage.

Les latrines

La gestion de déchets fécaux humains se passe à travers la réalisation de latrines. Certains villages disposent de latrines dans les villages. Il y a aussi des villages où ils n'en existent pas du tout. Dans la première situation, le projet réalise cinq latrines améliorées à titre de démonstration. Cependant, il arrive que le projet fournisse du ciment et du fer pour la construction de 10 à 15 latrines supplémentaires. Un ou deux maçons sont formés dans le cadre de la vulgarisation de l'activité dans le village.

Selon les propos recueillis auprès des villageois, la latrine est utilisée par tous les membres de la famille et même par les voisins les plus proches qui n'en disposent pas.

Chaque famille est chargée de l'entretien de sa latrine. Cet entretien est d'autant plus facilité que la surface de la latrine qui était en terre après aménagement est transformée en ciment. Les populations peuvent alors laver la dalle et garder la latrine salubre. La majorité des latrines visitées étaient utilisées et couvertes par des poteries, des couvercles métalliques ou des morceaux de bois.

Les difficultés liées à la gestion des ouvrages

Forages équipés de pompes

Bien que l'approvisionnement en eau à travers les forages équipés de pompes est généralement à la satisfaction de la population, la population n'arrive pas toujours à les réparer en cas de pannes. Elle abandonne toutes tentatives de réparations et retourne à leurs anciennes pratiques (l'utilisation de l'eau de mauvaise qualité, des marres ou des puits non-améliorés, comme eau de boisson). Les acquis positifs du projet peuvent être rapidement compromis.

Il y a des causes différentes:

- Les populations peuvent pas mobiliser les ressources financières nécessaires;

- Les populations peuvent mobiliser les ressources financières nécessaires pour la réparation des pompes sans pour autant trouver un réparateur disponible, car ils sont très sollicités dans l'arrondissement;
- Les pièces de rechanges pour la réparation de la pompe sont souvent pas disponibles surtout dans les villages les plus reculés.

Les populations font le plus souvent appel aux personnes ressource disponibles dans le village tel que les forgerons pour la réparation de la pompe. Ces derniers même s'ils sont de bonne foi, ne disposent ni du matériel (caisse à outils) ni des compétences requises pour de telles activités.

Des latrines

De nombreux villageois ont sollicité les latrines test et les margelles autour de leurs puits qui devaient être réalisés par le projet depuis la programmation de novembre 1996. Cependant le matériel n'était pas toujours disponible sur le terrain. De tel manque de coordination peut entraver la confiance que porte les populations au projet ainsi qu'aux animateurs et superviseur sur le terrain.

La vulgarisation des latrines

La prévention effective des maladies liées à la défécation en pleine aire demande une couverture de presque 100 % de latrines. Cela implique que la construction des latrines, tandis que construites au niveau des ménages ou concession, est plutôt une affaire communale que privée. Alors, il faut que le projet aide la population à mettre en place un système de vulgarisation des latrines. Bien que le projet forme 1 ou 2 mâçons par villages, la vulgarisation des latrines après le projet n'est pas assurée à cause de la non-disponibilité du ciment et du fer au niveau du village ou parce que les matériaux sont trop cher.

En plus il faut que les latrines soient utilisées par toujours et par tous le monde. Il paraît que parfois il y a certains obstacles socioculturels, p.e. la difficulté de partager une latrine dans les familles polygames, refus de certaines personnes âgées de fréquenter la latrine familiale (Diouf, M., Rapport de mission, juillet 1996).

Le rôle des femmes dans la gestion des ouvrages

Les femmes dans les comités villageois

Les comités villageois de gestions des points d'eau et d'assainissements sont composés par des hommes et des femmes, cependant à dominance masculine. Ils sont dans la plupart du temps nommés par le chef du village et son conseil et représentent toutes les couches sociales de la communauté (hommes, femmes et jeunes). Les femmes dans le comité de gestion sont des femmes responsables de groupement féminin élus démocratiquement par leur paire.

Certaines ont aussi été désignées comme trésorières des comités.

Les femmes dans les comités de gestion sont souvent au nombre de deux ou trois pour une douzaine de membres. Elles sont aussi d'un certain âge donc influente par rapport à la majorité des membres qui sont moins âgées.

Elles sont plus vigilantes quant aux mesures d'assainissement entreprises pour la gestion des points d'eau et pour la salubrité du village.

Recommandations

1. La mission recommande que les forgerons des villages soient formés aux réparations de pannes mineures des pompes, qu'ils soient munis de petits outillages qui pourraient être achetés par le village.
2. Des Groupements d'Intérêts Economiques ou Associations devraient être encouragés et formés pour réparer les pannes des pompes ainsi que vendre les pièces détachées nécessaires pour les réparations.
3. Les évaluateurs chargés de l'évaluation des mécanismes de maintenance dans le projet Hydraulique Villageoise, organisent un atelier dans lequel participent les Agents Réparateur, les représentants des villages et du service technique chargé de l'appui au villages par rapport à la maintenance des ouvrages. Puisque se sont les Agents Réparateur et les villageois qui doivent s'entendre concernant le système de maintenance.
4. Bien que le projet muni le puits le plus utilisé dans le village de margelle et de chaînage, il devra aussi prévoir de fermer le puit afin que celui ci soit moins exposé aux pollutions, de réaliser des abreuvoirs afin d'éviter le gaspillage et les écoulements d'eau et de réaliser des puisards pour la gestions des eaux usées.
5. Le projet met à la disposition des villages les matériaux pour la construction de 10 à 15 villages. Au lieu faire parvenir ces matériaux à la base de "premier venu, premier servi", les animateurs doivent discuter avec la population comment les fonds impliqués dans l'achat des matériaux pourrait être utilisés afin d'arriver à une couverture aussi large que possible.
6. Bien que les villageois disent que les latrines sont utilisées par chaque membre de la famille, il faut de la recherche plus approfondie; de la recherche participative.
7. L'introduction et la vulgarisation de technologies appropriées tel que les latrines dans les villages peut poser d'autres problèmes notamment la gestion des eaux usées. Si tous les membres des familles devaient se laver comme le recommande les normes d'hygiène, les villages seraient de véritables marres. D'autres part les villages sont amenés à grandir. Le projet devra donc introduire la réalisation de puisards de manière effective dans ses activités afin de prévoir les problèmes au peuvent poser la mauvaise évacuation des eaux usées.

II.6 Le projet dans le cadre de la décentralisation

La décentralisation administrative du Ministère de Santé

Conformément à la politique sectorielle de santé et de population du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées, le schéma de mis en oeuvre du projet Education à l'Hygiène et assainissement est déjà décentralisé (voir aussi annexe B).

Au niveau national nous avons un directeur de projet qui se charge de la conception du projet.

Au niveau régional, un chef de projet chargé de l'appui technique.

Au niveau cercle, le médecin chef est chargé de la planification et du suivi des activités sur le terrain.

Au niveau le plus périphérique les services de santé seront organisés à la base des *aires de santé*. Dans ces aires de santé se trouve des villages à une distance de 15 km maximum du Centre de Santé Communautaire (CSCOM). Dans le CSCOM l'infirmier chef de poste, appuyé par les animateurs, sera chargés de la mise en oeuvre du projet.

La décentralisation implique un transfert des pouvoirs, des compétences, des moyens, une prise de décisions au niveau des villages, mais aussi des obligations de résultats qui dans le contexte du projet sont les rapports d'activités produit lors des réunions des animateurs de réseau, qui facilitent le processus au niveau des villages.

On peut dire qu'une approche qui vise à la gestion communautaire et en convergence avec la décentralisation.

Ce qui reste encore à élaborer est la relation entre les CSCOM et les Communes à venir. Des questions qui se posent inclues: quel est le degré d'autonomie des CSCOM? quelles seront les activités qui peuvent plus facilement être organisés au niveau des Communes? est-ce que l'installation des point d'eau sera organisée au niveau de la Commune?

La décentralisation des activités d'éducation à l'hygiène, d'eau et d'assainissement

Le paquet minimum d'activité proposé par l'OMS et adopté par le Mali est un ensemble d'activités sanitaires qui seront exécuté par niveau. Les activités comprennent:

- les soins curatifs
- les soins préventifs
- les activités promotionnels

Ces activités devront être menées par l'équipe de santé au niveau des aires de santé. Cependant ces activités promotionnels notamment l'Education à l'Hygiène prévue au niveau opérationnel restent à être clairement définis.

Les activités menées par les animateurs du réseau peuvent être portées par les agents des aires de santé, puisque l'une de leurs activités est l'éducation à l'hygiène. Toutefois ce transfert devra se faire progressivement en commençant par les CSCOM fonctionnels. La mission à des réserves quant à l'efficacité d'une telle approche vue la surcharge de travail déjà évoquée par certaines équipes de santé.

Le statut et le nouveau rôle des animateurs dans le contexte de la décentralisation

Les animateurs du programme sont soit des fonctionnaires de l'Etat soit des agents des ONGs intervenant dans la région. Ils apportent leur appui au programme de façon ponctuelle. Ils couvrent en moyenne dix à quinze villages pendant dix jours dans le mois. Ils sont dotés d'une indemnité et moyen de déplacement par le projet. Le projet a acquis de nombreux résultats grâce à l'intervention efficace et effective des animateurs dans les villages notamment, dans le cadre de l'Eradication du Ver de Guinée.

Un important capital a été investi dans les animateurs en terme de formation et d'équipement mieux encore ils sont investit par la confiance des communautés au sein desquelles ils interviennent.

Les moyens dont disposent les animateurs semblent être acceptables pour continuer leur mission. Cependant certains animateurs couvrent des zones difficiles d'accès et pratiquement enclavées, ceux ci devraient être encouragés et dédommagés en conséquence.

Recommandations

1. Si, dans la structure décentralisée, le projet veut aboutir à l'approche visant à la "gestion communautaire", il est recommandé de développer une approche sur une base pilote dans quelques Aires de Santé fonctionnelles ayant des ASACO actives. La méthode SARAR peut être à la base d'une telle approche (voir aussi "Le diagnostic communautaire et l'appui à la planification villageoise dans le cadre de l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement", ce qui est un guide développé avec des animateurs du programme eau, assainissement, hygiène de l'UNICEF et le Gouvernement Togolais et dont une copie est mise à la disposition de l'UNICEF). Des ONGs/Groupements de Base travaillant dans les Aires de Santé concernés pourraient être formées pour comprendre l'esprit de cette approche et dans la facilitation d'un processus visant à la gestion communautaire.
2. Une collaboration étroite devra être entamée avec les ONGs intervenant dans la région et les Groupements de Base. Ils seront chargés de s'occuper de l'Education à l'Hygiène d'une manière qui devra permettre au village de développer et de planifier leurs activités de santé d'eau et d'assainissement.
3. Les agents des ONGs et des groupements de base impliqués dans le projet devront être formés à la méthode SARAR afin de faciliter le processus de responsabilisation des populations. Ils devront également susciter l'intérêt des villageois pour les activités promotionnels. Les supports d'animation doivent aussi être mis à la disposition des équipes de santé, des ONG et des groupements de base.
4. Dans les villages non-unclus dans le pilotage les équipes de santé doivent être appuyés dans l'exécution du travail promotionnel. Les animateurs du projet sont dans la meilleure position de le faire.
5. Il devra alors formuler des modules de formation destinés à la formation des médecins chefs, des techniciens de santé, des techniciens de l'action sociale et des infirmiers chef de poste au sein des CSCOM et des CSAR.
6. Les services techniques devront pouvoir répondre à la demande de la population susciter par ces différentes interventions tel qu'un appui pour la construction des latrines. Une approche visant à la "gestion communautaire" implique que les services techniques de l'état seront disponibles pour l'appui technique sur la demande de la population.

7. Le projet devra aussi sensibiliser les membres des ASACO sur le bien fondé et la pertinence du paquet d'activités, afin que ces derniers puissent renforcer et faciliter le travail des animateurs et des agents de santé.
8. Pour que le lien entre l'hydraulique villageoise et les activités relatifs à la santé, la mission recommande que le projet encourage que les comités d'eau des villages soient représentés dans les ASACO.
9. Il faut clarifier la relation entre les Communes et les Aires de Santé pour qu'une multiplication n'arrivera pas et des vides ne se développent non plus.

III Sujets additionnels

III.1 Le programme scolaire

Dans le cadre du programme scolaire des latrines scolaires ont été construites et des enseignants sont formés pour une période de 6 jours. Une partie des enseignants formés a reçu "Vivre Mieux" comme document de base. Tandis que le programme scolaire n'est pas encore tellement développé, l'équipe d'évaluation ne peut que faire des recommandations générales.

Comme il faut pas sous-estimer l'importance des enfants comme groupe cible, un renforcement de ce volet est recommandé. Bien que l'éducation à l'hygiène proprement dite ne fait pas partie du curriculum, il y a quelques sujets dans lesquelles les thèmes par rapport à l'hygiène corporelle et environnementale peut ressortir: biologie, séance naturel, économie. Cependant, il faut s'assurer d'une coordination entre l'animateur et l'enseignant, pour que il aie une cohérence entre les sujets traités par les deux. Les activités de l'un et l'autre peuvent bien se renforcer. A travers l'implication de l'Association des Parents d'Elèves le lien entre les activités au niveau de l'école et les activités communautaires peut être établi. Il faut également s'assurer des équipements nécessaires au niveau de l'école (des latrines et de l'eau) pour que les enfants puissent pratiquer ce qu'ils apprennent. La concertation au niveau national avec les responsables du Ministère d'Education, qui se développe déjà, est très utile.

La formation des enseignants semble avoir comme but de les informer sur les maladies liées à l'eau et l'assainissement et donne beaucoup d'information concernant les actions préventives au niveau individuel et au niveau collectif. Tandis que ces informations sont très utiles, il faut prendre en compte que la méthodologie utilisée pour transférer ces informations aux élèves déterminera le changement de comportements des élèves. En règle générale on peut dire qu'il faut plus que le parole de l'enseignant pour faire changer des comportements. Il faut que les enseignants soient également formés par rapport à ce qui provoque un changement de comportement et comment utiliser ces facteurs de motivation en enseignant. En plus, la formation serait enrichissante si elle conduit à la production d'un plan d'action par les enseignants, qui montrera comment ils utiliseront leurs nouvelles idées concernant l'éducation à l'hygiène.

L'équipe voulait attirer l'attention de l'UNICEF et la DHA sur le fait que l'UNICEF New York a engagé l'IRC pour l'élaboration d'une guide qui vise à rassembler les expériences de beaucoup de programmes par rapport à l'éducation à l'hygiène et l'assainissement dans le milieu scolaire. Ce guide est prévue pour mi-1997. Il existe également "Education sanitaire et hygiène du milieu dans les écoles de l'Afrique de

l'Ouest Francophone; rapport d'un atelier régional sur les problèmes et les possibilités d'amélioration" par l'OMS.

III.2 L'utilisation des autres média

Dans le cadre du projet il y avaient plusieurs efforts de l'utilisation des radios locales pour passer des messages. Puisque le radio est un médium largement utilisé, sa capacité de renforcer le travail faite par les animateurs, les ONG et les Groupements de Base est formidable. Cependant, il faut s'assurer d'une conformité des messages transmis dans les villages à travers le contact interpersonnel et ceux émis par la radio.

En plus il faut se mettre au courant de l'accessibilité de la radio pour les femmes et leurs des horaires d'écoute. Les horaires d'émission doivent tenir compte de ça.

Au niveau des communes à venir des groupements de théâtre peuvent être contactés.

Annexes

PROJET DE

**TERMES DE REFERENCE DE L'EVALUATION
DU PROJET EDUCATION A L'HYGIENE ET
ASSAINISSEMENT MALI/UNICEF**

(C:TERMREF/IRCWES.WPD)

JANVIER 1997

I. CADRE ET JUSTIFICATION DE L'EVALUATION

Le projet Hydraulique Villageoise et Assainissement du programme de coopération Mali/UNICEF précédent (1988-1992) avait pour objectif général de créer et de maintenir l'accès à l'eau potable et à de meilleures conditions d'hygiène dans les régions de Gao, Tombouctou, Mopti, Ségou et Koulikoro. Les conclusions de l'évaluation de ce projet intervenue en mars 1991 avait révélé que le projet avait eu un impact certain pour le volet accès à l'eau potable, tandis que l'effet est resté très négligeable sur les conditions d'hygiène et d'assainissement en général. Une des recommandations de l'évaluation était d'accorder une priorité au volet hygiène-assainissement en vue d'améliorer l'impact du projet.

Aussi, dans le cadre du programme de coopération actuel (1993-1997), une importance a été accordée à l'hygiène et à l'assainissement intégrés au sein du programme sectoriel Hydraulique Villageoise, Education à l'Hygiène et Assainissement (1993-1997). Le projet Education à l'Hygiène et Assainissement exécuté dans 6 cercles de la région de Mopti est donc un des trois projets qui composent ce programme. Les deux autres étant le projet Hydraulique Villageoise et le projet d'Eradication du ver de Guinée.

Suivant la stratégie du programme sectoriel, les trois projets sont interdépendants et le projet Education à l'Hygiène et Assainissement en constitue le pivot. En effet, l'approche communautaire étant l'élément principal de stratégie d'exécution des activités, le réseau d'animation du projet Education à l'Hygiène et Assainissement soutient les activités du programme au niveau des communautés à travers son dispositif (ASV, animateurs, superviseurs, etc...).

Après 4 années d'exécution et à 1 an de la fin du projet, les résultats enregistrés grâce au suivi montrent un progrès incontestable par rapport à la situation avant projet. Ils sont surtout exprimés en termes de réalisations physiques, de niveau de participation des populations à l'exécution, et de réduction des cas de ver de Guinée. Ces résultats ont été présentés et discutés aux revues annuelles et à la revue à mi-parcours d'octobre 1995. Cependant, une évaluation est nécessaire afin de mesurer certaines performances globales du projet et son impact. Cette évaluation prévue dès le départ est d'autant plus nécessaire que le prochain programme de coopération va démarrer l'année prochaine (1998) et suivant le document de stratégie déjà élaboré et approuvé, devra accorder une place importante à l'eau-hygiène-assainissement suivant une approche intégrée avec les activités de santé dans le cadre de la survie.

II. OBJECTIFS DE L'EVALUATION

Les objectifs principaux sont les suivants :

1. Vérifier si les objectifs, stratégies et activités retenus dans les documents et mis en oeuvre sont en conformité avec l'approche participative (projet-village).

2. Evaluer le niveau de compréhension de l'esprit du projet par les différents acteurs (responsables nationaux, régionaux et locaux des populations) et autres partenaires (Corps de la Paix, Care Mali...).
3. Voir si les outils et supports de formation et d'IEC sont adéquats, évaluer le niveau de la maîtrise de ces outils par les animateurs, et l'impact de la formation sur les capacités de ces derniers.
4. Evaluer l'impact de l'IEC sur les connaissances de la relation eau/santé/hygiène et sur les attitudes et pratiques des communautés en matière d'hygiène et d'assainissement.
5. Déterminer le niveau de participation des communautés, y compris celle des femmes à l'exécution du projet et à la gestion des équipements, et leur degré de satisfaction par rapport notamment à l'existence et au fonctionnement des comités villageois, mais aussi à l'utilisation, au fonctionnement et à l'entretien des installations.
6. Elaborer un rapport faisant ressortir : les points forts et les points faibles, mais aussi des recommandations pour le prochain programme y compris, en proposant des éléments d'approche prenant en compte la décentralisation pour assurer une meilleure convergence géographique et intersectorielle (santé/eau-hygiène-assainissement) dans les aires de santé.

III. ZONE DE L'EVALUATION

L'évaluation sera réalisée dans la région de Mopti, plus précisément dans les cercles de Bandiagara, Koro, Douentza, Bankass, Mopti et Djenné où les activités du projet ont été exécutées.

IV. STRATEGIE D'EVALUATION

- L'évaluation sera réalisée avec l'appui d'une consultante IRC en collaboration avec une consultante malienne. Elle sera menée suivant une approche participative en faisant participer, dans le processus d'évaluation, les animateurs, les équipes socio-sanitaire de cercle et de région, les superviseurs de réseau, les coordonnateurs, les départements ministériels impliqués (DNHE, DNSP, etc...) au niveau national, et l'UNICEF.
- Elle s'appuiera notamment sur :
 - * la documentation existante relative à la conception, à la planification, au suivi et à l'évaluation des projets : plans d'opération, plans d'actions annuels, rapports, revue à mi-parcours, rapports trimestriels et annuels, rapports de mission, rapports d'évaluation (ver de Guinée...) etc...
 - * des interviews et entretiens

- * des sondages au niveau de chacun des cercles afin de tenir compte des spécificités locales.
- Les indicateurs et méthodes de travail devront être précisés avant le démarrage de l'évaluation.

V. PROGRAMME PROVISOIRE PROPOSÉ PAR IRC : A DISCUTER

VI. BUDGET ET PERSONNEL PROPOSÉS : A COMPLETER ET A DISCUTER

VII. DEMARRAGE DE L'EVALUATION : COURANT 2^e QUINZAINE DE FEVRIER.

ANNEXE B

Le contexte politique déterminant le programme de coopération UNICEF-Mali 1998-2002

La décentralisation

Le Mali est en pleine transformation politique et administrative, cela aura un impact sur les processus de prise de décisions, la répartition des ressources et la prise en charge de certaines activités, notamment concernant la santé et l'éducation par les collectivités. Cette politique s'adresse aussi au domaine de l'eau et de l'assainissement. Elle devra contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations.

Selon l'UNICEF les conséquences de la décentralisation seront:

- sur le plan politique, l'omnipotence de l'Etat qui caractérise le système politique subira un changement;
- sur le plan économique, on passera d'une situation où l'Etat est seul décideur à une situation où il devra partager ce rôle avec les collectivités territoriales et le secteur privé;
- sur le plan social, un rapprochement s'opérera entre l'administration et les administrés; l'administration locale étant dirigée par les élus, il s'établira entre ces derniers et les populations des rapports fondés sur la gestion concertée des affaires locales; les populations disposeront d'un pouvoir de contrôle et de sanction sur l'administration grâce à l'élection².

627 communes rurales et 20 communes urbaines ont été créées selon un processus participatif de regroupement volontaire de villages.

Tandis que le processus de décentralisation n'est pas encore finalisé, on trouve déjà un bon nombre de "Aires de Santé", qui font partie de la structure décentralisée de la Ministère de Santé.

La politique nationale d'hygiène publique

La politique nationale d'hygiène publique vise à:

- Améliorer les comportements individuels et collectifs de la communauté en vue de garantir son implication dans la gestion et le contrôle des programmes d'hygiène publique;
- Augmenter le financement des programmes d'hygiène publique;
- Améliorer le taux de couverture en ouvrage de promotion de l'hygiène publique.

Le document décrivant cette politique nationale clarifie aussi des rôles et responsabilités des intervenants au niveau national, régional, des services socio-sanitaires, des centres de santé communautaires, les communautés décentralisées et les ONGs, Associations, GIE et autres privés. Les centres de santé

".....constitueront la plaque tournante, le point de départ et la référence de la promotion de l'hygiène dans les aires de santé. Les associations communautaires seront l'élément moteur pour la diffusion des messages et le contrôle de l'application des normes d'hygiène au sein de la communauté de l'aire de santé".

La Direction Nationale de la Santé Publique et les Directions Régionales de la Santé créeront les conditions favorables à l'émergence des aires de santé et appuieront les services socio-sanitaires, en se trouvant à la base, "....assureront la formation et le transfert des compétences pour les équipes des centres de santé communautaires;

² Analyse de Situation des Enfants et des Femmes au Mali, UNICEF-Mali

le suivi et l'encadrement de ces derniers et les autres intervenants locaux dans le domaine de l'hygiène publique”.

Les ONGs, Associations, GIE et autres privés, constitués et oeuvrant au sein des communautés décentralisées doivent “.....appuyer les communautés dans la formulation des projets locaux de promotion de l'hygiène; participer au financement desdits projets; et exécuter sur mandat de ces communautés les projet pour lesquels un financement est disponibles.”³

³ Politique Nationale d'Hygiène Publique, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées

ANNEXE C

Liste provisoire des indicateurs/points d'attention et questions pertinentes par rapport aux objectifs de l'évaluation⁴

1. *Vérifier si les objectifs, stratégies et activités retenus dans les documents et mis en oeuvre sont en conformité avec l'approche participative (projet-village).*

- Prise de décisions au niveau villageois; choix de technologie/des actions par les villageois, flexibilité de la part du programme.
- Chaque couche de la société est impliquée.
- Approche de genre est appliquée.
- La méthode et les outils provoquent l'analyse des problèmes et la détermination des solutions par les villageois.
- Auto-suivi au niveau du village.
- La présence des activités visant au renforcement des capacités de gestion par les villageois, incluant la capacité de s'adresser aux ONGs/le secteur privé pour l'appui techniques.
- * La population est au courant.
- * Le programme s'adresse aux besoins/priorités de la population.
- * La population est impliquée dans le choix du site et d'autres décisions.
- * La population contribue financièrement, physiquement, avec matériaux.
- * La population entretient les ouvrages (à spécifier!).
- * La population applique l'hygiène (à spécifier!).

Questions à répondre:

Quelle est la signification de "approche participative" dans le contexte du projet?
Quelles sont les objectifs, les stratégies et les activités du projet.

2. *Evaluer le niveau de compréhension de l'esprit du projet par les différents acteurs (responsables nationaux, régionaux et locaux des population) et autres partenaires (Corps de la Paix, Care Mali....)*

- La capacité d'expliquer ce dont-il s'agit dans le projet.
- Certains éléments du projet sont inclus dans les projets des partenaires.
- La bonne volonté avec les partenaires de accéder à une demande d'appui de la part des villages, même si l'approvisionnement en eau n'a pas été fourni par ces partenaires.
- * Les partenaires comprennent qu'il s'agit d'un changement de comportements négatifs et une renforcement des comportements positifs.
- * Les partenaires peuvent décrire l'impact prévue du projet.
- * Les partenaires ont une bonne-volonté d'accéder à une demande d'appui.

Questions à répondre:

Est-ce que une compréhension de la part des partenaires suffira?

3. *Voir si les outils et supports de formation et d'IEC sont adéquats, évaluer le niveau de la maîtrise de ces outils par les animateurs, et l'impact de la formation sur les capacités de ces animateurs*

⁴ Les indicateurs avec * sont des indicateurs ajoutés au niveau régional

3a. Les outils et support sont adéquats

- Les outils et les support s'adressent aux pratiques et conditions non-hygiéniques (les risques liés à l'eau et l'assainissement) qui sont pertinentes et utiles à adressés dans le contexte malien.
- Les outils et support tiennent compte de la connaissance locale, les croyances, les pratiques existants, le niveau d'autonomie et d'influence de ceux adressés par l'animateur par voie de l'outil ou du support.
- Les outils aident la population à analyser les conditions et pratiques qui figurent et de prendre des décisions eux-mêmes sur les changements à promouvoir.
- * Ils permettent aux animateurs d'atteindre les objectifs, c.a.d. de mener la population à changer leur comportement.
- * Ils sont adaptables.

Questions à répondre

Quelles sont les outils et supports?

Quelles sont les risques pertinentes et utiles à adressés dans le contexte malien?

Est-ce que chaque animateurs est-il formés?

Est-ce que tous les animateurs sont de la même service technique?

Est-ce que la supervision des animateurs portent aussi sur la maîtrise des outils?

3b. Le niveau de la maîtrise, l'impact de la formation

- Les animateurs peuvent expliquer le but des outils et des supports et leurs relation
- Les animateurs facilitent plutôt qu'enseignent
- * Ils expliquent clairement.
- * Ils amènent la population à tout dire.
- * Ils laissent la population à découvrir.
- * Ils montrent une cohérence entre ce qu'ils disent et ce qui se trouve dans les outils.

Questions à répondre

Qu'est-ce que ca veut dire: faciliter?

Qu'est-ce qui se passe au niveau du village quand on facilite?

Est-ce que la supervision des animateurs porte aussi sur cet aspect de leur travail?

Est-ce qu'il y avait du recyclage?

4. Evaluer l'impact de l'IEC sur les connaissances de la relation

eau/santé/hygiène et sur les attitudes et pratiques des communautés en matière d'hygiène et d'assainissement

- Pourcentage de la population (hommes, femmes, jeunes) ayant de la connaissance et/ou (performant) certains comportements par rapport au pourcentage au début du programme.
- Les conditions techniques nécessaires pour un changement de comportement (l'eau en quantité et qualité suffisante/ des systèmes pour l'évacuation des excréta) sont sur place.
- Le "impact" justifie le "input" (c.a.d. voir l'efficience et l'efficacité du volet).
- * Il y a un changement de comportement (avant projet-actuellement) par rapport aux conditions hygiéniques et aux pratiques d'hygiène (à spécifier!).

Questions à répondre

Est-ce que les données de base sont disponibles?

Quel est l'impact que le programme a voulu atteindre, ou bien, quels sont les objectifs du programme?

Comment est-ce que cet impact désirable a été déterminé, ou bien, comment est-ce que ces objectifs sont été déterminés?

Quels sont les coûts impliqués pour le volet Education pour l'hygiène?

Quels sont les coûts impliqués pour le volet technique?

5. *Déterminer le niveau de participation des communautés, y compris celle des femmes, à l'exécution du projet et à la gestion des équipements, et leur degré de satisfaction par rapport notamment à l'existence et au fonctionnement des comités villageois, mais aussi à l'utilisation, au fonctionnement et à l'entretien des installations*

5a. *Le niveau de participation*

- "Sense of ownership", qui se manifeste dans l'entretien des ouvrages, y compris la bon volonté de contribuer au financement de l'entretien et l'utilisation des ouvrages.
- L'existence d'un système d'auto-suivi.
- L'appui apporté aux équipes de la DNHE.

Questions à répondre

Est-ce qu'il faut déterminer comment les communautés ont participé/participent ou est-ce qu'il faut une validation de l'efficacité de la participation des communautés?

5b. *Degré de satisfaction*

- L'appui (financière) au comité villageois.
- Changements dans la composition du comité.
- L'utilisation unique de l'eau des points d'eau améliorés comme eau de boisson toute l'année par tout le monde.
- * Satisfaction par rapport à: le débit, les coûts impliqués dans l'installation et l'entretien des ouvrages, la distance, le goût de l'eau, le fonctionnement du comité de gestion, de l'agent réparateur, de l'ASV.

Questions à répondre

Est-ce que les pièces détachées sont disponibles?

Est-ce que les villageois ont accès à l'appui technique?

Est-ce qu'il y a des points d'eau non-améliorés?

Est-ce qu'on peut dire que, s'il y a une utilisation unique de l'eau des points d'eau améliorés comme eau de boisson toute l'année par tout le monde, les heures de service, le goût de l'eau, la distance du point d'eau amélioré, la technologie etc. sont acceptables?

Questions pertinentes concernant la décentralisation

Quelle est la signification de la décentralisation dans le contexte malien?

Quelles sera l'impact de la décentralisation sur un programme qui applique une approche projet village?

Est-ce que l'approche projet village est une approche en convergence avec la décentralisation.

Quelles seront les conséquences de la décentralisation pour l'installation future des points d'eau, l'entretien des points d'eau, l'appui technique pour l'installation des latrines, l'éducation pour l'hygiène etc.?

Quelle sera le rôle de chaque partenaire?

Comment est-ce que le programme pourrait appuyer le processus de la décentralisation?

Questions pertinentes concernant le genre

Est-ce que les femmes s'exprime librement?

Est-ce que l'éducation pour l'hygiène s'adresse également aux hommes?

Est-ce que l'éducation pour l'hygiène prend en compte le niveau d'autonomie des femmes, leur accès aux ressources etc.

ANNEXE D

Méthodologie de l'évaluation

Pour que les expériences et les idées des fonctionnaires du programme soient incorporées dans l'évaluation le meilleur que possible, on a choisi d'adopter l'approche d'évaluation aussi participative que possible.

A la base des objectifs donnés dans les termes de référence, mis à la disposition de l'IRC, des indicateurs provisoires et des questions pertinentes ont été formulées et mis à la disposition des responsables du programmes de l'UNICEF et de la DNHA bien avant le commencement de l'évaluation.

Après avoir consulté des documents, l'équipe d'évaluation se réunissait avec les partenaires dans le programme au niveau national pour une précision des indicateurs et pour un échange d'idées en essayant de trouver des réponses aux questions déjà posées. Pour le travail à Mopti l'équipe d'évaluation était élargi avec deux représentants du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

A travers d'une réunion une précision des indicateurs tenait place aussi au niveau de la Direction Régional d'Hygiène et de Santé Publique dans la région de Mopti avec le responsable régional, deux superviseurs et une animatrice/technicien sanitaire. Cette réunion a permis non seulement un échange d'idées et le développement des indicateurs valables dans le contexte du projet, mais aussi une appropriation de l'évaluation de l'équipe d'évaluation élargie, les superviseurs et l'animatrice. Une liste de 30 villages à visiter était composée (voir annexe H) et une méthodologie pour le travail sur le terrain était développée (voir annexe C).

Tandis qu'il était décidé que l'équipe, incluant les deux superviseurs, se divisait en deux, la première journée de la visite sur le terrain (took place with the full équipe). Cela permettra de tester la méthodologie et de s'assurer d'une cohérence du travail des deux équipes pendant les jours suivants. L'analyse du premier jour du travail sur le terrain se faisait à travers les questions suivantes:

1. Quel était le processus du travail appliqué?
2. Quelles sont les données que nous avons pu obtenir?
3. Est-ce que la visite et les résultats de cette visite étaient comme prévus?
4. Qu'est-ce qu'il faut faire autrement?

Après deux jours de travail en deux équipes, les équipes se retrouvaient à fin d'échanger les expériences et d'identifier comment améliorer la méthode de travail et comment s'assurer d'une certaine cohérence entre le travail fait par les deux équipes. A la base de ces expériences on a aussi décidé de réduire un peu le nombre de villages à visiter.

Suite à la visite sur le terrain les équipes ont assisté à une réunion mensuelle des animateurs. Au niveau de la région de Mopti des partenaires dans le domaine eau/assainissement/éducation à l'hygiène ont été visités.

Au fur et à mesure de la mission les consultantes ont fait le rapport, pour qu'avant le départ de la consultante de l'IRC un rapport provisoire pourrait être soumis.

Plan de travail concernant la visite sur le terrain

Concernant l'objectif:	Activités Prévus	Contacts utiles
Vérification de la conformité des obj., stratégies et activités avec l'approche participative	Entretiens Interviews semi-structurés Observations Etude de documents	DRSP, Médecin Chef Animateurs, Superviseurs Villageois: chef du village, comités de gestion, groupes de femmes
Evaluer le niveau de compréhension de l'esprit du projet par les acteurs et autres partenaires	Entretien (voir l'appel fait aux animateurs, l'animation autour des point d'eau, les objectifs des autre programmes)	Chargées de programmes
Voir les outils et support de formation et d'IEC, le niveau de la maîtrise des outils	Entretien (voir aussi les fiche de supervision) Entretien, assistance aux séances dans des villages Interviews semi-structurés Revue documentaires (outils, les programmes de formation, le processus de conceptions des outils)	Superviseurs Animateurs, villageois Villageois
Evaluer l'impact de l'IEC sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des communautés	Observations (des conditions d'hygiène et des comportements Interviews semi-structurés (avant-après) Utilisation des outils participatives	Population (sujet de et participants dans l'observation!!) Population, animateurs Population, groupes/personnes focales, comités d'eau
Déterminer le niveau de participation des communautés et leur degré de satisfaction	Entretien Etude de documents de gestion/réglementaires Interviews semi-structurés	Comités d'eau, trésorier, population Population
Proposer des éléments d'approche prenant en compte la décentralisation	Etude de documents Entretien	DRSP, médecin Chef, Aires de santé

ANNEXE E

Calendrier de la mission

Dimanche 16 Mars

- * Arrivée de la consultante IRC

Lundi 17 Mars

- * Consultation de documents
- * Entretien au bureau d'UNICEF avec le responsable du programme
- * Préparation de la réunion de 18 Mars

Mardi 18 Mars

- * Rendez-vous au bureau d'UNICEF avec le représentant d'UNICEF et le coordinateur principale
- * Réunion à la Direction Nationale de Santé Publique avec les partenaires dans le programme
- * Consultation de documents et travail sur le rapport
- * Rendez-vous avec le chef de la division Hygiène et Assainissement

Mercredi 19 Mars

- * Réunion avec le chef de la Cellule Nationale de la Planification du Ministère de la Santé pour préparer la visite sur le terrain
- * Consultation de documents et travail sur le rapport
- * Travail préparatoire pour la visite du terrain

Jeudi 20 Mars

- * Déplacement pour la région de Mopti
- * Travail préparatoire

Vendredi 21 Mars

- * Réunion au bureau de la DRSP avec le Directeur Régional de la Santé Publique, le responsable technique du projet au niveau de la région, des superviseurs et des animateurs (sujets traités: les objectifs de l'évaluation, les indicateurs, la méthode de travail, la planification de la visite sur le terrain)
- * Entretiens avec les autres partenaires (les chargés de programmes); le Corps de la Paix, le DRHE, la Base d'Hydraulique

Samedi 22 Mars

- * Visite sur le terrain en équipe complet (deux villages; une visite en profondeur, une visite "rapide")
- * Révision de la méthode de travail

Dimanche 23 Mars jusqu'au Vendredi 28 Mars

Visites sur le terrain en deux équipes; chaque équipe a visité 3 cercles et 4/5 villages par cercle et assisté à une séance d'animation dans un village par cercle. Les équipes ont également visité des CSCOM ou des CSAR, des écoles et ils ont assisté à une réunion mensuelle des animateurs et les superviseurs.

Le Mardi 25 Mars les deux équipes se sont rencontrés à Mopti.

Samedi 29 Mars

- * Réunion de restitution, l'analyse et la formulation de conclusions et recommandations

Dimanche 30 Mars

- * Retour à Bamako

Lundi 31 Mars

- * Composition du pré-rapport
- * Consultation au bureau de l'UNICEF

Mardi 1 Avril

- * Composition du pré-rapport

Mercredi 2 Avril

- * Réunion de restitution avec les partenaires du projet, l'analyse et la formulation de conclusions et recommandations

Jeudi 3 Avril

- * Composition du pré-rapport

Vendredi 4 Avril

- * Finalisation du pré-rapport
- * Mise au point
- * Départ de la consultante IRC

ANNEXE F

Documents consultés

1. Politique national d'hygiène publique; Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.
2. Plan d'Action National d'Hygiène Publique '97-2001; Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées (Août, 1996).
3. Rapport de l'atelier national concernant l'éducation à l'hygiène, l'approvisionnement en eau rural et l'assainissement (Novembre, 1991).
4. Rapport de l'atelier régional de formation en l'éducation à l'hygiène, l'assainissement et l'approvisionnement en eau (Mopti, Novembre 1991).
5. Vivre mieux, Manuel d'Education à l'hygiène; Rédaction: Ousmane Touré (1996).
6. Présentation du programme Hydraulique Villageoise, Education à l'Hygiène et Assainissement (Octobre 1994).
7. Document de Stratégies Survie Mali-UNICEF 1998-2002 (Octobre 1996)
8. Document de Stratégie Programme de Coopération Mali-UNICEF (Décembre 1996)
9. Projet de termes de référence de l'étude sur les systèmes d'entretien et de maintenance des pompes à motricité humaine au Mali, DNHE/UNICEF (Février 1997)
10. Rapport sur la réunion régionale de l'OMS sur la "décentralisation dans le contexte de la reforme du secteur de la santé" en Afrique, Bamako 28-29-30 Janvier, 1997 (Présentation sur la reforme du secteur de la santé au Mali et sur le centre de santé communautaire; dr.Zakaria Maiga).

et une sélection des documents mises à la disposition au début de la mission, incluant des plans d'action, des rapports de trimestriels, rapports de mission.

ANNEXE G

Personnes rencontrées

Des animateur des cercles visités

1. M. Moustapha Diouf; P.O. Eau/Assainissement, UNICEF-Mali
2. M. Ousmane Touré; Chef de la division Hygiène et Assainissement
3. M. Louis George Arsenault; Coordinateur Principal des Programme, UNICEF
4. M. Daniel Toole; Représentant d'UNICEF
6. M. Soulaymane Sow; Direction Nationale d'Hydraulique et de l'Energie
7. M. Boundi Fodé; Directeur Adjoint du Division National pour la Santé Publique
8. M. Issa Deguoga; Coordinateur National du Programme de Ver de Guinée
9. M. Ismael Maiga; Assistant Administrateur en Communication, UNICEF
11. Dr. Ousmane Maiga; Chef intérim de la Direction Régional de la Santé Publique
12. M. Daniel Traoré; Genie Sanitaire d'Hygiène et Assainissement, Responsable technique du projet au niveau de la région
13. M. Ibrahim Touré; Superviseur dans la région de Mopti
14. M. Adama Diakité; Superviseur dans la région de Mopti
15. Mme Korka Tamboura; Technicien sanitaire, animatrice
16. M. Hamidou Maiga; Chargé de Programme Eau, Assainissement du Corps de la Paix, Bamako
17. M. Kevin Ray; Chargé de Bureau du Corps de la Paix, Mopti
18. Mme Guindo Sidibé; Directrice Régionale d'Hydraulique et d'Energie, Mopti
19. M. Noussa Cissé; Hydraugéologie, Base Hydraulique, Mopti
20. M. Toumani Diakité; Géophysicien, Base Hydraulique, Mopti
21. Dr. Mamadou Diakité; Médecin Chef de Mopti
22. Dr. Etienne Dembélé; Médecin Chef de Bandiagara
23. M. Mamadou Lamine Sy; Inspection Enseignant, Mopti
24. Dr. Yacouba Djiné; Médecin Chef par interim de Djenné
25. M. Soumaila Samaké; Chef de poste Centre de Santé Révitalisé, Djenné
26. Dr. Bounama Pléa; Médecin Chef, Bankass
27. M. Fily Kanté; Chef de poste médical, Diaukabou
28. M. Abdou Traoré; Chef de poste médical, Soufaoulye
29. M. Mamadou Sylla; Inspection Enseignant, Mopti
30. Dr. Yoco Diallo; Médecin Chef, Douantza

ANNEXE H
Villages visités

Cercle de Mopti

Bakoro, Sinamkoro, Karamani, Doundou, Manaco

Cercle de Koro

Anacaga, Ene, Diankabou Dogon, Kono-na

Cercle de Djenné

Gagnia, Soala, Syn, Goundaka, Niaouro

Cercle de Douentza

Débéré, Nokara, Gouo, Noumbou

Cercle de Bandiagara

Koloko, Songho, Korou, Doucoumbo

Cercle de Bankass

Logon, Golo, Sadia Habbé, Anagara

