



Fonds des Nations Unies pour l'Enfance



République de Côte d'Ivoire

**PROGRAMME
EAU/ASSAINISSEMENT/ENVIRONNEMENT**

**Impact socio-sanitaire de deux ans de mise en œuvre des
activités de l'ONEF dans 21 villages d'endémie
dracunculienne de Zuénoula**

Présenté par :
Francis ZACKO, Sociologue Consultant

Sous la direction de :
KADIO Yao, Administrateur de Programme Eau /
Assainissement/ Environnement, UNICEF.

Décembre 2001

SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	3
LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX.....	3
RESUME EXECUTIF	4
INTRODUCTION	9
I. CADRE CONCEPTUEL	10
1.1. CONTEXTE	10
1.2. JUSTIFICATION.....	10
1.3. OBJECTIFS DE L’EVALUATION	11
1.4. LE CHAMP DE L’ETUDE	11
1.5. L’EQUIPE.....	12
1.6. APPROCHE METHODOLOGIQUE.....	12
II. RAPPEL DE LA SITUATION EN 1999	13
2.1. SITUATION DE L’ENDEMIE DRACUNCULIENNE	13
2.2. SITUATION DES POINTS D’EAU	15
2.3. SITUATION DE L’HYGIENE ET DE L’ASSAINISSEMENT	17
III. RAPPEL DE LA MISSION DE L’ONEF.....	17
3.1. PRESENTATION DE L’ONEF.....	17
3.2. MISSION DE L’ONEF DANS LE CADRE DU PROJET D’ERADICATION DU VER DE GUINEE.....	18
3.3. OBJECTIF	18
3.4. APPROCHE	18
3.5. STRATEGIE.....	18
3.6. ACTIVITES MENEES.....	19
3.7. POPULATION CIBLE.....	20
IV. PRESENTATION DES RESULTATS DE L’EVALUATION.....	20
4.1. PROGRES ACCOMPLIS	20
4.1.1. La consommation de l’eau de pompe.....	20
4.1.2. La gestion des pompes	21
4.1.3. La mise en place des RAVIFES.....	23
4.1.4. L’hygiène, l’assainissement et l’environnement.....	24
4.1.5. La réalisation des ouvrages de base.....	26
4.1.6. La connaissance des maladies liées à l’eau et au manque d’hygiène	28
4.2. CONTRAINTES/OBSTACLES.....	30
4.3. LEÇONS APPRISES / ENSEIGNEMENTS TIREES	32
V. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	34
5.1. CONCLUSIONS	34
5.2. RECOMMANDATIONS	35
BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXES	39
<i>Annexes I.1 Composition de l’équipe de la mission d’évaluation</i>	<i>40</i>
<i>Annexes I.2 Choix des villages comparatifs.....</i>	<i>40</i>
<i>Annexes II. Tableau synoptique des progrès réalisés par l’ONEF</i>	<i>43</i>
<i>Annexes III.1. : Répartition des cas de Ver de Guinée dans les villages du District Sanitaire de Zuénoula.....</i>	<i>46</i>
<i>Annexes III.2 : Répartition des cas de Ver de Guinée dans les 22 villages d’intervention de l’ONEF de 1993 à 2001.</i>	<i>49</i>

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AR : Artisan réparateur

ASC : Agent de Santé Communautaire

COOPEC : Coopérative d'Epargne et de Crédit

MICSS : Enquête à Indicateurs Multiples

ONEF : Organisation Nationale pour l'Enfant, la Femme et la Famille

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PNEVG : Programme National d'Eradication du Ver de Guinée

PNHV : Programme National d'Hydraulique Villageoise

RAVIFES : Réseau d'Associations Villageoises Féminines pour l'Education pour la Santé

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX

<i>Graphique 1 : Evolution de l'endémie dracunculienne dans quelques districts sanitaires les plus touchés de la Côte d'Ivoire de 1993 à 1999.....</i>	<i>13</i>
<i>Tableau 1 : Situation de l'endémie dracunculienne dans le District Sanitaire de Zuénoula par Sous-préfecture de 1993 à 1999.....</i>	<i>14</i>
<i>Tableau 2 : Situation de l'endémie dracunculienne dans les 22 villages d'intervention de l'ONEF du District Sanitaire de Zuénoula de 1993 à 1999.</i>	<i>14</i>
<i>Tableau 3 : Situation des points d'eau dans les 22 villages d'intervention de l'ONEF en rapport avec le nombre de cas de Ver de Guinée en 1999.....</i>	<i>16</i>
<i>Tableau 4 : Evolution du nombre de pompes fonctionnelles dans les 22 localités du District Sanitaire de Zuénoula de 1999 à 2001.</i>	<i>20</i>
<i>Tableau 5 : Evolution de la gestion des pompes dans 21 villages d'intervention de l'ONEF de 1999 à 2001.....</i>	<i>21</i>
<i>Tableau 6 : Niveau de l'entretien des 41 pompes recensées selon la distance par rapport aux populations en 2001.</i>	<i>23</i>
<i>Tableau 7 : Situation des ouvrages de base dans les 22 localités d'intervention de l'ONEF et dans les 10 villages comparatifs de 1999 à 2001.....</i>	<i>26</i>
<i>Graphique 2 : Evolution de l'endémie dracunculienne dans les 22 villages d'intervention de l'ONEF du District Sanitaire de Zuénoula de 1993 à 2001.</i>	<i>33</i>

Résumé exécutif

1. Dans le cadre de son programme de coopération avec le gouvernement de Côte d'Ivoire, l'UNICEF appuie depuis plusieurs années le Programme National d'Éradication du Ver de Guinée et le Programme National à l'Hydraulique. Aujourd'hui, la surveillance épidémiologique s'est étendue à environ 700 villages endémiques et à risque. Des progrès remarquables ont été enregistrés. Ainsi, on est passé de 8034 cas à 297 cas et de 511 à 54 villages endémiques entre 1993 et 2000. Ces résultats sont dus en partie à la réalisation d'une trentaine de forages ainsi qu'à la réhabilitation d'une centaine de pompes dans les villages à forte endémicité. Toutefois, des efforts restent à faire puisque dans la sous région, la Côte d'Ivoire a indiqué le plus faible taux d'endiguement de cas (33%) qui a soulevé maints commentaires et questions à la 6^{ème} réunion des coordinateurs de programmes nationaux, tenue du 26 au 29 mars 2001 à Lomé (Togo). Par conséquent, la situation reste encore préoccupante dans la mesure où le programme mondial d'éradication de la dracunculose vise à mettre fin à toute transmission de la maladie, sauf au Soudan, d'ici la fin la fin de 2002.

2. L'UNICEF qui est préoccupé par l'appropriation et la pérennisation des actions qu'il soutient sur le terrain souhaiterait que les changements de comportements s'opèrent à la base par l'implication et la responsabilisation des communautés et le renforcement de leur capacité. C'est dans cette perspective que l'UNICEF appuie depuis 1999, l'Organisation Nationale pour l'Enfant, la Femme et la Famille (ONEF) pour la mise en œuvre des activités d'éducation pour la santé, de mobilisation et de sensibilisation des communautés rurales du District Sanitaire de Zuénoula. Afin de continuer l'appui qu'il donne à l'ONEF, l'UNICEF a entrepris une évaluation afin d'évaluer l'incidence des actions menées sur les populations- cibles et de savoir si les orientations de l'intervention de l'ONEF sont positives auquel cas l'expérience doit être documentée.

3. Dans le District sanitaire de Zuénoula, le nombre de villages endémiques était de 72 en 1993 ; puis il est passé à 0 en 1997 et à 39 en 1998. En outre, de 1123 cas en 1993 on a enregistré 306 cas en 1997, soit une régression de 83,6%. Cependant en 1998, la tendance s'est inversée et on a enregistré 349 cas. En 1999, on comptait encore 36 villages endémiques et 59 cas notifiés. La situation de l'endémie dracunculienne qui prévalait jusqu'en 1999 pouvait s'expliquer par le faible niveau de disponibilité et d'accessibilité à l'eau potable ainsi qu'à des pratiques socio-comportementales individuelles ou collectives néfastes liées à l'eau.

4. Dans un contexte de raréfaction des ressources et animée par le souci d'une approche de résolution globale des problèmes par une utilisation efficiente des ressources, l'ONEF s'est proposée par ailleurs, d'atteindre une dizaine d'objectifs spécifiques. L'ONEF a privilégié, dans sa démarche, une approche participative, innovatrice et intégrée qui fait de la communauté la principale actrice de l'exécution des activités à mener, notamment en vue de l'éradication du Ver de Guinée. La stratégie utilisée a consisté en la responsabilisation et au renforcement des capacités des femmes pour mieux assurer l'approvisionnement en eau et la gestion des pompes.

Progrès réalisés

5. Deux ans après l'intervention de l'ONEF dans les 22 localités du District Sanitaire de Zuénoula un bilan se dégage . La consommation de l'eau de pompe est devenue une réalité dans les habitudes et comportements des populations du District Sanitaire de Zuénoula . Selon l'enquête auprès des ménages, actuellement 9 ménages sur 10 (92,5%) consomment l'eau de pompe. En outre, 85,2% des ménages disposent en permanence de l'eau de pompe. Cette prise de conscience des populations de la nécessité de ne consommer que l'eau de pompe est liée aux différentes séances de sensibilisation réalisées par l'ONEF. Ce meilleur niveau de consommation de l'eau de pompe obtenu sous l'action de l'ONEF est aussi dû à l'accroissement du nombre de pompes qui est passé de 36 en 1999 à 41 en 2000 mais surtout à l'amélioration du taux des pompes fonctionnelles entre 1999 et 2001. De 69,4% en décembre 2000, il est passé à 87,8% en août 2001; soit une progression de 75,6% en près de 2 ans. Toutefois, en dépit de l'amélioration de la disponibilité de l'eau de pompe et des progrès enregistrés au niveau de la consommation de l'eau de pompe par l'ensemble des communautés villageoises, 7,5%

des ménages ne consomment pas encore l'eau de pompe soit à cause des pannes régulières, soit à cause de l'éloignement des pompes ou encore parce qu'il n'y a pas de pompe (le village de Bléfla ne dispose pas de pompe).

6. Les actions de sensibilisation de l'ONEF ont aussi permis aux communautés de céder la gestion financière des pompes aux femmes des RAVIFES. Cependant, dans quelques villages, on assiste à une reprise de cette gestion par les hommes. Toutefois, on note également que les gestionnaires prennent progressivement conscience de l'importance d'ouvrir les pompes en permanence afin d'offrir une meilleure disponibilité de l'eau de pompe. Mais, il faut noter que le niveau d'entretien (de nettoyage) des pompes reste encore préoccupant. Moins de la moitié des villages (47,6%) nettoient régulièrement les pompes. Sur 41 pompes recensées, seulement 16 (39%) présentent un entretien satisfaisant à l'extérieur contre 23 (56,1%) qui présente un entretien intérieur satisfaisant. Quant au niveau de protection des pompes, 25 (61%) disposent d'une clôture mais seulement 8 (19,5%) possèdent un portillon.

7. L'ONEF a permis de mettre effectivement en place les RAVIFES dans les 22 localités du district sanitaire de Zuénoula. Ces organisations villageoises féminines ont permis d'impulser véritablement dans certains villages l'acquisition et ou le renforcement de certains comportements tels que la consommation exclusive de l'eau de pompe, l'entretien des ménages et des pompes, la mise en place d'une organisation pour la collecte de l'eau de pompe, la construction et l'utilisation des ouvrages domestiques.

8. Concernant l'hygiène du milieu et l'assainissement, la situation de la plupart des villages est plus ou moins précaire. Cela se traduit par la présence d'excréments humains, la présence d'excréments animaux, la présence de broussailles et aussi une forte présence d'eaux stagnantes. En ce qui concerne les ordures ménagères, elles sont mal gérées et mal entreposées. En outre, il existe de nombreux puits traditionnels dont le niveau d'entretien, pour la plupart, demeure préoccupant. Cependant, la tendance en matière d'hygiène et d'assainissement est inversée dans les ménages. Moins de la moitié des ménages enquêtés (36,2%) présente des broussailles. Seulement 17,1% des ménages présentent des excréta. Dans très peu de ménages il y a de l'eau stagnante (9,7%). Et dans 19% des ménages il y a des ordures ménagères. Cela traduit une prise de conscience progressive des populations villageoises de la nécessité de l'hygiène domestique. Toutefois, l'hygiène du milieu et l'assainissement à l'échelle communautaire ne sont pas véritablement entrés dans les habitudes collectives.

9. Concernant les ouvrages de base, on note que les foyers améliorés connaissent une vulgarisation et une utilisation effectives dans la majorité des ménages. Le taux de réalisation (55,8%) se situe au-dessus des résultats escomptés par l'ONEF (50%). De 12 foyers améliorés en décembre 2000 on en dénombre 1344 en août 2001. Au niveau des douchères traditionnelles, le taux de réalisation est également assez encourageant. En effet pour l'ensemble des villages de l'ONEF, il est de 62,4% contre 50% escomptés. Actuellement, ce sont 908 douchères qui ont été réalisées dans les villages de l'ONEF contre un faible nombre en 1999. S'agissant des fosses à ordures, leur taux de réalisation (3,3%) se situe loin de l'objectif de 50%. On enregistre seulement 47 fosses à ordures réalisés pour un ensemble de 1423 ménages visités. Le taux de réalisation de claies à vaisselle est de 17,2%. De moins d'une dizaine de claies à vaisselle en 1999, on est passé à 80 claies à vaisselle en février 2001 pour atteindre 252 claies à vaisselle en août 2001, dans les 22 localités du District Sanitaire de Zuénoula. Concernant les cordes à linge, le taux de réalisation est de 55,7% et se situe au-delà des résultats escomptés par l'ONEF (50%). On compte 878 cordes à linge réalisés en août 2001 contre moins d'une dizaine en 1999. Quant aux latrines SANPLAT, sur 21 témoins escomptés pour la phase pilote, seulement 7 ont été réalisés dans 5 villages ; soit un taux de réalisation de 09,1%. Sur 1423 ménages visités, seulement 60 sont équipés de latrines traditionnelles. Au total, ce sont 63 latrines traditionnelles qui ont été dénombrées dans seulement 9 localités sur 22. Ces différents niveaux de résultats montrent que les populations ne sont pas encore suffisamment sensibilisées sur l'importance de certains ouvrages de base.

10. Malgré le renforcement des capacités des femmes des RAVIFES et des ASC à la prise en charge des maladies hydriques, le niveau de connaissance des populations des maladies est faible. Hormis le ver de Guinée, dont le niveau de connaissance est assez élevé, la bilharziose, l'amibiase, le paludisme et la diarrhée sont très peu connus. Selon l'enquête auprès des ménages 92,1% des enquêtés ne connaissent pas l'amibiase ; 91,2% ne connaissent pas le paludisme ; 84,3% ne connaissent pas la bilharziose ; 69,4 ne connaissent pas la diarrhée et 36,6% ne connaissent pas le ver de Guinée.

11. Ces résultats montrent les différents progrès accomplis par l'ONEF ainsi que les faiblesses constatées après deux ans de mise en œuvre des activités dans les 22 localités du District Sanitaire de Zuénoula. Plusieurs facteurs ont contribué à la mise en marche du processus de changement de comportement. En effet, la démarche participative adoptée par l'ONEF a permis d'établir un climat de confiance entre les différents intervenants, mais surtout d'aboutir à un consensus sur les mesures à prendre ainsi qu'à une habilitation et une participation effective des populations à l'atteinte des résultats. Un autre facteur favorable à la dynamique amorcée, en terme de changement de comportement, est l'implication de la chefferie, des infirmiers et des ASC dans les différentes activités de l'ONEF. Ces différents acteurs ont permis, dans des villages, de motiver les populations à adopter des conduites favorables à un meilleur état de bien-être socio-sanitaire. Par ailleurs, grâce au renforcement de leur capacité, les femmes des RAVIFES ont réussi dans quelques villages à mieux informer et sensibiliser les populations sur les aspects socio-sanitaires positifs et dans certains domaines de la vie communautaire mais surtout à construire, à vulgariser et à utiliser les ouvrages de base tels que les foyers améliorés, les corde à linge et les douchères.

12. L'analyse des faiblesses fait ressortir un certain nombre de facteurs internes et externes qui constituent encore des contraintes à l'atteinte des résultats et par conséquent des blocages à une véritable dynamique de changement de comportement. Comme dans toute communauté villageoise, les populations du District Sanitaire de Zuénoula ont hérité d'un ensemble d'éléments culturels auxquels ils sont fortement attachés et qui les maintient encore à un niveau de vie précaire. Le système de représentation de la maladie, les pratiques et croyances liées à l'eau, en général et à l'eau de marigot en particulier, ainsi que celles liées à l'hygiène et à l'assainissement, le statut social de la femme, la division sexiste du travail, etc. constituent assez souvent des obstacles au processus de changement de comportement. En outre, pour de nombreuses populations villageoises, le manque de moyens financiers et de temps sont à la base du faible niveau de réalisation des ouvrages. Aussi, l'incapacité de payer régulièrement des frais de maintenance (2.000 F cfa) ou de réparation (7.000 f cfa) mais, peuvent atteindre 100 à 200.000 f cfa), conduit à un faible niveau d'entretien des pompes. Un des facteurs explicatifs les plus significatifs du faible niveau d'atteinte des résultats est l'insuffisance du temps d'intervention et du suivi des activités par l'ONEF qui ne permet pas toujours d'impulser une plus forte dynamique de changement de comportement. Aussi, bien que la quasi-totalité des villages disposent d'au moins une pompe, les besoins des populations en matière d'eau potable restent encore fortement exprimés. Par ailleurs, le vieillissement de certains ouvrages donne à l'eau, un goût ferreux que n'apprécient pas les populations ou alors provoque des pannes fréquentes qui conduisent à l'abandon des points d'eau suite à un découragement des populations. En outre, dans quelques villages la passivité des autorités villageoises conduit à un discrédit des acteurs (RAVIFES) ainsi que des activités qu'ils entreprennent.

Leçons apprises / Enseignements tirés

13. Lorsque les populations sont sensibilisées, elles se sentent impliquées dans les actions qui sont menées. Les résultats obtenus sous l'influence des interventions de l'ONEF et la mise en place des RAVIFES sont fort encourageants et méritent d'être soutenus. Cependant, même si l'objectif d'éradication du ver de Guinée est en voie d'être atteint, des efforts doivent être faits et requièrent l'implication de tous les partenaires (PNEVG, PNHV, Districts Sanitaires, ONG, AR, communautés villageoises, etc.) afin d'éradiquer définitivement la maladie d'ici la fin de 2002.

14. Les stratégies de mobilisation sociale à travers la mise en place des RAVIFES dans les villages ont quelques fois été à la base de conflits entre les populations et de "démobilisation" sociale, parce que les populations, notamment les hommes, n'ont pas réellement perçu le rôle de ces organisations. Il convient donc d'orienter les stratégies de sensibilisation sur les responsabilités des femmes. En outre la mobilisation sociale doit mettre un accent sur l'implication de tous les acteurs locaux afin de garantir une adhésion totale des communautés aux actions qu'elles entreprennent.

15. Les populations se sentent de plus en plus disposer à cotiser pour l'entretien des pompes lorsque celles-ci sont fonctionnelles et que la gestion des fonds collectés est bien assurée. C'est pourquoi il convient de renforcer les capacités des gestionnaires des pompes afin d'assurer la pérennité des ouvrages et de sensibiliser les populations à l'appropriation des ouvrages. On note de faibles taux de réalisation au niveau des claies à vaisselle, des latrines, des fosses à ordures et des enclos parce que les populations ne sont pas vraiment sensibilisées sur leur importance. Dès lors il convient de mettre l'accent sur la pérennisation des acquis mais surtout de concentrer les efforts sur les faiblesses constatées.

16. Les buts et interventions de l'ONEF s'inscrivent dans une perspective de changement social qui résulte d'un processus assez long et lent. On note une amélioration de la situation par rapport au début du projet. Ce qui montre les changements progressifs qui sont en train de s'opérer dans les comportements des populations villageoises sous l'action des interventions de l'ONEF. Cependant certains facteurs défavorables entravent encore une plus forte dynamique de changement de comportement. Ce sont : la faiblesse du suivi qui limite une meilleure appréciation du processus en cours, le faible niveau de participation communautaire qui entrave l'implication effective des acteurs et des populations, les pesanteurs socioculturelles qui rendent peu perceptible la dynamique amorcée, les contraintes économiques qui ne favorisent pas un véritable éveil des consciences collectives. Une meilleure appréciation de ces facteurs devrait permettre un meilleur ciblage des actions futures.

Conclusions

17. On peut dire que l'objectif principal de l'ONEF qui est de contribuer à l'éradication du Ver de Guinée en amenant les populations des 21 villages du District Sanitaire de Zuénoula à ne consommer de l'eau de pompe ou de l'eau potable d'ici à décembre 2001 est en train d'être atteint. Cela se caractérise par la réduction du nombre de cas de ver de Guinée (de 55 cas au début du projet, c'est-à-dire en 1999, on a abouti à seulement 2 cas en 2000 et à 0 cas en juillet 2001). Les différentes activités menées et les stratégies en matière de sensibilisation, de responsabilisation et de renforcement des capacités des femmes des RAVIFES dans les 22 localités ont permis non seulement d'atteindre le niveau actuel de consommation de l'eau de pompe par les populations villageoises (92, 5%), mais également la réalisation de certains ouvrages de base qui enregistrent des résultats forts encourageants. L'impact des actions menées par l'ONEF est réel et se traduit notamment la mise en œuvre progressive du processus de changement de comportement ; On note une amélioration progressive des conditions de vie des populations dans certains villages entre 1999 et 2001 qui se traduit par : une meilleure disponibilité et accessibilité à l'eau potable grâce à l'ouverture permanente des pompes, la réduction des délais de réparation des ouvrages et le coût d'acquisition de l'eau de pompe ; une amélioration progressive de l'hygiène domestique et environnementale ; la préservation de l'environnement et la réduction de la pénibilité des tâches des femmes à travers l'utilisation des foyers améliorés. Les activités de l'ONEF méritent donc d'être soutenues et des efforts restent encore à faire pour arriver à un meilleur niveau de résultats. Les indicateurs de suivi ont révélé un certain nombre de progrès accomplis mais aussi de faiblesses qui relèvent d'un certain nombre de facteurs d'ordre institutionnel, socioculturel et économique.

Recommandations

Eu égard aux enseignements tirés, il se dégage un certain nombre de recommandations :

➤ **Au niveau de l'ONEF**

- Assurer un meilleur suivi des progrès accomplis ;
- Mettre en place des comités locaux de suivi dans les villages ;
- Sensibiliser les comités de gestion pour l'ouverture de compte d'épargne ;
- Assurer une plus forte implication des autorités villageoises dans les activités entreprises ;
- Promouvoir la participation des hommes aux activités des RAVIFES ;
- Promouvoir la vulgarisation et l'utilisation des ouvrages de base dans les villages, notamment ceux qui enregistrent de faibles taux de réalisation ;
- Intensifier les actions d'information et de sensibilisation en faveur des changements de comportements adéquats à un meilleur niveau de bien-être.

➤ **Au niveau de l'UNICEF**

- Permettre à l'ONEF d'assurer un suivi régulier de ses interventions sur le terrain ;
- Assurer l'évaluation des actions menées.

➤ **Au niveau des deux parties (ONEF et UNICEF)**

- Assurer un recyclage périodique des femmes des RAVIFES et des ASC relatifs aux maladies liées à l'eau et au manque d'hygiène ainsi qu'à la gestion des pompes ;
- Renforcer le statut des membres des RAVIFES et des ASC ;
- Renforcer les capacités des gestionnaires des pompes ainsi que des mécanismes de contrôle ;
- Assurer la disponibilité d'outil de gestion des pompes ;
- Former des Artisans-Réparateurs Villageois dans les villages où il n'y a pas d'AR ;
- Initier des activités génératrices de revenus, notamment en faveur des femmes ;
- Intensifier la promotion de l'émulation des populations villageoises à travers les concours.

➤ **Au niveau de l'Hydraulique Humaine**

- Assurer la disponibilité des pièces de rechanges des pompes dans les villages.

➤ **Au niveau du PNEVG**

- Assurer la disponibilité de l'abatte et des tamis filtres dans les centres de santé et les villages.

INTRODUCTION

Dans le cadre de l'évaluation des activités de l'ONEF à Zuénoula, une équipe a séjourné, avec l'appui de l'UNICEF dans le département de Zuénoula du 13 août au 03 septembre 2001. Cette évaluation a vu la participation du Programme Eau/Assainissement/Environnement de l'UNICEF, du Sociologue-Consultant, du Programme National d'Eradiation du Ver de Guinée, du District Sanitaire de Zuénoula, de la Direction de l'Hydraulique Humaine (Sous Direction de l'Hydraulique Villageoise), du Service de l'Assainissement, de l'ONEF, d'un traducteur.

L'objectif de cette mission était de mesurer l'impact socio-sanitaire de deux ans de mise en œuvre des activités de l'ONEF dans 21 villages d'endémie dracunculienne de Zuénoula. Tous les rendez-vous ont pu être honorés. L'exploitation des données lors des entretiens et visites des sites a permis d'apprécier le niveau d'incidence des activités de l'ONEF en terme de progrès et de faiblesses. En outre, l'analyse de la documentation relative aux activités de l'ONEF, à la situation de l'endémie dracunculienne et aux activités du District Sanitaire a permis d'apprécier le niveau du processus de changement de comportement qui, de toute évidence, est lent, complexe et difficile.

Cependant, l'exécution des tâches a subi les effets de facteurs défavorables. La longue durée de la mise en place des populations villageoises du fait de l'occupation aux travaux champêtres et/ou au manque d'intérêt aux buts de la mission a rendu difficile l'exécution des tâches. Par ailleurs, dans les villages de Gohitré et Kaloufla dans la sous-préfecture de Zuénoula, l'absence notoire des personnes ressources a quelque peu modifié le calendrier initial des activités. En outre, cette évaluation était perçue par la plupart des populations, soit comme le prolongement du concours organisé par l'ONEF, soit comme une sanction à leur égard ; Tout ceci a rendu très souvent pénible et longue la réalisation des focus group et des entretiens avec les RAVIFES et les ASC.

Ces facteurs, ont contraint l'équipe à travailler au-delà des heures officielles de travail (souvent jusqu'à 22h). Ils ont été néanmoins surmontés grâce à la patience, à l'expérience, au dynamisme et à l'effort soutenu des membres qui l'ont constitué.

Le présent rapport fait le point des principales étapes de l'évaluation en mettant en exergue les résultats des investigations de terrain. Il va aborder successivement : (i) **le cadre conceptuel**. Cette partie présente toute la démarche qui a présidé à la mise en œuvre ainsi qu'à la réalisation de cette évaluation ; (ii) **le rappel de la situation en 1999**. Il s'agit de présenter principalement la situation de l'endémie dracunculienne et la gestion des points d'eau avant les interventions de l'ONEF ; (iii) **la mission de l'ONEF**. Elle traite des objectifs de l'ONEF et des résultats attendus ; (iv) **la présentation des résultats** de l'évaluation. Elle présente les principaux résultats obtenus en mettant en lumière les progrès accomplis, d'une part et les faiblesses constatées d'autre part. Puis elle fait l'analyse des principaux résultats et fait ressortir les enseignements tirés de cette expérience ; (v) **les conclusions et recommandations** de l'évaluation.

I. CADRE CONCEPTUEL

1.1. Contexte

Malgré de nombreux efforts consentis par la communauté internationale et nationale pour améliorer les conditions de vie de milliers d'êtres humains, de nombreuses contraintes d'ordre politique, économique, et socioculturel pèsent encore sur de nombreuses populations dont la situation demeure défavorable à la lumière des indicateurs économiques et sociaux tant à l'échelle mondiale, nationale, régionale que locale. Il s'agit notamment des enfants et des femmes vivant dans les pays sous-développés et particulièrement en milieu rural où la précarité du cadre et du niveau de vie liée à l'insuffisance ou au manque d'infrastructures adéquates conjuguée avec des pesanteurs socioculturelles pour maintenir encore ces groupes-cibles dans des situations préoccupantes.

Parmi les services sociaux de base nécessaires à garantir des conditions meilleures de survie, de développement et donc d'un réel épanouissement des populations, celui de l'eau/assainissement constitue aujourd'hui encore une préoccupation nationale. En effet, selon les résultats de la MICS 2000, un habitant sur cinq (18,3%) n'a pas accès à une eau à boire salubre avec de profondes disparités régionales (24,3% dans le Centre-Ouest contre 10,5% dans le Nord) et par milieu de résidence (25,8% en milieu rural contre 11,2% en zone urbaine). Par ailleurs, les mêmes sources indiquent que quatre habitants sur dix n'ont pas accès à un système sanitaire approprié pour l'évacuation des excréments, notamment en milieu rural (63,2%). A la lumière de ces indicateurs, il apparaît clairement que de nombreuses populations, notamment les populations rurales, demeurent encore exposées et/ou touchées par les maladies liées à l'eau et au manque d'hygiène et dont les conséquences tant économiques, sanitaires que sociales constituent encore des défis à relever malgré les progrès remarquables que l'on ait pu enregistrer au cours de la dernière décennie.

1.2. Justification

Dans le cadre de son programme de coopération avec le gouvernement de Côte d'Ivoire, l'UNICEF appuie depuis plusieurs années, dans son volet Eau - Assainissement - Environnement, le Programme National d'Éradication du Ver de Guinée et le Programme National à l'Hydraulique afin d'offrir aux populations un meilleur accès à l'eau potable et des conditions favorables pour éviter les maladies liées à l'eau et au manque d'hygiène. Lancé officiellement depuis 1993, ce programme couvre tous les villages endémiques. La distribution des filtres et la formation des ASC ont été effectives à partir de novembre 1994. Il y a eu également la stratégie de traitement des points d'eau suivie de celle de l'isolement des cas en février 1995. Aujourd'hui, la surveillance épidémiologique s'est étendue à environ 700 villages endémiques et à risque. Des progrès remarquables ont été enregistrés. Ainsi, on est passé de 8034 cas à 297 cas et de 511 villages endémiques à 54 villages endémiques entre 1993 et 2000. Ces résultats sont dus en partie à la réalisation d'une trentaine de forages ainsi qu'à la réhabilitation d'une centaine de pompes dans les villages à forte endémicité. Toutefois, des efforts restent à faire puisque dans la sous région, la Côte d'Ivoire a indiqué le plus faible taux d'endiguement de cas (33%) qui a soulevé maints commentaires et questions à la 6^{ème} réunion des coordinateurs de programmes nationaux tenue du 26 au 29 mars 2001 à Lomé (Togo). Entre janvier et juin 2001, ce taux est passé à – 39% ; Mais, la situation reste encore préoccupante dans la mesure où le programme mondial d'éradication de la dracunculose vise à mettre fin à toute transmission de la maladie, sauf au Soudan, d'ici la fin de 2002.

De toute évidence, les ressources demeurent encore insuffisantes face aux besoins exprimés par les populations. C'est pourquoi, l'UNICEF entreprend de plus en plus un partenariat, dans un cadre non gouvernemental, de sorte à ce que tous les participants (ONG, communauté, collectivités locales etc.) au plus petit niveau que ce soit puissent s'engager à relever les défis auxquels toute la société est confrontée.

L'UNICEF qui est préoccupé par l'appropriation et la pérennisation des actions qu'il soutient sur le terrain souhaiterait que les changements de comportements s'opèrent à la base par l'implication et la responsabilisation des communautés et le renforcement de leur capacité. C'est dans cette perspective que l'UNICEF appuie depuis 1999, l'Organisation Nationale pour l'Enfant, la Femme et la Famille (ONEF) pour la mise en œuvre des activités d'éducation pour la santé, de mobilisation et de sensibilisation des communautés rurales du District Sanitaire de Zuénoula dans le cadre de l'Eradication du Ver de Guinée.

Afin de continuer l'appui qu'il donne à l'ONEF, l'UNICEF a entrepris une évaluation des activités qui ont été menées afin de cerner de façon pertinente les perceptions des populations concernées sur les résultats auxquels elles sont parvenues, mais également d'identifier les contraintes qui entravent encore le processus de changement de comportement.

1.3. Objectifs de l'évaluation

1.3.1. Objectif général

Sur la base des informations systématiques disponibles et collectées relatives aux pratiques d'hygiène identifiées et à améliorer, l'évaluation avait pour but de savoir comment l'ONEF a déclenché des modifications de ces pratiques entre 1999 et 2001 ; autrement dit, il s'agissait d'évaluer l'incidence des actions menées par l'ONEF sur les populations-cibles afin de savoir si les orientations de l'intervention de l'ONEF sont positives auquel cas l'expérience doit être documentée et vulgarisée ; ou formuler de nouvelles orientations pertinentes ou un recentrage pour de meilleurs résultats.

1.3.2. Objectifs spécifiques

- Il s'agissait entre autre de :
- i) évaluer les pratiques de collecte, d'entreposage et de manipulation de l'eau jusqu'à la consommation ;
 - ii) évaluer les pratiques d'hygiène relative à l'eau et l'assainissement ;
 - iii) évaluer le niveau d'accès des populations à l'eau potable ;
 - iv) découvrir les raisons de l'adoption ou la non adoption des pratiques enseignées par l'ONEF ;
 - v) évaluer la volonté ou la réticence des hommes à céder la gestion des pompes aux femmes ;
 - vi) vérifier les connaissances des populations relatives aux maladies liées à la consommation de l'eau insalubre et la relation entre ces maladies et leur comportement (les pratiques en matière d'hygiène du milieu) ;
 - vii) évaluer le nombre de latrines traditionnelles ou SANPLAT construites depuis la mise en œuvre du projet, leur opérationnalité, le taux d'utilisation et d'entretien ;
 - viii) évaluer l'état sanitaire des populations (la prévalence des maladies hydriques, etc.).

1.4. Le champ de l'étude

L'évaluation des activités de l'ONEF a été menée principalement dans 32 localités du District Sanitaire de Zuénoula. Il est situé dans la région de la Marahoué au Centre-Ouest de

la Côte d'Ivoire, à 373 km d'Abidjan. Dans cette région, la majeure partie de la population (77,4%) vit en milieu rural. L'économie est principalement agricole, mais on note également l'élevage de bovins, de porcins, d'ovins, caprins et la pêche. Au plan sanitaire, on note de faibles taux de couverture en personnel médical. Par contre, les ressources en infrastructures sanitaires enregistrent des ratios proches de la moyenne nationale. Quant à l'accessibilité géographique au centre de santé, 80% de la population habitent à moins de 5 kilomètres d'une formation sanitaire. Cependant, le taux d'utilisation des formations sanitaires est seulement de 27%. Au-delà des principales pathologies qui caractérisent la situation épidémiologique du pays, on a noté pendant longtemps une forte prévalence d'endémie dracunculienne dans cette région, malgré une meilleure couverture en eau potable qui se situe à 69% (contre une moyenne nationale de 61%). Au plan anthropologique, on note une dominance du peuple Gouro et l'organisation socio-politique est dominée par les hommes.

1.5. L'équipe

Cette étude d'évaluation a été conduite par une équipe pluridisciplinaire composée :

- d'un Sociologue – Consultant à l'UNICEF ;
- des représentants du programme Eau – Assainissement - Environnement de l'UNICEF ;
- d'un représentant du Programme National d'Eradication du Ver de Guinée ;
- d'un représentant du District Sanitaire du Zuénoula ;
- des représentants du Programme National de l'Hydraulique Villageoise ;
- d'un représentant du Service de l'Assainissement ;
- d'un représentant de l'ONEF ;
- d'un traducteur ;
- d'un chauffeur de l'UNICEF.

1.6. Approche méthodologique

L'approche utilisée pour cette étude d'évaluation a été la combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives. En effet, cette étude visait à identifier et à apprécier les changements de comportements des populations. C'est pourquoi une enquête auprès des ménages a été menée. Quant à la méthode qualitative, elle a permis de cerner la perception des groupes-cibles sur les actions de l'ONEF. Il s'agissait de comprendre pourquoi et comment les comportements liés aux pratiques relatives à l'eau et à l'assainissement changent-ils ou ne changent-ils pas. Cette méthode a été appliquée dans les 22 localités d'intervention de l'ONEF et dans 10 villages comparatifs du district sanitaire de Zuénoula. Dans ces 10 villages, l'objectif était de vérifier si les éventuels changements de comportements ont été opérés sans l'action de l'ONEF ou sous son influence indirecte.

• Les personnes-cibles

Ce sont : le personnel du Programme National d'Eradication du Ver de Guinée ; le Directeur du District Sanitaire de Zuénoula ; le personnel des Services de l'Hydraulique Villageoise ; la présidente et les membres de l'ONEF ; les collectifs villageois (Chef du village et notables, hommes, femmes, jeunes, etc.) ; les RAVIFES ; les Artisans Réparateurs ; les Agents de Santé Communautaire ; les infirmiers ou sages-femmes ; les maçons locaux ; les femmes de fonctionnaires.

• Les techniques de collecte de l'information

Les techniques de collecte ont été : le focus group, l'inspection hygiénique, l'observation dirigée, les entretiens avec les informations-clés et les membres des ménages.

- **Les supports de collecte**

Les supports de collecte utilisés ont été : le questionnaire, les guides d'entretien, les fiches de visites ou de contrôles, le magnétophone, l'appareil photo, le GPS (Global Positioning system).

- **La fiabilité et la validité des résultats**

Dans le souci de créer un climat de confiance en vue d'aboutir le plus possible à une fiabilité et une objectivité des résultats, l'équipe a procédé à l'implication effective des membres des communautés villageoises, notamment les femmes et les jeunes dans la réalisation des cartes des villages, des visites des villages et des ménages, des observations dirigées vers les points d'eau et les latrines témoins ainsi que pour l'enquête auprès des ménages.

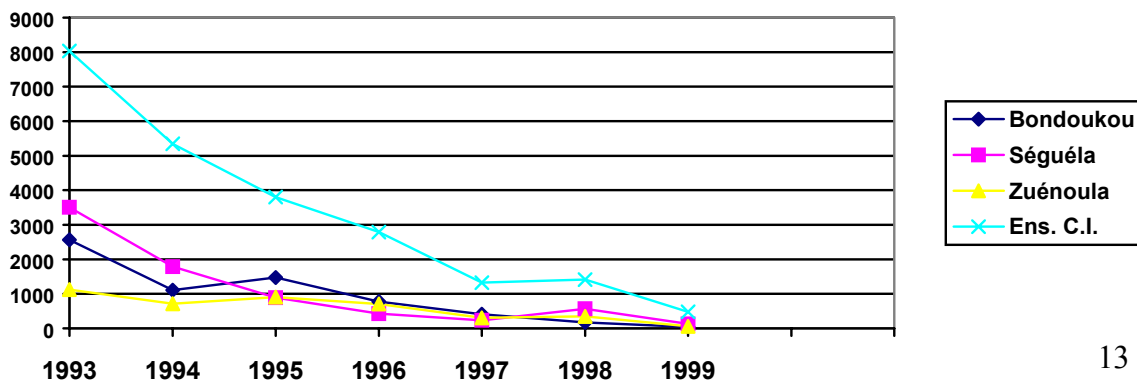
Au total, ce sont 1.066 personnes qui ont pris part aux différentes activités de cette évaluation, dont 690 hommes et 376 femmes ; soit des moyennes respectives de 33 personnes par villages visités dont 21 hommes et 12 femmes. Ce qui signifie que le taux de participation des populations, notamment des femmes reste peu satisfaisant au regard des dispositions prises avant l'arrivée de la mission et des attentes des objectifs de l'évaluation ainsi que de l'implication des populations dans les activités entreprises par l'ONEF.

Pour aboutir à des résultats consensuels, l'Equipe a mis en œuvre trois stratégies complémentaires. D'abord, l'équipe a procédé à la fin de chaque série d'activités, à la triangulation des sources, méthodes et investigations ; c'est-à-dire au recoupement des informations collectées en examinant les différentes sources, méthodes et outils utilisés pour obtenir les résultats des investigateurs. Cela a permis de vérifier la véracité des informations fournies par les populations lors des focus group. Ensuite, à la fin de chaque visite/évaluation, elle a procédé à une retro-information et discussions auprès des communautés villageoises ; cela a permis d'apprécier leur niveau de perception et d'arriver à un consensus sur les constats et observations faits ainsi que sur les informations collectées et de trouver les premières pistes d'interprétation, de réflexion et d'analyse des résultats. Enfin, la troisième stratégie a consisté à inverser, au bout de chaque semaine, les rôles dans la réalisation des différentes activités de sorte à éviter que l'effet de relation prolongée avec la population et/ou les outils, qui s'avère nécessaire pour aboutir à de meilleurs résultats, ne produise des effets contraires en terme de stéréotypes, de préjugés et même d'inefficacité.

II. RAPPEL DE LA SITUATION EN 1999

2.1 Situation de l'endémie dracunculienne

GRAPHIQUE 1 : EVOLUTION DE L'ENDEMIE DRACUNCULIENNE DANS QUELQUES DISTRICTS SANITAIRES LES PLUS TOUCHES DE LA COTE D'IVOIRE DE 1993 A 1999.



Entre 1993-1998, la lutte contre le Ver de Guinée a constitué une réelle préoccupation pour le Gouvernement de Côte d'Ivoire et l'UNICEF. En effet, de 8.034 cas notifiés en 1993, on est passé à 1.326 cas en 1997 pour l'ensemble de la Côte d'Ivoire ; soit une régression de 83,5%. La même tendance a été observée au niveau régional. Cependant, à partir de 1998, l'endémie dracunculienne a connu un pic et on est passé à 1414 cas. Les Districts les plus touchés étaient par ordre d'importance ceux de Séguéla, Zuénoula et Bondoukou dont la proportion des cas, au niveau national, représentait respectivement 39,9%, 24,7% et 12,5%.

TABLEAU 1 : SITUATION DE L'ENDEMIE DRACUNCULIENNE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE ZUENOULA PAR SOUS-PREFECTURE DE 1993 A 1999.

LOCALITES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
S/P ZUENOULA	974	587	796	684	288	297	46
S/P GOHITAFLA	149	115	122	119	18	52	13
TOTAL DU DISTRICT	1123	702	918	803	306	349	59

Source : Programme National d'Eradication du Ver de Guinée

Dans le District sanitaire de Zuénoula, il existait encore entre 1993 et 1999 des villages où la contamination se faisait toute l'année, malgré les nombreux efforts consentis par le programme. Le nombre de villages endémiques était de 72 en 1993 ; puis il est passé à 0 en 1997 et à 39 en 1998. De 1123 cas en 1993 on a enregistré 306 cas en 1997, soit une régression de 83,6%. Cependant en 1998, la tendance s'est inversée et on a enregistré 349 cas. En 1999, on comptait encore 36 villages endémiques et 59 cas notifiés.

Dans les 22 villages d'intervention de l'ONEF, la tendance était la même qu'au niveau régional et national ; de 640 cas en 1993 on est passé à 218 cas en 1997 et à 328 cas en 1998.

TABLEAU 2 : SITUATION DE L'ENDEMIE DRACUNCULIENNE DANS LES 22 VILLAGES D'INTERVENTION DE L'ONEF DU DISTRICT SANITAIRE DE ZUENOULA DE 1993 A 1999.

VILLAGES	VILLAGES	Population	NOMBRE DE CAS							TOTAL
			1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
Sous-Préfecture de Zuénoula										
Broukro de Gounga	1	260					26	10	0	36
Dinzra	1	553	127	18	54	42	15	41	8	305
Djeifla	1	635	10	15	22	23	7	12	1	90
Duezra(Dieloulizra)	1	650						4	0	4
Gohidorou	1	810	41	53	25	22	0	8	2	151
Gohitré	1	1029	25	19	37	30	8	17	4	140
Gounga	1	613	69	26	55	46	36	22	0	254
Kaloufla	1	2324	82	7	7	13	60	42	5	216
Kavaka	1	524	7	0	4	0	0	8	3	22
Konezra	1	187	45	10	20	19	22	43	12	171
Paoubigrofla	1	966	78	46	8	6	1	2	2	143
Pohizra	1	251			5	109	19	8	2	143
Tieifla	1	814					10	8	0	18
Zougounefla	1	2175	81	39	21	89	0	47	5	282
Total S/P Zuénoula		11791	565	233	258	399	204	272	44	1975
Sous-Préfecture de Gohitafla										

VILLAGES	VILLAGES	Population	NOMBRE DE CAS							
			1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL
Bléfla	1	1263					8	4	0	12
Dorifla	1							3	0	3
Iriefla	1	1359	8	2	2	0	0	3	0	15
Kouasseizra II	1	530	25	11	9	8	1	26	9	89
Kourefla II	1	305				2	0	10	0	12
Zrabisseifla I	1	760	22	14	16	0	0	8	2	62
Zraluo	1	1247	20	5	1	15	2	2	0	45
Total S/P Gohitafla		5464	75	32	28	25	11	56	11	238
TOTAL		17255	640	265	286	424	215	328	55	2213

Source : Programme National d'Eradication du Ver de Guinée

En 1999, en dépit de la nette régression du nombre de cas dans ces 22 villages, la proportion des cas de Ver de Guinée représentait 93,22 % des cas de l'ensemble du District Sanitaire. Ces différents indicateurs montrent clairement la situation qui prévalait et dont les principales conséquences socio-économiques se caractérisent par l'invalidation d'une frange importante de la population, l'improductivité de la population active, l'incapacité pour les mères de s'occuper de leurs enfants et des activités domestiques, des absences prolongées au cours pour les élèves, etc. notamment dans les villages fortement touchés (Dinzra, Gohidorou, Gohitré, Kaloufla, Konézra, Gounga, Zougounéfla et Zraluo).

2.2 Situation des points d'eau

La situation de l'endémie dracunculienne qui prévalait jusqu'en 1999 pouvait s'expliquer par le faible niveau de disponibilité et d'accessibilité à l'eau potable ainsi qu'à des pratiques socio-comportementales individuelles ou collectives néfastes liées à l'eau.

TABLEAU 3 : SITUATION DES POINTS D'EAU DANS LES 22 VILLAGES D'INTERVENTION DE L'ONEF EN RAPPORT AVEC LE NOMBRE DE CAS DE VER DE GUINEE EN 1999

VILLAGES	Nombre de pompes	Année d'installation	Nombre de pompes en 1999	Nombre de cas de 1993 à 1999
Broukro de Gounga	1	2000	0	36
Diélouzra I	1	1983	1(abandonnée)	305
Diélouzra II	2	1998	2 (sur 1 forage)	90
Dinzra	2	1980 ; 1998	2	151
Djeifla	1	1983	1	140
Gohidorou	1	1994	1	254
Gohitré	2	1982 ; 1998	2	216
Gounga	2	? ?	2	22
Kaloufla	2	? ; 1998	2	171
Kavaka	2	1991 ; 1998	2	12
Konezra	1	?	1	143
Kourefla II	1	?	1	143
Paoubigrofla	1	1998	1	18
Pohizra	1	1984	1	17
Tieifla	2	1981 ; 1998	2	282
Zougounefla	3	1978 ; 2000 ; ?	2	0
Sous-préfecture de Gohitafla				
Bléfla	0	/	0	12
Dorifla	2	1984 ; 1995	2	3
Iriefla	4	Années 70 ; Années 80 ; 1980 ; 1996	4	15
Kouasseizra II	2	1994 ; 1998	29	89
Zrabisseifla I	2	1984	2	62
Zraluo	6	1979 ; 1984 (3) ; 1998 (2)	6	45
TOTAL	41	/	39	2226

Source : Résultats de l'évaluation UNICEF/ PNEVG

Comme on le constate dans le tableau, les villages les plus touchés entre 1993 à 1999 n'étaient pas forcément ceux qui étaient dépourvus de pompe. En effet, en 1999, on comptait 39 pompes dans les 22 localités du District Sanitaire. Cependant, elles étaient fréquemment en panne et les délais de réparation demeuraient longs (plusieurs semaines, voire des années comme cela a été le cas à Kouréfla II). Par ailleurs, lorsqu'elles fonctionnaient, elles étaient constamment fermées car les gestionnaires des pompes emmenaient la clé du cadenas avec eux aux champs. Le coût d'acquisition de l'eau était relativement élevé (10 F/cuvette et/ou 5 F/seau) pour des populations qui sont souvent totalement démunies pendant les périodes de soudure. On notait également une mauvaise gestion des pompes. Les fonds collectés par la vente de l'eau étaient mal utilisés. Les caisses étaient parfois vides et aucun compte n'était fait aux populations sur le montant des cotisations perçues et des dépenses effectuées. En outre, les pompes étaient mal entretenues. Tous ces facteurs favorisaient la consommation massive de l'eau du marigot par les populations villageoises. Pour la plupart de ces populations rurales, la préférence pour l'eau du marigot découlait du goût agréable (sucré) qu'elle procurait et des prétendues vertus thérapeutiques qu'elle avait.

Finalement, tous ces facteurs conduisaient à un recours plus logique et plus facile à une eau de marigot fort appréciée pour son goût, non payante et accessible à tous et à tout moment, constituant ainsi un risque permanent de contamination par le ver de Guinée.

2.3. Situation de l'hygiène et de l'assainissement

Durant cette période, les pratiques liées à l'hygiène et à l'assainissement précaires et néfastes se caractérisaient par la présence de broussailles aussi bien aux alentours qu'à l'intérieur des villages et même des concessions. Les populations utilisaient peu de douchères aménagées et les eaux d'écoulement constituaient de véritables sites de développement et de prolifération pour les larves de moustiques et autres parasites. On notait peu de latrines ; la nature environnante constituait le lieu privilégié de défécation des populations villageoises. Par ailleurs, les ustensiles de cuisine étaient posés ou séchés par terre. En outre, les ordures ménagères étaient mal entreposées et gérées souvent même à l'intérieur des concessions ou non loin des habitations. Quant aux vêtements, ils étaient séchés à même le sol ou sur les broussailles. Toutes ces pratiques constituaient des risques de contamination par les maladies liées à l'eau et au manque d'hygiène.

A cet environnement épidémiologique, hydraulique et socio-sanitaire peu propice au bien être des populations se juxtaposaient d'autres problèmes spécifiques au monde rural. Il s'agit notamment de l'extrême pauvreté de la population, des difficultés liées à la commercialisation des produits agricoles, de l'absence ou l'insuffisance d'infrastructures socio-économiques, de la faiblesse des moyens de communication et du faible statut social de la femme ainsi que de la précarité du travail de celle-ci.

En somme, la situation qui prévalait en de 1999 (avant l'intervention de l'ONEF) se caractérisait par la précarité du niveau et du milieu de vie qui maintenait les populations du District Sanitaire dans des conditions de vie extrêmement difficiles.

III. RAPPEL DE LA MISSION DE L'ONEF

3.1. Présentation de l'ONEF

L'ONEF (Organisation Nationale pour l'Enfant, la Femme et la Famille) est une Organisation Non Gouvernementale apolitique. Elle a été créée le 4 mai 1994 et est reconnue légalement par récépissé de déclaration N° 250/INT/ATAP/5 du 06 octobre 1994. Elle a pour but d'aider à améliorer les conditions de vie de l'enfant, de la femme et de la famille. Ses objectifs sont : (i) réaliser les études et recherches sur la situation de l'enfant, de la femme et de la famille afin d'identifier les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour mieux les appréhender ; (ii) identifier les activités dans divers domaines en adéquation avec leurs besoins : production agricole, transformation des produits alimentaires, santé, éducation, environnement, allègement des tâches ; (iii) initier des formations au profit de l'enfant, de la femme et de la famille en adéquation avec les activités réalisées en leur faveur ; (iv) promouvoir l'emploi des femmes et des jeunes filles ; (v) mobiliser les ressources nécessaires pour améliorer leur niveau de participation au développement de la Côte d'Ivoire ; (vi) mettre en place une banque de données sur la situation de l'enfant, de la femme et de la famille.

L'ONEF intervient dans 5 domaines qui sont : Etudes et recherches ; Santé (Assainissement, Santé communautaire, Nutrition) ; Agriculture ; Environnement ; Emploi. Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire dirigée d'une experte en genre et développement et est composée de deux (02) médecins pour la Cellule Santé ; d'un (01) psychologue et d'un (01) économiste auxquels s'ajoute une (01) animatrice rurale pour la

Cellule Développement Communautaire ; de deux (02) juristes pour la Cellule Ecoute – Information - Conseils et Assistance.

De 1994 à 2001, l'ONEF a réalisé de nombreuses activités dont : une étude sur les mutilations génitales féminines à l'Ouest de la Côte d'Ivoire, du 23 au 30 juillet 1995, avec le financement de l'OMS ; le financement d'activités génératrices de revenus des séropositifs en 1996 ; la sensibilisation à la gestion du terroir villageois et aux activités génératrices de revenus en faveur des femmes du Canton Balo dans le Département d'Issia en 1997 ; la constitution des Réseaux d'Associations Féminines pour l'Education pour la Santé (RAFES) dans 11 villes du Centre-Ouest de la Côte d'Ivoire en 1998 ; la formation de 60 membres de RAFES à l'hygiène du milieu et aux maladies hydriques à Gagnoa et Bouaflé en 1998, etc.

3.2. Mission de l'ONEF dans le cadre du projet d'éradication du Ver de Guinée

Dans le cadre de son projet d'intervention dans le District Sanitaire de Zuénoula, l'ONEF avait pour mission principale de contribuer à l'éradication du ver de Guinée dans 21 villages (10 villages en 1999 et 11 villages en 2000) de Zuénoula et Gohitafla.

3.3. Objectif

Pour atteindre ce but, l'ONEF avait pour objectif d'amener les populations des 21 villages du District Sanitaire de Zuénoula à consommer exclusivement de l'eau de pompe ou de l'eau potable, d'ici au 31 décembre 2001.

Cependant, dans un contexte de raréfaction des ressources et animée par le souci d'une approche de résolution globale des problèmes par une utilisation efficiente des ressources, l'ONEF s'est proposée par ailleurs, d'atteindre les objectifs spécifiques suivants : (i) la mise en place d'un Réseau d'Associations Villageoises Féminines pour l'Education pour la Santé (RAVIFES) dans les 21 villages du district sanitaire de Zuénoula ; (ii) l'amélioration et le renforcement des connaissances de 105 membres des RAVIFES et de la communauté en matière de maladies liées à l'eau non potable, au manque d'hygiène et à la gestion des pompes dans les 21 villages ; (iii) l'amélioration de la fonctionnalité de 90% des pompes dans l'ensemble des 21 villages ; (iv) la cession de la gestion des pompes aux femmes des RAVIFES ; (v) la construction de 21 foyers améliorés témoins ; (vi) la construction des foyers améliorés par 50% des femmes formées ; (vii) l'utilisation des foyers améliorés par 50% des ménages dans chaque village ; (viii) la construction et l'utilisation de douchères, fosses à ordures, claies à vaisselles et cordes à linges par 50% de la communauté ; (ix) l'identification de sites d'implantation et la construction de latrines SANPLAT dans les 21 villages par 21 artisans locaux en bâtiment et 21 représentants de la communauté ; (x) la construction de 21 latrines témoins chez les chefs des 21 villages.

3.4. Approche

Pour y arriver l'ONEF a privilégié, dans sa démarche, une approche participative, innovatrice et intégrée qui fait de la communauté la principale actrice de l'exécution des activités à mener, notamment en vue de l'éradication du ver de guinée ; l'ONEF intervenant qu'en termes d'assistance, d'appui conseils et d'accompagnement des acteurs, que sont les populations elles-mêmes.

3.5. Stratégie

Pour l'ONEF, une telle approche participative devait réellement conduire à une autopromotion socio-sanitaire communautaire effective ; c'est-à-dire que les communautés doivent être les principales actrices de leur développement. C'est pourquoi, la stratégie utilisée a consisté en la responsabilisation et au renforcement des capacités des femmes pour mieux assurer l'approvisionnement en eau et la gestion des pompes. Le choix de ce groupe-cible découle de la division sexiste du travail dans la société Gouro où la collecte, l'approvisionnement et la gestion domestique de l'eau sont des activités essentiellement dévolues aux femmes.

Pour mener à bien ses différentes activités, l'ONEF a procédé à un diagnostic participatif communautaire dont les étapes ont été les suivantes : (i) la réalisation d'entretien avec les leaders d'opinion ; (ii) l'identification des alliances et oppositions au processus ; (iii) l'observation des acteurs et des pratiques de la communauté ; (iv) l'organisation des rencontres et réunions avec les différents acteurs et les groupes-cibles pour recueillir leurs préoccupations et suggestions ; (v) la visite des points d'eau moderne et traditionnel ; (vi) l'identification des facteurs favorables et défavorables au changement ; (vii) les réunions/concertations pour faire le point, tirer les enseignements et faire la restitution aux différents acteurs afin d'avoir leurs réactions et dégager ensemble les pistes d'actions possibles.

Les rencontres dans chacune des 22 localités (Diélouza I et Diélouza II étant deux localités distinctes) ont regroupé le Chef du village et les notables, les responsables des femmes, les responsables des jeunes, les Agents de Santé Communautaire (ASC), les comités de gestion des pompes, les infirmiers (quand il y en avait) et les villageois. Au sortir de ces rencontres, un consensus est obtenu entre les différentes parties (ONEF, femmes, notabilités, hommes).

Tout ceci, reposait sur un objectif opérationnel, qui est la constitution d'une démarche susceptible de rassurer les acteurs et le milieu, créer la confiance mutuelle entre les différents partenaires en vue de favoriser une totale adhésion au Programme d'Eradication du Ver de Guinée.

3.6. Activités menées

En 1999 et 2000, l'ONEF a entrepris un certain nombre d'activités qui sont :

- i) l'organisation de séances de sensibilisation ;
- ii) la mise en place de cahiers de charge dans chaque village, définissant les responsabilités des populations, d'une part et celles de l'ONEF, d'autre part ;
- iii) l'organisation de passation de charges entre les anciens comités de gestion des pompes et les bureaux des femmes des RAVIFES ;
- iv) le renforcement des capacités des femmes (RAVIFES) et des Agents de Santé Communautaire (ASC) à la prise en charge des maladies hydriques ;
- v) le renforcement des capacités des femmes à la maîtrise des techniques de construction des foyers améliorés ;
- vi) le renforcement des capacités des maçons locaux à la maîtrise des technologies SANPLAT pour promouvoir les latrines et les douchères dans la communauté ;
- vii) l'équipement des villages en petits matériels de construction et d'entretien ;
- viii) l'organisation des missions de supervision, suivi et évaluation interne pour assurer la pérennisation de l'impact de l'appui ;
- ix) l'organisation des concours de propreté entre les villages pour créer une émulation entre les communautés ;
- x) et l'organisation des ateliers de récompense et de restitution des résultats du projet.

3.7. Population cible

Le projet vise les 105 femmes des RAVIFES qui en bénéficient directement en étant les principales actrices. Les autres membres de la communauté bénéficient indirectement du projet.

Deux ans après l'intervention de l'ONEF dans les 22 localités du District Sanitaire de Zuénoula un bilan se dégage (voir tableau en annexes p 40 - 42).

IV. PRESENTATION DES RESULTATS DE L'EVALUATION

A l'issue de la mission d'évaluation des actions menées par l'ONEF, plusieurs résultats ont été obtenus. Toutefois, il convient d'identifier deux types de résultats ; les premiers étant liés à l'objectif principal du projet et les seconds aux objectifs spécifiques que l'ONEF s'est elle-même assignés.

4.1. Progrès accomplis

4.1.1. La consommation de l'eau de pompe

La consommation de l'eau de pompe est devenue une réalité dans les habitudes et comportements des populations de 21 localités du District Sanitaire de Zuénoula - le village de Bléfla ne disposant pas de pompe. Selon l'enquête auprès des ménages, actuellement 9 ménages sur 10 (92,5%) consomment l'eau de pompe. En outre, 85,2% des ménages disposent en permanence de l'eau de pompe. Cette prise de conscience de la quasi totalité des populations de la nécessité de ne consommer que l'eau de pompe est surtout liée aux différentes séances de sensibilisation réalisées par l'ONEF et les femmes des RAVIFES. Ces séances de sensibilisation ont porté sur plusieurs solutions alternatives. La première solution était de convaincre les populations à ne consommer que de l'eau de pompe. La deuxième solution consistait, au cas où l'eau de pompe n'était pas disponible, à filtrer l'eau provenant des autres sources, à l'aide d'un tamis filtre ou d'un tissu blanc propre ou de la faire bouillir avant de la consommer.

Ce meilleur niveau de consommation de l'eau de pompe obtenu sous l'action de l'ONEF est aussi dû à l'accroissement du nombre de pompes qui est passé de 36 en 1999 à 41 en 2000 mais surtout à l'amélioration du taux des pompes fonctionnelles.

TABLEAU 4 : EVOLUTION DU NOMBRE DE POMPES FONCTIONNELLES DANS LES 22 LOCALITES DU DISTRICT SANITAIRE DE ZUENOULA DE 1999 A 2001.

Années	1999	Déc. 2000	Fév. 2001	Août 2001
Nombre de pompes	39	39	41	41
Nombre de pompes fonctionnelles	-	25	35	36
Taux de pompes fonctionnelles (%)	-	64,1 %	85,4	87,8

Source : Résultats de l'évaluation UNICEF/ ONEF

Le taux de pompes fonctionnelles a connu une hausse entre 1999 et 2001. De 64,1 % en décembre 2000 (2ème mission de supervision et d'encadrement de l'ONEF), il est passé à 85,4% en février 2001 (2ème mission d'évaluation interne de l'ONEF) et à 87,8% en août 2001 (mission d'évaluation effectuée par l'UNICEF) ; soit une progression de 36% en près de 2 ans. Sur les 36 pompes fonctionnelles, 28 sont fortement utilisées (soit 77,8%). Dans les autres cas, elles le sont moyennement (4 sur 36, soit 11,1%) et faiblement (4 sur 36, soit 11,1%) parce que, soit elles sont dans un mauvais état de fonctionnement, soit l'eau est d'une

mauvaise qualité (l'eau ne mousse pas ou a une odeur de rouille) ou parce que ces pompes appartiennent à l'école.

Ces différents niveaux ont pu être atteints grâce à l'engagement qu'ont pris les communautés villageoises de réparer les pompes. En effet, les actions de sensibilisation de l'ONEF ont permis aux communautés villageoises de réduire les délais de réparation des pompes. Actuellement les délais de réparation se situent entre 1 et 7 jours ; tandis qu'auparavant ils pouvaient atteindre plusieurs semaines voire des années. Cela a été le cas à Kouréfla II, où l'unique pompe du village est restée en panne de 1995 à janvier 2001.

Toutefois, en dépit de l'amélioration de la disponibilité de l'eau de pompe et des progrès enregistrés au niveau de la consommation de l'eau de pompe par l'ensemble des communautés villageoises, selon l'enquête auprès des ménages 7,5% des ménages ne consomment pas encore l'eau de pompe soit à cause des pannes fréquentes, soit à cause de l'éloignement des pompes ou encore parce qu'il n'y a pas de pompe (c'est le cas de Bléfla). En outre, quelques villageois continuent de boire souvent de l'eau de marigot (29,6%), de puits traditionnels (22,6%), de rivière (8,7%) et du Bandama (4,1%). Aussi, l'enquête auprès des ménages a révélé que, par négligence, 6 villageois sur 10 qui consomment de l'eau provenant des autres sources ne prennent aucune précaution avant de la boire.

4.1.2. La gestion des pompes

Les actions de sensibilisation de l'ONEF ont permis aux communautés de céder la gestion financière des pompes aux femmes des RAVIFES. Cependant, entre 2000 et 2001 on assiste à une reprise de cette gestion par les hommes, comme le montre le tableau suivant.

TABLEAU 5 : EVOLUTION DE LA GESTION DES POMPES DANS 21 VILLAGES D'INTERVENTION DE L'ONEF DE 1999 A 2001.

Gestion des pompes dans les 21 localités	1999	Déc. 2000	Août 2001
RAVIFES	0%	84,2%	52,3%
Hommes	100%	15,8%	23,8%
Autres femmes	0	0	9,5%
Hommes et autres femmes	0	0	14,3%
Total	100%	100%	100%

Source : Résultats de l'évaluation UNICEF/ONEF

Cette réticence de céder cette activité aux femmes des RAVIFES découle, selon les hommes, du fait que de par son statut social dans la société gouro, la femme est incapable de gérer les pompes. Mais en réalité, cela dénote des intérêts pécuniaires que procure la vente de l'eau aux gestionnaires hommes. Actuellement, la gestion est assurée par les femmes des RAVIFES dans 11 localités sur 21 disposant d'au moins une pompe ; tandis que lors des missions d'évaluation interne de l'ONEF, ces femmes assuraient la gestion des pompes dans 16 localités sur 19. Il faut noter que c'est surtout dans les anciennes localités que les femmes des RAVIFES assurent la gestion financière des pompes (72% contre 43% dans les premières localités). Dans les autres localités, elle incombe aux hommes ou dans quelques rares cas à des femmes autres que les RAVIFES. Dans les villages comparatifs, où l'ONEF n'est pas intervenue, les pompes sont gérées en majorité (7 sur 10) par les hommes seulement et dans quelques rares cas (2 sur 10) par des hommes et des femmes ; seulement dans une (01) localité la pompe est gérée par une femme. Ces différents indicateurs montrent que malgré le renforcement des capacités des femmes à la gestion des pompes, des disparités de genre persistent encore dans la gestion financière des infrastructures communautaires en milieu rural, notamment des pompes.

On note également que les communautés prennent progressivement conscience de l'importance d'ouvrir les pompes en permanence afin d'offrir une meilleure disponibilité de l'eau de pompe. Dans neuf (09) localités les pompes restent ouvertes en permanence. Dans les autres localités (13 localités) les pompes continuent d'être fermées aux heures des travaux champêtres et ne s'ouvrent qu'entre 6 et 12 heures le matin et entre 15 et 20 heures le soir pour éviter que, soit les enfants restés au village ne s'amuse avec les pompes, soit que des personnes ne viennent s'approvisionner en eau sans avoir payé leur cotisation.

En effet, la cotisation de 200 F cfa /mois/ménage préconisée par l'ONEF afin d'assurer l'équité dans l'accès à l'eau de pompe commence peu à peu à être appliquée. Dans neuf (09) localités (42,9%) elle est effective. Toutefois, depuis quelques mois, le niveau des cotisations de 200f/ménage/mois est en baisse dans certaines localités à cause de la fréquence des pannes de certaines pompes. Dans huit (08) localités le tarif de 10 F /cuvette continue d'être appliqué. Dans quatre (04) localités, l'eau est gratuite puisque les populations soutiennent que lors de son dernier passage en décembre 2000, l'ONEF a demandé d'éviter d'empêcher ceux qui ne payent pas leur cotisation d'avoir accès à la pompe. Ce qui a amené les autres populations de ces villages à arrêter les cotisations. Dans d'autres cas, les villageois soutiennent que les pompes étant des réalisations de l'Etat, l'eau ne doit pas être payante, occultant ainsi la responsabilité de la communauté à l'entretien des ouvrages. Tout ceci entrave le processus d'appropriation et de pérennisation des points d'eau. Aussi, la mise en place des comités de contrôle des fonds générés par la vente de l'eau n'a pu être effective dans la majeure partie des villages. De la sorte, les populations ne sont pas informées sur la destination, la sécurité et l'utilisation de leurs cotisations (200 F/mois/ménage ou 10 F/cuvette). Ce qui contribue à créer un climat de suspicion et donc à amener certaines populations à ne plus participer aux cotisations. Ainsi, dans certains villages, les cahiers de gestion des pompes sont inexistantes ou mal tenus et les problèmes de mauvaise gestion - par les hommes ou par les femmes des RAVIFES - ont eu pour conséquences : dépenses non justifiées, détournements et caisses vides. Toutefois, en dépit de ces problèmes de mauvaise gestion des pompes, il faut noter que les actions de sensibilisation de l'ONEF ont permis de générer de l'argent dans les caisses de certaines localités. Les recettes s'élèvent quelques fois à plus de deux cents mille (200.000) F cfa. Actuellement, il y a encore de l'argent dans certaines caisses contrairement à la situation en 1999, et certaines localités sensibilisées ont pu ouvrir un compte à la Coopérative d'Epargne et de Crédit (COOPEC).

Il faut également souligner dans la majorité des localités (15 localités sur 21), la mise en place d'organisation spécifique pour permettre à toutes les femmes d'avoir facilement accès à l'eau. Cette organisation consiste à permettre à chaque femme de puiser un nombre limité de cuvette, quel que soit son pouvoir d'achat, et de céder la place aux autres femmes jusqu'à ce que chaque femme ait eu de l'eau. Dans la majorité des localités (73,3%), cette organisation se traduit par une imposition de 2 cuvettes/femme/tour. Dans une (01) seule localité, le nombre de cuvettes imposées est de 3 ; tandis que dans trois (03) localités il est de une (1) cuvette/femme/tour.

En ce qui concerne le contrat initié par l'ONEF entre les Artisans Réparateurs et les communautés villageoises pour assurer la maintenance des pompes il n'a pu être maintenu compte tenu des contraintes socio-économiques auxquelles sont confrontées les communautés villageoises. Faute de moyens financiers, les communautés ne parviennent pas toujours à supporter les frais de maintenance (2000 à 3000 F cfa) qu'elles estiment chers. Par conséquent, bon nombre de pompes ne sont pas entretenues. Cependant dans quelques rares localités (03), certains jeunes, formés sur les tas, assurent l'entretien des pompes. De façon générale, les populations ne sollicitent les Artisans Réparateurs qu'en cas de pannes. Bien

qu'elles aient pris conscience de l'importance de la réparation des pompes, celles-ci sont parfois confrontées au coût de la main d'œuvre des Artisans Réparateurs (4.000 à 5.000 F cfa) mais surtout à celui des pièces de rechanges qui peut s'élever à plus de 50.000 F cfa lorsque les ouvrages sont vieillissants.

TABLEAU 6 : NIVEAU DE L'ENTRETIEN DES 41 POMPES RECENSEES SELON LA DISTANCE PAR RAPPORT AUX POPULATIONS EN 2001.

Distance estimée des points d'eau par les populations	Niveau d'entretien								TOTAL
	Intérieur				Extérieur				
	Bon		Mauvais		Bon		Mauvais		
Coutre	12	75 %	4	25 %	8	50 %	8	50 %	16 (39,2 %)
Moyenne	4	23,52 %	13	76,48 %	8	47,05 %	9	52,95 %	17 (41,47 %)
Longue	0	0 %	8	100 %	7	87,5 %	1	12,5 %	8 (19,51 %)
TOTAL	16	39 %	25	61 %	23	56,1 %	18	43,9 %	41

Source : Résultats de l'évaluation UNICEF

Aussi, il faut noter que malgré la distance relativement courte des pompes – 16 pompes (39,2 %) se situent à une courte distance par rapport aux populations ; 17 (41,46 %) à une distance moyenne et seulement 8 (19,51 %) à une longue distance – le niveau d'entretien (de nettoyage) des pompes est encore préoccupant. Moins de la moitié des localités (47,6%) nettoient régulièrement les pompes. Sur 41 pompes recensées, seulement 16 (39%) présentent un entretien satisfaisant à l'extérieur contre 23 (56,1%) qui présentent un entretien intérieur satisfaisant. On constate aussi que plus la pompe est proche des populations plus le niveau d'entretien est satisfaisant. Malheureusement le choix de l'emplacement des forages ne dépend pas de la distance qui le rapproche des populations mais plutôt de la probabilité de trouver de l'eau à une profondeur plus ou moins longue. On note ce faible niveau d'entretien des pompes dans les anciennes localités par rapport aux nouvelles localités (30% contre 47,6% concernant l'extérieur et 45% contre 66,7% pour l'intérieur). L'enquête auprès des ménages a révélé que seulement 17,6% des personnes enquêtées participent à l'entretien des pompes. 33,3% des enquêtés qui ne participent pas à l'entretien des pompes attribuent exclusivement ce rôle aux femmes des RAVIFES ; 20,4% affirment qu'ils ne sont pas associés ; 11,8% estiment que c'est le rôle de la personne qui garde la clé. Quant au niveau de protection des pompes, 25 d'entre elles (61%) disposent d'une clôture mais seulement 8 (19,5%) possèdent un portillon. Cela signifie que les populations ne sont pas encore suffisamment sensibilisées sur l'importance d'entretenir les pompes.

4.1.3. La mise en place des RAVIFES

L'ONEF a permis de mettre effectivement en place les RAVIFES dans les 22 localités du district sanitaire de Zuénoula. Ces organisations villageoises féminines, nettement identifiables et structurées avec à leur tête une présidente, ont pour but la promotion de l'éducation pour la santé. Elles sont composées dans chaque village d'un groupe de cinq (5) femmes, qui bien que choisies par la chefferie et quelques membres de la communauté, ne font pas toujours l'unanimité auprès des populations. Ces femmes des RAVIFES servent de courroie de transmission entre l'ONEF et les communautés villageoises par la lutte contre les habitudes et comportements néfastes des populations en vue de leur inculquer de nouvelles valeurs et normes en matière d'hygiène et de santé. A ce titre, elles ont joué plusieurs rôles.

D'abord, elles ont informé les populations sur les risques liés à la consommation de l'eau non potable et au manque d'hygiène ainsi qu'à une mauvaise gestion des pompes ; ensuite, ces femmes ont sensibilisé les communautés sur les nouvelles conduites à tenir ; enfin, elles ont souvent exercé une pression sur les femmes qui continuent d'aller au marigot soit en saisissant leurs récipients ou en leur infligeant une amende.

En somme, ces organisations féminines ont permis, dans l'accomplissement de leurs différentes tâches, d'impulser véritablement dans certaines localités l'acquisition et ou le renforcement de certains comportements tels que la consommation exclusive de l'eau de pompe, l'entretien des ménages et des pompes, la mise en place d'une organisation pour la collecte de l'eau de pompe, la construction et l'utilisation des ouvrages domestiques.

4.1.4. L'hygiène, l'assainissement et l'environnement

Concernant l'hygiène du milieu et l'assainissement, la situation de la plupart des localités est plus ou moins précaire et varie d'un groupe de localités de l'ONEF (1999 et 2000) à un autre. Il semble que les populations n'ont pas encore véritablement perçu l'importance de l'hygiène et de l'assainissement. Cela se traduit par la présence d'excréments humains dans la majorité des localités (14 localités), soit aux abords du village, dans la broussaille ou le long des routes ou encore sur les dépotoirs d'ordures ménagères. Dans les anciennes localités, la situation est plus préoccupante par rapport aux nouvelles localités (10 localités contre 4 localités). Il en est de même dans tous les 10 villages comparatifs.

On note aussi la présence d'excréments animaux sur les principales artères et lieux publics de la majorité des localités (17 localités). Il en est de même dans les villages comparatifs où 8 villages présentent des excréments humains. Par ailleurs, de nombreuses localités (16 localités) ne sont pas désherbées. On observe également la présence de broussailles tout autour des villages et des habitations ainsi que dans les endroits publics (espaces inhabités, école, centre de santé, marché). On constate que, les anciennes localités sont moins broussailleuses que les nouvelles (6 localités contre 11). Par contre, tous les villages comparatifs le sont plus.

On constate aussi une forte présence d'eaux stagnantes dans beaucoup de localités (12 localités) et dans quelques rares concessions mais surtout aux alentours et à l'arrière plan des pompes et des douchères ; Cela s'observe surtout dans les anciennes localités (8 villages contre 4 dans les nouvelles localités). Dans les villages comparatifs on note moins d'eaux stagnantes dans seulement trois (3) villages.

En ce qui concerne les ordures ménagères, elles sont mal gérées et mal entreposées dans de nombreuses localités (19 localités). On les trouve à la lisière des villages et non loin des concessions. C'est surtout le cas dans tous les 11 anciennes localités. Dans les nouvelles localités comme dans les villages comparatifs, ce sont 8 villages qui sont concernés par cette mauvaise gestion des ordures ménagères.

En outre, il existe de nombreux puits traditionnels dont le niveau d'entretien, pour la plupart, demeure préoccupant. Il n'existe souvent ni margelle, ni couvercle et les alentours sont parfois dans un état d'insalubrité inquiétant (présence d'eaux stagnantes, de broussailles, exutoires des eaux de ruissellement).

Cependant, dans les ménages la tendance en matière d'hygiène et d'assainissement est inversée. Moins de la moitié des ménages enquêtés (36,2%) présentent des broussailles. Seulement 17,1% des ménages présentent des excréta. Dans très peu de ménages il y a de l'eau stagnante (9,7%). Et dans 19% des ménages il y a des ordures ménagères. Cela traduit

une prise de conscience progressive des populations villageoises de la nécessité de l'hygiène domestique. Toutefois, l'hygiène du milieu et l'assainissement à l'échelle communautaire ne sont pas véritablement entrés dans les habitudes collectives. L'enquête auprès des ménages a révélé que seulement 25,9% des ménages participent à l'entretien du village. 66,7% des ménages qui n'y participent pas, affirment que c'est parce qu'il n'y a pas d'organisation. Mais de façon générale les populations attribuent cette responsabilité aux femmes des RAVIFES seules.

4.1.5. La réalisation des ouvrages de base

A l'instar de l'hygiène et de l'assainissement, la situation des ouvrages de base varie également d'un type d'ouvrage à un autre.

TABLEAU 7 : SITUATION DES OUVRAGES DE BASE DANS LES 22 LOCALITES D'INTERVENTION DE L'ONEF ET DANS LES 10 VILLAGES COMPARATIFS DE 1999 A 2001.

Proportion des ménages ayant réalisé :		1999	2000	2001
Foyers améliorés	Villages ONEF	0%	-	55,8%
	Villages comparatifs	0%	-	14%
Douchères	Villages ONEF	1%	-	62,4%
	Villages comparatifs	-	-	59,9%
Fosses à ordures	Villages ONEF	0%	-	3,3%
	Villages comparatifs	-	-	-
Claies à vaisselle	Villages ONEF	1%	-	17,2%
	Villages comparatifs	-	-	11,04%
Cordes à linge	Villages ONEF	0%	-	55,7%
	Villages comparatifs	0%	-	43,6%
Enclos d'animaux	Villages ONEF	0%	-	0,6%
	Villages comparatifs	-	-	0,7%
Proportion des villages ayant réalisé des latrines SANPLAT	Villages ONEF	0%	-	09,1%
	Villages comparatifs	-	-	0%
Proportion des ménages ayant des latrines traditionnelles	Villages ONEF	-	-	4,2%
	Villages comparatifs	-	-	5,2%

Source : Résultats de l'évaluation UNICEF/ONEF

La vulgarisation et l'utilisation des foyers améliorés sont effectives dans la majorité des ménages. Le taux de réalisation (55,8%) se situe au-dessus des résultats escomptés par l'ONEF. Toutefois dans 8 villages, on enregistre des taux de réalisation qui se situent en deçà de la moyenne (entre 30,3 et 44,8%). Ce qui signifie que plus de la moitié des ménages issus des villages de l'ONEF ont construit au moins un (1) foyer amélioré. Par ailleurs, 8 foyers améliorés construits sur 10 sont effectivement utilisés. De 12 foyers améliorés en décembre 2000 on en dénombre 1344 en août 2001. Dans les villages comparatifs le taux de réalisation est seulement de 14%. Ces différents niveaux montrent nettement les progrès réalisés par l'ONEF à travers les femmes des RAVIFES qui, à l'issue de leur formation, ont contribué à sensibiliser les femmes et à réaliser des foyers améliorés (dans 40,9% des cas) dans les ménages. La construction des foyers améliorés procure dans bien des cas de l'argent aux femmes des RAVIFES (souvent, un foyer amélioré peut être construit à 200 ou 300 F cfa selon les cas). Toutefois, il faut également noter la contribution importante des femmes de ménage dans la construction de leurs foyers améliorés ; elles ont participé dans 43,1% des cas. Les autres réalisations sont, dans de faibles proportions (7,9%), le fait des membres du ménage et/ou de parents. La réalisation des foyers améliorés dans les villages contribue à la préservation de l'environnement par l'économie de bois de chauffe et aussi à l'atténuation de la pénibilité des tâches des femmes par la réduction de la quantité de bois à transporter et à utiliser.

Concernant les douchères traditionnelles leur taux de réalisation est également assez encourageant. En effet pour l'ensemble des villages de l'ONEF, il est de 62,4% dont 73,2% dans les anciennes localités et 52,4% dans les nouvelles. Toutefois, dans quelques villages, on observe des taux de réalisation peu satisfaisants. Les douchères sont surtout réalisés par les chefs de ménages (68,1%). Dans les villages comparatifs, le taux de réalisation bien, qu'il se situe au-dessus de la moyenne (59,9%) est inférieur par rapport à celui enregistré dans les villages de l'ONEF. Actuellement, ce sont 908 douchères qui ont été réalisées dans les villages de l'ONEF contre un faible nombre en 1999. Cependant, les conditions d'hygiène de la plupart de ces douchères sont précaires (absence de rigole et de puits perdus pour recueillir les eaux de ruissellement). Ce qui constitue des nids de prolifération des moustiques.

S'agissant des fosses à ordures, le taux de réalisation (3,3%), bien que présentant une tendance à la hausse par rapport à la situation de 1999 (0%) se situe loin de l'objectif de 50%. Dans les anciennes localités, on note quelques progrès (6,2%) par rapport aux nouvelles localités (0,5%) où le taux de réalisation est le même que dans les villages comparatifs. On enregistre seulement 47 fosses à ordures réalisées pour un ensemble de 1423 ménages visités. Ce qui veut dire que les populations villageoises ne sont pas encore vraiment sensibilisées et impliquées dans la gestion des ordures ménagères.

Quant aux claies à vaisselle leur taux de réalisation est de 17,2% contre 1% en 1999. Par ailleurs, ce taux est moins élevé dans les anciennes localités. Il se situe à 12,7% contre 21,3% dans les nouvelles localités où un (1) village a atteint un taux de réalisation de 74,5%. Dans les villages comparatifs le taux de réalisation des claies à vaisselle est seulement de 11% et se situe pratiquement au même niveau que dans les anciennes localités. Toutefois, il faut mentionner que de moins d'une dizaine de claies à vaisselle en 1999, on est passé à 80 claies à vaisselle en février 2001 pour atteindre 252 claies à vaisselle en août 2001, dans les 22 localités du District Sanitaire de Zuénoula. Les claies à vaisselle sont généralement réalisées par les hommes de ménages. Malgré les progrès enregistrés dans les villages de l'ONEF, entre 1999 et 2001, on note un écart important (- 32,8%) par rapport à l'objectif qui est d'atteindre un taux de réalisation de 50%.

Concernant les cordes à linge, le taux de réalisation est de 55,7% et se situe au-delà des résultats escomptés par l'ONEF (50%). Toutefois, dans certains villages, on observe des taux de réalisation qui sont en deçà de la moyenne. Ici également, le taux de réalisation est plus significatif que dans les villages comparatifs (43,6%). On compte 878 cordes à linge réalisés en août 2001 contre moins d'une dizaine en 1999. Cela montre que, grâce aux actions de sensibilisation, les populations villageoises perçoivent de plus en plus l'importance de sécher le linge sur des cordes au lieu de le poser par terre ou sur les herbes comme cela se faisait partout auparavant.

Quant aux latrines SANPLAT, sur 21 latrines témoins escomptées pour la phase pilote, seulement sept (07) ont été réalisées dans 5 villages. Deux (2) sont véritablement achevées ; une (01) est en cours d'achèvement et quatre (4) ont à peine démarré en dépit du renforcement des capacités des maçons locaux et de mise à leur disposition d'outils de construction. Ce qui signifie que 17 localités sur 22 n'ont pas réalisé de latrines témoins, soit 77,3% des localités. Ce niveau de résultats est dû au fait que le processus de réalisation des latrines SANPLAT n'a pu véritablement être amorcé, car certaines étapes du diagnostic communautaire sur la recherche des motivations, des choix et des intérêts des populations n'ont pu être effectuées compte tenu des

contraintes liées aux interventions dans les villages. De même, la situation des latrines traditionnelles présente la même tendance. Sur 1423 ménages visités, seulement 60 sont dotés de latrines traditionnelles ; soit un taux de 4,2%. Les taux de réalisation les plus élevés se retrouvent dans seulement deux (2) localités et se situent à 17,1% et 16,5%. Dans les autres localités (13), ce taux est nul (0%) ; Au total, ce sont 63 latrines traditionnelles qui ont été dénombrées dans seulement 9 localités sur 22. Ce qui signifie que de nombreuses populations n'ont pas encore perçu le bien fondé des latrines et continuent de déféquer dans la nature, d'où les nombreux cas d'excréments humains constatés à l'intérieur et aux alentours des villages.

Quant aux enclos d'animaux, ils sont présents pour seulement 0,6% des cas. Dans les localités de 1999 le taux se situe à 1,3% avec 9 enclos réalisés dans 9 ménages. Par contre dans les localités de 2000, il est nul (0%).

4.1.6. La connaissance des maladies liées à l'eau et au manque d'hygiène

Le niveau de connaissance des populations des maladies est faible. Cela montre nettement que la majorité des populations villageoises ne sont pas suffisamment informées sur ces différentes pathologies. Hormis le ver de Guinée, dont le niveau de connaissance est assez élevé du fait de l'objectif principal du projet, la bilharziose, l'amibiase, le paludisme et la diarrhée sont très peu connus aussi bien par les populations, en général, que par certaines femmes des RAVIFES et certains ASC, en particulier. Cela s'observe tant au niveau des modes de contamination que des moyens de prévention. En effet, selon les résultats de l'enquête auprès des ménages, 92,1% des enquêtés ne connaissent pas l'amibiase ; 91,2% ne connaissent pas le paludisme ; 84,3% ne connaissent pas la bilharziose ; 69,4 ne connaissent pas la diarrhée et seulement 36,6% ne connaissent pas le ver de Guinée. Il apparaît évident que si les populations villageoises ne savent pas comment se transmettent les maladies hydriques et liées au manque d'hygiène ainsi que la façon de les éviter, il leur est impossible de mener des actions collectives ou individuelles pour lutter efficacement contre ces maladies. Cela veut dire que, même si aujourd'hui, le ver de Guinée est en train d'être éradiqué du fait de la consommation de l'eau de pompe, il n'en demeure pas moins que les populations villageoises restent toujours exposées aux autres maladies telles que la bilharziose, l'amibiase, la diarrhée, le paludisme, du fait de leur ignorance sur les modes de contamination et de prévention de ces différentes pathologies.

Pour les femmes des RAVIFES, le faible niveau de connaissance des maladies est dû aux réticences qu'opposent les populations à prendre part aux différentes séances d'information organisées sur les maladies. Cela conduit souvent ces femmes à un relâchement des séances d'information et de sensibilisation sur les maladies au profit de la réalisation de foyers améliorés qui a donné des résultats satisfaisants. Par conséquent, les populations peu informées n'arrivent pas à établir de liens évidents entre le manque d'hygiène et d'assainissement et les maladies. Ce qui explique que les fosses à ordures, les claies à vaisselle, les enclos et les latrines soient peu réalisés. De même, les broussailles, les excréta, les ordures ménagères et les eaux stagnantes sont beaucoup présents dans de nombreux villages.

Ces différents résultats montrent les différents progrès accomplis par l'ONEF ainsi que les faiblesses constatées après deux ans de mise en œuvre des activités dans les 21 villages du District Sanitaire de Zuénoula. Après la présentation de la situation actuelle, il convient d'identifier les facteurs favorables qui ont contribué à l'atteinte de ces différents niveaux d'indicateurs ont donc pu impulsé cette dynamique de changement de comportement, mais aussi

de relever les contraintes qui maintiennent encore les populations dans des conditions de vie difficiles.

Concernant les progrès accomplis, plusieurs facteurs ont contribué à la mise en marche du processus de changement de comportement. Il s'agit de :

a) La démarche participative adoptée par l'ONEF

En effet, la démarche participative adoptée par l'ONEF, contrairement aux approches participatives classiques qui sont bien souvent limitées dans leur application par un faible niveau d'implication des acteurs et à tous les niveaux du processus, vise l'autopromotion sanitaire communautaire par une part active des communautés villageoises dans l'identification et la priorisation des problèmes, le choix des acteurs et la mise en œuvre des activités.

Cette démarche a permis d'établir un climat de confiance entre les différents intervenants, mais surtout d'aboutir à un consensus sur les mesures à prendre ainsi qu'à une habilitation et une participation effective des populations à l'atteinte des résultats. De plus en plus les populations se sentent responsables dans la prise en charge de leur propre développement. Elles décident librement de ce qu'elles veulent ou doivent faire ou non, alors que par le passé on le leur imposait. Cet environnement stratégique et psychologique favorable a énormément contribué dans certains villages à une meilleure gestion des points d'eau, à l'adoption de la cotisation de 200 F/ménage/mois contre 10f/cuvette, à une réelle prise de conscience de la nécessité de consommer l'eau de pompe ainsi que de rendre le village propre et enfin à une adhésion à la réalisation de foyers améliorés, de corde à linge, de douchères. La réalisation de ces ouvrages a enregistré la participation de toutes les composantes sociales (hommes, femmes, jeunes, RAVIFES, ASC, etc.).

b) L'implication effective de certaines "élites" dans quelques villages.

Un des facteurs favorables à la dynamique amorcée, en terme de changement de comportement, est l'implication de la chefferie, des infirmiers et des ASC dans les différentes activités de l'ONEF. En effet, jouissant d'un statut d'autorité et ou symbolique particulier au sein de la communauté villageoise, ces personnes ont contribué, de par leur statut social, à influencer dans certains villages, les prises de décisions individuelles et collectives, à entretenir des états de conscience collective positive et à servir d'exemple au sein des communautés villageoises. Ainsi, ces différents acteurs ont permis, dans ces villages-là, de motiver les populations à adopter des conduites favorables à un meilleur état de bien-être socio-sanitaire.

c) Le renforcement des capacités des femmes du RAVIFES et des ASC.

Grâce au renforcement de leur capacité, relative à la prise en charge des maladies hydriques et à l'hygiène du milieu, de la gestion des pompes et la construction de foyers améliorés, ces différents acteurs ont réussi dans quelques villages à mieux informer et sensibiliser les populations sur les aspects socio-sanitaires positifs et dans certains domaines de la vie communautaire mais surtout à construire, à vulgariser et à utiliser les ouvrages de base tels que les foyers améliorés, les cordes à linge et les douchères.

4.2. Contraintes/Obstacles

L'analyse des faiblesses fait ressortir un certain nombre de facteurs internes et externes qui constituent encore des contraintes à l'atteinte des résultats et par conséquent des blocages à une véritable dynamique de changement de comportement ; on peut les regrouper en deux types de contraintes : les contraintes liées aux activités de l'ONEF et les contraintes d'ordre structurel.

- **Les contraintes liées aux activités de l'ONEF**

La faiblesse du suivi

Un des facteurs explicatifs du niveau d'atteinte des résultats est l'insuffisance du temps d'intervention et du suivi des activités par l'ONEF. En effet, les changements de comportements s'opèrent véritablement par l'acceptation effective par les populations de nouvelles normes et valeurs ainsi que par une transformation progressive et continue des habitudes et comportements néfastes. Les interventions de l'ONEF dans les différents villages demeurent limitées et espacées dans le temps. Ainsi, elles ne permettent pas toujours d'impulser une plus forte dynamique de changement de comportement. Car très souvent, les populations reviennent à leurs anciennes habitudes et pratiques néfastes après le départ de l'ONEF. Par ailleurs, faute de suivi dans les actions d'information et de sensibilisation, de nombreuses populations ne sont pas encore arrivées à apprécier véritablement l'intérêt des actions menées par l'ONEF et les RAVIFES. C'est ce qui explique que l'assainissement est encore précaire et que le niveau de réalisation de certains ouvrages de base est encore faible. La faiblesse du suivi explique aussi le faible niveau de connaissance des populations sur les maladies liées à l'eau et le manque d'hygiène. Pour les femmes des RAVIFES, cela est dû au fait qu'étant analphabètes, elles ne parviennent pas toujours à transcrire et à expliquer les planches aux populations du fait du temps qui s'est écoulé après la formation. L'importance du suivi montre clairement que dans les premières localités les résultats sont, de façon générale, plus satisfaisants que dans les dernières localités.

Une faible participation communautaire.

Si au départ, l'approche de l'ONEF s'est appuyée sur une démarche participative consensuelle, il n'en demeure pas moins que de nombreuses populations ont développé, par la suite, des réticences vis-à-vis des différents acteurs (RAVIFES, les ASC et les maçons locaux) ainsi que des activités qu'ils entreprennent. Cette réticence est fondée sur une mauvaise appréciation des rôles de ces différents acteurs. En effet, pour certaines populations villageoises, ces acteurs du fait de leur choix, des responsabilités qui leur sont attribuées, de la formation et des pertes qu'ils ont reçu, etc. font d'eux un groupe de « privilégiés » à qui revient nécessairement et exclusivement l'accomplissement des missions assignées par l'ONEF. Par ailleurs, ces réticences sont dues au complexe de supériorité que développent ces principaux acteurs eux-mêmes. Finalement, cela conduit les populations à un désintéressement collectif aux actions à mener. Il en résulte par conséquent un faible niveau de participation communautaire, notamment au niveau des hommes. Cela se traduit par la précarité de l'assainissement, les taux de réalisation des infrastructures sanitaires telles que les cloches à vaisselle, les latrines, les fosses à ordures et les enclos qui sont des activités traditionnellement dévolues aux hommes.

Certes, dans certaines localités l'implication effective des chefs de village a permis d'obtenir des résultats forts encourageants. Par contre, dans d'autres localités la passivité des autorités villageoises conduit à un discrédit des acteurs ainsi que des activités qu'ils entreprennent. On note des situations où certains chefs refusent tout simplement de gérer les conflits qui opposent les femmes des RAVIFES aux communautés, autour des questions liées aux différentes tâches assignées par l'ONEF. En outre, chez certains chefs de village, notables et même certaines femmes des RAVIFES ainsi que des ASC et maçons locaux, aucun ou très peu d'ouvrages ont été réalisés et l'hygiène du milieu demeure précaire. Ainsi, ceux-ci perdent leur caractère d'exemplarité auprès des communautés villageoises qui, finalement, ne voient pas l'intérêt de réaliser les ouvrages de base ni d'entretenir leur concession et de surcroît le village.

- **Les contraintes d'ordre structurel**

La persistance du système de valeurs traditionnelles

Toute société reste marquée par son histoire au cours de laquelle ses membres acquièrent des croyances, valeurs, normes, attitudes et comportements qui se transmettent soit par l'éducation, soit par le vécu quotidien. Ainsi, comme dans toute communauté villageoise, les populations du District Sanitaire de Zuénoula ont hérité d'un ensemble d'éléments culturels qui les maintient encore à un niveau de vie précaire. Le système de représentation de la maladie, les pratiques et croyances liées à l'eau, en général et à l'eau de marigot, en particulier, ainsi que celles liées à l'hygiène et à l'assainissement, le statut social de la femme, la division sexiste du travail, etc. constituent assez souvent des obstacles au processus de changement de comportement. C'est ce qui explique que les populations ont encore l'habitude de déféquer dans la nature, de sécher les habits et laisser traîner les ustensiles par terre sous prétexte que ceux qui les ont précédés en faisaient autant sans pour autant en être affectés.

La pauvreté des populations villageoises

Les populations rurales, notamment les femmes, sont les plus touchées par la pauvreté. Dans le District Sanitaire de Zuénoula, l'économie est surtout dominée par l'autoconsommation et les revenus tirés des cultures de rente ainsi que des faibles surplus de la production des denrées de subsistance. Les stratégies de survie sont alors orientées vers l'intensification ou la diversification des cultures ou des activités économiques. Cela influence souvent les choix des priorités vers une augmentation des revenus à travers des activités agricoles ou commerciales. Il est bien souvent difficile ou superflus pour des populations démunies, perpétuellement engagées dans une lutte pour leur survie, de s'impliquer véritablement dans des activités non lucratives à caractère social alors que les solutions recherchées visent le profit immédiat. L'enquête auprès des ménages indique que la principale cause du faible niveau de réalisation des ouvrages, notamment des latrines est le manque de moyens financiers. Ainsi, par manque d'argent, certaines populations préfèrent l'eau de marigot, du fait de sa gratuité. Ou encore, faute d'argent dans la caisse, certains comités de gestion des pompes préfèrent abandonner les pompes en panne ou en mauvais état de fonctionnement. En outre, l'incapacité de payer régulièrement des frais de maintenance (2.000 F cfa) ou de réparation (7.000 F cfa) peuvent atteindre 100.000 à 200.000 F cfa), conduit à un faible niveau d'entretien des pompes. A cause du manque de moyens financiers certaines communautés villageoises ne parviennent pas facilement à doter les pompes de clôture et/ou de portillon.

La faible disponibilité des ressources

Bien que la quasi-totalité des villages disposent d'au moins une pompe (sauf Bléfla), les besoins des populations en matière d'eau potable restent encore fortement exprimés. Car, dans certains villages les ratio pompes fonctionnelles / habitant se situent à de faibles niveaux. Par exemple à Kaloufla et à Gohidorou on a respectivement une pompe fonctionnelle pour 1162 habitants et une pompe fonctionnelle pour 810 habitants. Ainsi l'approvisionnement en eau de pompe entraîne quelques fois des palabres entre les femmes malgré l'imposition de 2 cuvettes par femme par tour. Par ailleurs, le vieillissement de certains ouvrages donne à l'eau, un goût ferreux que n'apprécient pas les populations ou alors provoque des pannes fréquentes qui conduisent à l'abandon des points d'eau suite à un découragement des populations.

Concernant, la réparation des pompes, on enregistre quatre (04) Artisans Réparateurs pour les 21 villages du District Sanitaire de Zuénoula auxquels s'ajoutent d'autres villages du département qui ne sont pas couverts par les interventions de l'ONEF. Chaque AR couvre environ 25 à 30 villages. Mais, certains AR couvrent une quarantaine de villages. Ils sont souvent, confrontés à des problèmes de moyens logistiques (absence ou pannes des motos), de matériel de travail et de pièces de rechange qui ne leur permettent pas d'effectuer les tournées mensuelles de maintenance. Cela contribue également à allonger souvent les délais de réparation des pompes qui peuvent s'étendre parfois à plus d'un mois. En définitive, tout ceci constitue des obstacles à une meilleure disponibilité de l'eau de pompe et par conséquent à sa consommation.

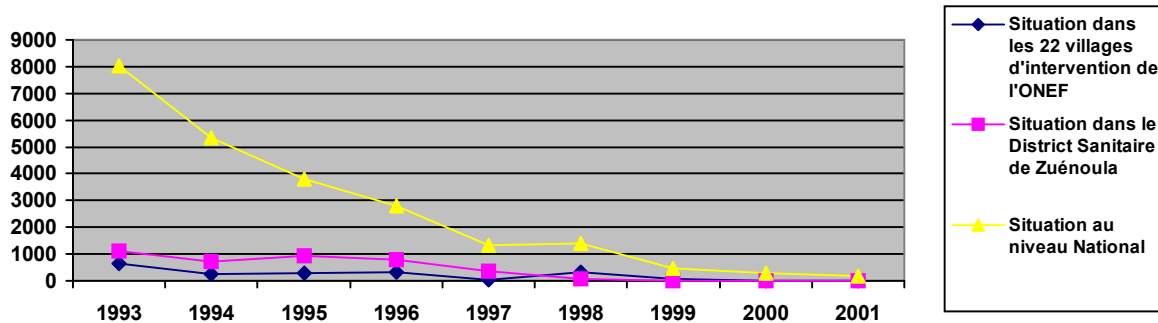
En outre, la rupture du stock d'abate et de filtres rendent peu efficace la lutte contre le ver de Guinée. Seulement 35,8% des ménages visités disposent de tamis filtres et certaines populations continuent de consommer l'eau de marigot sans traitement préalable.

4.3. Leçons apprises / Enseignements tirés

La mission d'évaluation, la documentation relative à l'intervention de l'ONEF ainsi que le rapport d'activités du District Sanitaire de Zuénoula ont permis de tirer un certain nombre d'enseignements dont il faut tenir compte pour la documentation et la vulgarisation de l'expérience de l'ONEF.

(i) Lorsque les populations sont sensibilisées, elles s'impliquent dans les actions qui sont menées. Ainsi, la sensibilisation des communautés villageoises à la consommation massive, exclusive ou partielle, de l'eau de pompes par les 22 localités du District Sanitaire de Zuénoula et la mise en place des RAVIFES, ont permis de réduire considérablement le nombre de cas de ver de Guinée.

GRAPHIQUE 2 : EVOLUTION DE L'ENDEMIE DRACUNCULIENNE DANS LES 22 VILLAGES D'INTERVENTION DE L'ONEF DU DISTRICT SANITAIRE DE ZUENOULA DE 1993 A 2001.



De 640 cas en 1993, dans les 22 villages du District Sanitaire concernés, on notait 328 cas en 1998. Au début des interventions de l'ONEF dans ces 22 villages en 1999, on comptait encore 55 cas de Ver de Guinée ; Un an après, c'est-à-dire en 2000, seulement 1 cas a été notifié et à 0 cas en juillet 2001. Tandis qu'au niveau du District Sanitaire on a passé de 59 cas en 1999 à 2 cas en 2000 et 0 cas en 2001. Au niveau national, malgré une nette diminution du nombre de cas de ver de Guinée sur l'ensemble du pays on compte encore 185 en 2001 contre 297 en 2000 et 476 cas en 1999 (PNEVG).

Les résultats obtenus sous l'influence des interventions de l'ONEF sont fort encourageants et méritent d'être soutenus dans les 21 villages du District Sanitaire de Zuénoula. Cependant, même si l'objectif d'éradication du ver de Guinée est en voie d'être atteint, les efforts doivent être soutenus et bénéficier de l'implication de tous les partenaires (PNEVG, DHH, Districts Sanitaires, ONG, AR, communautés villageoises, etc.) afin d'éradiquer le Ver de Guinée d'ici fin 2002.

(ii) La mise en place des RAVIFES dans les villages a été quelquefois à la base de conflits entre les populations et un facteur de démobilisation parce que la communauté n'a pas réellement perçu son rôle. Il convient donc de sensibiliser les populations sur les responsabilités des femmes afin de garantir une adhésion totale des communautés aux actions qu'elles entreprennent.

(iii) Les populations se sentent de plus en plus disposer à cotiser pour l'entretien des pompes lorsque celles-ci sont fonctionnelles et que les fonds collectés sont bien gérés. C'est pourquoi il convient de renforcer les capacités des gestionnaires des pompes afin d'assurer la pérennité des ouvrages.

(iv) On note de faibles taux de réalisation au niveau des claies à vaisselle, des latrines, des fosses à ordures et des enclos parce que les populations, notamment les hommes, ne sont pas suffisamment sensibilisées sur leur importance. Dès lors il convient de mettre l'accent sur la pérennisation des acquis mais surtout de concentrer les efforts sur les faiblesses constatées, en amenant les hommes à s'impliquer davantage dans les activités des RAVIFES.

(v) Certains facteurs défavorables entravent encore une plus forte dynamique de changement de comportement. Ce sont : la faiblesse du suivi qui limite une meilleure appréciation du processus en cours, le faible niveau de participation communautaire qui entrave l'implication effective des acteurs et des populations, les pesanteurs socioculturelles qui rendent peu perceptible la dynamique amorcée et les contraintes économiques qui ne favorisent pas un véritable éveil des consciences collectives. La prise en compte de ces facteurs devrait permettre de déterminer les actions futures.

V. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

5.1. Conclusions

Les buts et interventions de l'ONEF s'inscrivent dans une perspective de changement social qui résulte d'un processus assez long et lent. Ainsi, bien que les objectifs soient bien formulés et définis dans le temps, l'appréciation des transformations sociales qui devraient en découler doivent tenir compte du contexte environnemental et socioculturel des communautés villageoises. Car les résultats ne peuvent être réellement appréciés qu'à moyen ou long terme. Malgré les faibles taux de réalisation de certains ouvrages, l'incidence des actions menées par l'ONEF reste perceptible et positive, en ce sens qu'elle a permis de modifier certains comportements de nombreuses populations villageoises. On note une amélioration de la situation par rapport au début du projet. Par exemple, le niveau de certains indicateurs (consommation de l'eau de pompe, application de la cotisation de 200 F CFA/ménage/mois, ouverture permanente des pompes, réalisation de foyers améliorés, de cordes à linge, de douchères, de claies à vaisselle, de latrines, de fosses à ordures et d'enclos, hygiène du milieu, etc.) montre une tendance favorable dans les anciennes localités d'intervention l'ONEF par rapport aux nouvelles localités, d'une part et dans les localités d'intervention de l'ONEF (22 au total) par rapport aux (10) villages comparatifs, d'autre part. Ce qui montre que les changements progressifs sont en train de s'opérer dans les comportements des populations villageoises sous l'action des interventions de l'ONEF. En outre, cette incidence peut être appréciée par la consommation de l'eau de pompe et par la réalisation d'ouvrages, notamment les foyers améliorés, les cordes à linge et les claies à vaisselle dans les villages comparatifs environnants qui, bien que ne bénéficiant pas directement des actions menées par l'ONEF, en ont été influencés.

On peut dire que l'objectif principal de l'ONEF qui est d'amener les populations des 21 villages du District Sanitaire de Zuénoula à ne consommer que de l'eau potable d'ici à décembre 2001 est en train d'être atteint. Actuellement on note zéro (0) cas de Ver de Guinée. Les différentes activités menées et les stratégies en matière sensibilisation, de responsabilisation et de renforcement des capacités des femmes des RAVIFES dans les 22 localités ont permis d'atteindre le niveau actuel de consommation de l'eau de pompe par les populations villageoises (92,5 %). Cependant, les activités de suivi et évaluation n'ont pas permis de disposer d'indicateurs de progrès qui permettraient d'apprécier objectivement les changements entre 1999 et 2000 et entre 2000 et 2001, notamment l'impact des actions entreprises sur les conditions de vie des populations. Les activités de l'ONEF méritent donc d'être soutenues et des efforts restent encore à faire pour arriver à une éradication du Ver de Guinée ainsi qu'à un meilleur niveau d'atteinte des objectifs spécifiques.

L'incidence des actions menées par l'ONEF se traduit notamment par la mise en œuvre progressive du processus de changement de comportements des populations dans certains villages entre 1999 et 2001. On note :

- la réduction du nombre de cas de ver de Guinée par la consommation de l'eau de pompe ;
- une meilleure disponibilité et accessibilité à l'eau potable par la réduction des délais de réparation, le coût d'accès à l'eau et l'ouverture des pompes ;
- une amélioration progressive de l'hygiène et l'assainissement domestique par l'entretien des ménages et l'utilisation des ouvrages de base ;
- la préservation de l'environnement et la réduction de la pénibilité des tâches des femmes par l'utilisation des foyers améliorés.

Mais l'impact réel sur l'amélioration des conditions de vie pourrait à long terme être apprécié à travers un meilleur état sanitaire des populations (réduction du nombre de cas de maladie) et ses conséquences psychologiques, sociales et économiques grâce à une meilleure connaissance des maladies et l'adoption de nouveaux comportements socio-sanitaires. L'hypothèse serait que des hommes, des femmes et des enfants sont en bonne santé et s'adonnent vaillamment à leurs activités socioculturelles et économiques. Au plan économique on pourrait noter que les populations rurales dépendent de moins en moins dans les soins curatifs grâce à l'adoption de mesures préventives. Par ailleurs, les femmes sont parvenues à accroître leurs revenus (intensification ou diversification de leurs activités) grâce à la réduction des tâches liées au ramassage du bois de chauffe. Au plan environnemental on pourrait constater une meilleure sécurisation des terroirs (cessation de la destruction rapide de la flore, réduction du nombre de feux de brousse et d'incendie) grâce à une meilleure maîtrise du feu domestique à travers l'utilisation des foyers améliorés. Voilà en quelques termes l'impact que les actions de l'ONEF devraient avoir sur les populations d'ici quelques années.

Certes, le processus d'appropriation et de pérennisation des acquis par les populations villageoises est engagé, mais la persistance de facteurs défavorables d'ordre institutionnel, socioculturel et économique rendent encore précaires le cadre et le niveau de vie de nombreuses populations. Des pompes continuent d'être fermées et les problèmes de gestion persistent, le niveau de connaissance des maladies reste faible, l'entretien (propreté) de nombreux villages n'est pas encore totalement assurée et les taux de réalisation de claies à vaisselle, fosses à ordures, latrines et enclos se situent encore à de très faibles niveaux.

L'analyse des résultats requiert donc une meilleure orientation des actions et interventions futures.

5.2. Recommandations

Eu égard aux difficultés spécifiques à la mission d'évaluation ainsi qu'aux enseignements tirés, il se dégage un certain nombre de recommandations.

➤ Au niveau de l'ONEF

- Assurer un meilleur suivi des progrès accomplis ;
- Mettre en place des comités locaux de suivi dans les villages ;
- Sensibiliser les comités de gestion pour l'ouverture de compte d'épargne ;
- Assurer une plus forte implication des autorités villageoises dans les activités entreprises ;
- Promouvoir la participation des hommes aux activités des RAVIFES ;

- Promouvoir la vulgarisation et l'utilisation des ouvrages de base dans les villages, notamment ceux qui enregistrent de faibles taux de réalisation ;
- Intensifier les actions d'information et de sensibilisation en faveur des changements de comportements adéquats à un meilleur niveau de bien-être.

➤ **Au niveau de l'UNICEF**

- Permettre à l'ONEF d'assurer un suivi régulier de ses interventions sur le terrain ;
- Assurer l'évaluation des actions menées.

➤ **Au niveau des deux parties (ONEF et UNICEF)**

- Assurer un recyclage périodique des femmes des RAVIFES et des ASC relatifs aux maladies liées à l'eau et au manque d'hygiène ainsi qu'à la gestion des pompes ;
- Renforcer le statut des membres des RAVIFES et des ASC ;
- Renforcer les capacités des gestionnaires des pompes ainsi que des mécanismes de contrôle ;
- Assurer la disponibilité d'outil de gestion des pompes ;
- Former des Artisans-Réparateurs Villageois dans les villages où il n'y a pas d'AR ;
- Initier des activités génératrices de revenus, notamment en faveur des femmes ;
- Intensifier la promotion de l'émulation des populations villageoises à travers les concours.

➤ **Au niveau de l'Hydraulique Humaine**

- Assurer la disponibilité des pièces de rechanges des pompes dans les villages.

➤ **Au niveau du PNEVG**

- Assurer la disponibilité de l'abatte et des tamis filtres dans les centres de santé et les villages.

BIBLIOGRAPHIE

- ALMEDON (A.M.)
BLUMENTHAL (U)
& MANDERSON (L)** : *Procédures d'évaluation sanitaire* : Approches et méthodes pour l'évaluation des pratiques d'hygiène relatives à l'eau et à l'assainissement.
1998, 128 p
- DISTRICT SANITAIRE
DE ZUENOULA** : *Rapport d'activités 2000.*
- PNHV** : *Résultats du bilan Evaluation du Programme National D'hydraulique villageoise au 31/05/99*
Etat des ouvrages
Etats des pompes
- PNEVG** : *Situation de l'endémie dracunculienne dans le district sanitaire de Zuénoula de 1993 à 2000.*
- ONEF** : *Rapport final des activités du projet «appui au Programme National d'Eradication du Ver de Guinée dans dix villages du district sanitaire de Zuénoula » Juillet – Décembre 1999.*
17 Décembre 1999
- ONEF** : *Appui au Programme National d'Eradication du Ver de Guinée dans 21 villages du district sanitaire de Zuénoula.*
Janvier 2000
- ONEF** : *Rapport de la 1^{ère} mission de suivi-encadrement Du 21 Novembre au 1^{er} Décembre 2000*
Janvier 2001
- ONEF** : *Rapport de la première mission d'évaluation des activités du 26 décembre au 05 janvier 2001*
Janvier 2001
- ONEF** : *Rapport de la 2^{ème} mission de supervision et d'encadrement du 14 au 24 décembre 2000*
Janvier 2001
- ONEF** : *Rapport de mission : 2^{ème} évaluation interne*
Février 2001

- ONEF** : *Rapport d'activités du projet «Appui au PNEVG» dans 21 villages du district sanitaire de Zuénoula Du 22 Juin au 18 Février 2001*
Avril 2001
- ONEF** : *Manuel pour l'éducation endogène pour la santé en milieu rural «les principales maladies hydriques »*
Comment les éviter et la gestion des forages ou des pompes ?
Décembre 1999
- ROCHER (G)** : *Introduction à la sociologie générale*
3. Le changement social
Editions HMH, Ltée, 1968
- UNICEF** : *Enquête à indicateurs multiples (traduction française de MICS) 2000*

ANNEXES

ANNEXES I : ANNEXES METHODOLOGIQUES

I.1 Composition de l'équipe de la mission d'évaluation

- Francis ZACKO, sociologue – consultant à l'UNICEF ;
- KADJO Yao, Administrateur du programme Eau-Assainissement-Environnement à l'UNICEF ;
- Jon TUNNICLIFFE, Assistant au programme Eau-Assainissement-Environnement à l'UNICEF ;
- Docteur BOUALOU, Directeur exécutif du Programme National d'Eradication du ver de Guinée ;
- Docteur Serges Yao RAUX, Directeur du District Sanitaire du Zuénoula ;
- Alcide Mossoun KACOU de la Direction de l'Hydraulique Villageoise ;
- Sidibé GBINGA de la Direction Régionale de l'Hydraulique Villageoise de Daloa ;
- Téli DOMELE de la Direction de l'Assainissement
- Docteur Abel RABET, membre de l'ONEF ;
- Michel IRIE BI BOHI, traducteur ;
- Ernest EDOUKOU, chauffeur à l'UNICEF.

I.2 Choix des villages comparatifs.

Le choix s'est fait de la façon suivante : Dans chaque sous-préfecture du département de Zuénoula, le nombre de villages d'intervention de l'ONEF a été identifié. Puis, la proportion du nombre de villages à tirer en fonction du nombre total de villages où intervient l'ONEF (22), a été déterminé. Enfin, a été tiré au hasard dans la liste exhaustive des villages des deux sous-préfecture à visiter, la liste des villages retenus pour l'approche comparative, comme le montre le tableau suivant :

Sous-préfecture	Zuénoula	Gohitafla	Total
Nombre de village d'intervention de l'ONEF	15	7	22
Proportion du nombre de ménage à tirer	7	3	10
Nom des villages tirés au hasard	Banglofla, Béhouréla, Vouéboufla, Tuéifla, Badiéfla, Grohounfla, Zirifla	Kaloufla, Goufla, Gohounfla	32

1.3 : Répartition du nombre de participants aux focus group par village

Villages ONEF	Nombre de participants		
	Hommes	Femmes	TOTAL
Diélouzra I	11	7	18
Diélouzra II	21	19	40
Dinzra	16	10	26
Gohidorou	13	6	19
Gohitré	16	6	22
Gounga	18	13	31
Kaloufla	10	23	33
Kavaka	20	6	26
Konézra	12	17	29
Tiéfla	13	05	18
Zougounéfla	22	8	30
Bléfla	12	7	19
Broukro	15	8	23
Djéhifla	11	15	26
Drifla	17	9	26
Iriéfla	17	6	23
Kouaïssézra II	16	13	29
Kouréfla II	22	20	42
Paoukigrofla	29	13	42
Pohizra	28	10	38
Zrabisséhi fla	32	10	42
Zraluo	12	8	20
TOTAL	379	243	622
Villages comparatifs	Nombre de participants		
	Hommes	Femmes	TOTAL
Badiéfla	20	8	28
Bangofla	25	03	28
Béhouréfla	26	21	47
Goafla	35	08	43
Gohounfla	29	11	40
Grohounfla	40	20	60
Kaloufla	16	9	25
Tuéifla	22	17	39
Vouéboufla	38	16	54
Zirifla	60	20	80
TOTAL	311	133	444
TOTAL 32 villages	690	376	1066

1.4.: Evaluation de la mission d'évaluation par les différents membres de l'équipe

Durée de la mise en place	Trop longue	Longue	Moyenne	Courte	Trop courte					
	9	1	0	0	0					
Outils de collecte	Très adaptés		Plus ou moins adaptés		Inadaptés					
	0		10		0					
Durée du Focus group	Trop longue	Longue	Moyenne	Courte	Trop courte					
	6	4	0	0	0					
Méthode de travail	Très bonne	Bonne	Plus ou moins bonne	Mauvaise	Très mauvaise					
	0	9	1	0	0					
Durée de travail	Trop longue	Longue	Moyenne	Courte	Trop courte					
	2	8	0	0	0					
Atmosphère de l'Equipe	Très bonne	Bonne	Plus ou moins bonne	Mauvaise	Très mauvaise					
	8	2	0	0	0					
Déroulement de la mission	Très bien	Bien	Plus ou moins bien	Mauvaise	Très mauvaise					
	2	7	1	0	0					
Appréciation globale de la mission	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	0	0	0	0	0	0	4	6	0	0

Annexes II. Tableau synoptique des progrès réalisés par l'ONEF

N°	Objectifs	Indicateurs	Résultats attendus	Zones d'intervention	Situation de départ (1999) ONEF	Situation en 2000 ONEF	Résultats obtenus (2001) Mission d'évaluation	Ecart	Observations	
1	Consommation exclusive de l'eau de pompes par les populations des 21 villages du District Sanitaire de Zuénoula d'ici au 31 décembre 2001	Nombre de ménages utilisant l'eau de pompes	Tous les ménages consomment exclusivement de l'eau de pompe	Ensemble 21 villages	-	-	92,5%	-7,5%	Pas de données sur la situation de départ	
				Anciens villages	-	-	96,3%	-3,7%		
				Nouveaux villages	-	-	88,9%	-11,9%		
2	Mettre en place de réseau d'Associations Villageoises Féminines pour la Santé (RAVIFES) dans 21 villages	Nombre de RAVIFES mis en place	21 RAVIFES mis en place	Ensemble 21 villages	0	100%	100%	0		
				Anciens villages	0	100%	100%	0		
				Nouveaux villages	0	100 %	100 %	0		
3	Améliorer et renforcer les connaissances de 105 membres des RAVIFES et de la communauté en matière de maladies liées à l'eau non potable au manque d'hygiène et à la gestion des pompes dans les 21 villages	Nombre de sessions de formations organisées	5 sessions (de 4 jours) de formation organisées	Ensemble 21 villages	0	100 %	100 %	0		
				Anciens villages	0	100%	100%	0		
				Nouveaux villages	0	100%	100%	0		
		Nombre de femmes formées	105 femmes des RAVIFES formées	Ensemble 21 villages	0	100%	100%	100%	0	
				Anciens villages	0	100%	100%	0		
				Nouveaux villages	0	100%	100%	0		
4	Améliorer la fonctionnalité de 90%des pompes dans l'ensemble des 21 villages	Nombre de pompes en marche	9 pompes sur 10 sont en marche	Ensemble 21 villages	-	69,4%	87,8%	-2,2%	Pas de données sur la situation de départ	
				Anciens villages	-	-	0	90%		
				Nouveaux villages	-	85,7%	-4,3%			
5	Céder la gestion des pompes aux femmes des RAVIFES	Nombre de RAVIFES assurant la gestion des pompes	Tous les RAVIFES gèrent les pompes	Ensemble 21 villages	0	84,21%	52,3%	- 47,7%		
				Anciens villages	0	-	72%	-28%		
				Nouveaux villages	0		43%	- 57 --%		

6	Amener les populations à construire 21 foyers améliorés témoins et à les utiliser dans les 21 villages	Nombre de foyers améliorés témoins construits	21 foyers améliorés témoins construits	Ensemble 21 villages	-	100%	100%	0	Pas de données sur la situation de départ
				Anciens villages	-	100%	100%	0	
				Nouveaux villages	-	100%	100%	0	
		Nombre de foyers améliorés utilisés	21 foyers améliorés témoins utilisés	Ensemble 21 villages	-	100%	100%	0	Pas de données sur la situation de départ
				Anciens villages	-	-	-	-	
				Nouveaux villages	-	-	-	-	
7	Amener 50% des femmes formées à construire des foyers améliorés dans les 21 villages	Nombre de femmes des RAVIFES ayant construit des foyers améliorés	Au moins 53 femmes formées ont construit des foyers améliorés	Ensemble 21 villages	-	-	100%	+ 50%	Pas de données sur la situation de départ
				Anciens villages	-	-	100%	+ 50%	
				Nouveaux villages	-	-	100%	+ 50%	
8	Amener 50% des ménages dans chaque village à utiliser des foyers améliorés	Nombre de ménages utilisant les foyers améliorés	Au moins la moitié des ménages dans chaque village utilise des foyers améliorés	Ensemble 21 villages	-	-	55,8%	+ 5,8%	Pas de données sur la situation de départ
				Anciens villages	-	-	55,9%	+ 5,9%	
				Nouveaux villages	-	-	55,7%	+ 5,7%	
9	Amener 50% de la communauté à construire et à utiliser des douchères, fosses à ordures, claies à vaisselle et cordes à linge	Nombre de ménages utilisant des douchères	Au moins la moitié de la communauté utilise des douchères	Ensemble 21 villages	-	-	62,4%	+12,4%	Pas de données sur la situation de départ
				Anciens villages	-	-	73,2%	+23,2%	
				Nouveaux villages	-	-	52,4%	+2,4%	
		Nombre de ménages utilisant des fosses à ordures	Au moins la moitié de la communauté utilise des fosses à ordures	Ensemble 21 villages	0%	-	3,3%	-46,7%	
				Anciens villages	-	-	6,2%	-43,8%	
				Nouveaux villages	-	-	0,5%	-49,5%	
		Nombre de ménages utilisant des claies à vaisselle	Au moins la moitié de la communauté utilise des claies à vaisselle	Ensemble 21 villages	1%	-	17,2%	-32,8%	
				Anciens villages	-	-	12,7%	-37,3%	
				Nouveaux villages	-	-	21,3%	-28,7%	

		Nombre de ménages utilisant des cordes à linge	Au moins la moitié de la communauté utilise des cordes à linge	Ensemble 21 villages	-	-	55,7%	+5,7%	Pas de données sur la situation de départ
				Anciens villages	-	-	59,5%	+9,5%	
				Nouveaux villages	-	-	52,1%	+2,1%	
10	Amener les 21 artisans locaux en bâtiment et les 21 représentants de la communauté à identifier des sites d'implantation et à construire des latrines SANPLAT dans 21 villages	Nombre de sites identifiés	Des sites d'implantation ont été identifiés	Ensemble 21 villages	-	-	31,8%	-68,2%	Pas de données sur la situation de départ
				Anciens villages	-	-	-	-	
				Nouveaux villages	-	-	-	-	
		Nombre de latrines SANPLAT construites	Des latrines SANPLAT sont construites	Ensemble 21 villages	0%	-	22,7%	-77,3%	
				Anciens villages	-	-	-	-	
				Nouveaux villages	-	-	-	-	
11	Amener les populations à construire 21 latrines témoins chez les chefs des 21 villages	Nombre de latrines construites	21 latrines témoins sont construites chez les chefs des 21 villages	Ensemble 21 villages	-	-	09,1%	-90,9%	Pas de données sur la situation de départ
				Anciens villages	-	-	-	-	
				Nouveaux villages	-	-	-	-	

Annexes III.1. : Répartition des cas de Ver de Guinée dans les villages du District Sanitaire de Zuénoula

VILLAGES	Villages avec cas	Pop. RGPH 1998	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
Sous-Préfecture de Zuénoula												
C/S Beziaka												
Bablata	1	725	17	10	13	2	0	0	0	0	0	42
Beziaka	1	824			1	29	1	5	0	0	0	36
Duafla	1	535	4	4	0	1	3	0	0	0	0	12
Gouezira	1	825	1		0	2	0	0	0	0	0	3
Kanzra	1	2011	5	2	7	2	0	0	0	0	0	16
Kouablezra	1	302	26	6	4	2	0	0	0	0	0	38
Nenezra	1	438	8	4	1	2	0	0	0	0	0	15
Srazra	1	469	6	1	6	0	0	0	0	0	0	13
Watinoma	1	2328	83	24	16	8	0	0	0	0	0	131
Zangrofla	1	110	28	3	2	0	0	0	0	0	0	33
Ziduo	1	1078					2	0	0	0	0	2
Zorofla Cmpt.	1	815				2	0	2	0	0	0	4
C/S Pahoufla												
Grohounfla	1	1150		5	7	0	0	0	0	0	0	12
Koinfla	1	541	22	52	12	10	1	0	0	0	0	97
Kourefla I	1	410			5	3	1	0	0	0	0	9
Kourefla II	1					2	0	10	0	0	0	12
Paoubigrofla	1	966	78	46	8	6	1	2	2	0	0	143
Zigofla	1	194		17	15	8	2	1	0	0	0	43
C/S Voueboufla												
Badiefla	1	528	7	9	14	39	8	1	1	0	0	79
Behourefla	1	485			1	1	0	0	0	0	0	2
Bofla	1	764			1	27	1	1	0	0	0	30
Petit Zirifla	1	188		78	45	4	0	0	0	0	0	127
Pohizra	1	251			5	109	19	8	2	0	0	143
Tueifla	1	451	1	3	8	0	3	2	0	0	0	17
Voueboufla	1	2100		3	13	5	0	0	0	0	0	21
C/S Zirifla												
Broukro de Gounga	1	260					26	10	0	0	0	36
Djeifla	1	635	10	15	22	23	7	12	1	0	0	90
Gouédéfla	1	647	24	6	9	13	4	0	0	0	0	56
Gounga	1	613	69	26	55	46	36	22	0	0	0	254
Zirifla	1	1403	13	2	4	2	0	1	0	0	0	22
C/S Zanzra												
Bouata	1		55	0	0	5	0	0	0	0	0	60
Cpt Albert	1	83					44	0	0	0	0	44
Douanzra	1	888		3	22	13	4	0	0	0	0	42
Douonefla	1	367		14	7	3	0	0	0	0	0	24
Gouetifla-Ourouzra	1	405	3	3	2	3	1	0	0	0	0	12
Gouenefla	1	359			1	0	1	0	0	0	0	2
Kouyafla	1	232	24	1	1	0	1	0	0	0	0	27
Pouezra	1	110		30	17	2	0	0	0	0	0	49
Seizra I	1	369			5	0	1	0	0	0	0	6
Seizra II	1	576	1	1	7	5	0	0	0	0	0	14

VILLAGES	Villages avec cas	Pop. RGPH 1998	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
Thèra	1	347					1	0	0	0	0	1
Trahounfla	1	675		1	0	1	0	0	0	0	0	2
Uénéfla-Kouézra	1	967					1	0	0	0	0	1
Zanzra	1	1118	26	2	2	0	1	1	0	0	0	32
C/S Zougounefla												
Bangofla	1	1280	2	1	9	48	0	0	0	0	0	60
Brouzra	1	338	36	35	9	3	0	0	0	0	0	83
Zougounefla	1	2175	81	39	21	89	0	47	5	1	0	283
C/S Minfla												
Dinzra	1	553	127	18	54	42	15	41	8	0	0	305
Duezra(Diehoulizra)	1	650						4	0	1	0	5
Gohidorou	1	810	41	53	25	22	0	8	2	0	0	151
Gohitré	1	1029	25	19	37	30	8	17	4	0	0	140
Gohounfla	1	821	13	28	271	35	3	0	0	0	0	350
Goréta	1	417	4	6	1	0	0	1	1	0	0	13
Kaloufla	1	2324	82	7	7	13	60	42	5	0	0	216
Kavaka	1	524	7	0	4	0	0	8	3	0	0	22
Konezra	1	187	45	10	20	19	22	43	12	0	0	171
Tieifla	1						10	8	0	0	0	18
Drikouaifla II	1					3	0	0	0	0	0	3
TOTAL S/P	58	39650	974	587	796	684	288	297	46	2	0	3674
Sous-préfecture de Gohitafla												
C/S Gohitafla												
Bléfla	1	1263					8	4	0	0	0	12
Bohidianfla	1	393	2	0	3	0	0	0	0	0	0	5
Brodoufla	1	690	10	7	6	6	1	0	0	0	0	30
Dianbohifla	1	416	5	0	0	0	5	0	0	0	0	10
Oureitafla	1	375	3	2	1	2	0	0	0	0	0	8
Vieproye	1	326	5	0	1	4	0	1	0	0	0	11
Zrabisseifla I	1	760	22	14	16	0	0	8	2	0	0	62
C/S Iriefla												
Iriefla	1	1359	8	2	2	0	0	3	0	0	0	15
Kaloufla II	1	1130	4	0	7	1	0	2	0	0	0	14
Nenefla	1	220				6	0	0	0	0	0	6
Toafla	1	434						1	0	0	0	1
C/S Manfla												
Gouenfla	1	300		21	45	1	0	0	0	0	0	67
Kohoefla (Kohoufla)	1	500		2	1	6	0	0	0	0	0	9
C/S Zraluo												
Bohikouaifla	1	593		2	2	0	0	0	0	0	0	4
Bongofla	1	790				2	0	0	0	0	0	2
Djehigalafla	1	380				8	0	0	0	0	0	8
Dorifla	1							3	0	0	0	3
Duceifla	1	435	8	41	25	27	1	0	0	0	0	102
Goafla	1	680		6	0	0	0	0	1	0	0	7
Gohunfla/ouefla	1	600		1	1	7	0	2	0	0	0	11
Kouafla	1	869			2	0	0	0	1	0	0	3

VILLAGES	Villages avec cas	Pop. RGPH 1998	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
Kouaifla	1	315				10	0	0	0	0	0	10
Kouasseizra I	1	2373	37	1	0	4	0	0	0	0	0	42
Kouasseizra II	1	530	25	11	9	8	1	26	9	0	0	89
Ouinéfla	1	350				12	0	0	0	0	0	12
Zraluo	1	1247	20	5	1	15	2	2	0	0	0	45
TOTAL S/P	26	17328	149	115	122	119	18	52	13	0	0	588
TOTAL DS	84	56978	1123	702	918	803	306	349	59	2	0	4262

Source : Programme National d'Eradication du Ver de Guinée

Annexes III.2 : Répartition des cas de Ver de Guinée dans les 22 villages d'intervention de l'ONEF de 1993 à 2001.

VILLAGES	Population	NOMBRE DE CAS										TOTAL
		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	1993-1999	2000	2001	
Sous-Préfecture de Zuénoula												
Broukro de Gounga	260					26	10	0	36	0	0	36
Dinzra	553	127	18	54	42	15	41	8	305	0	0	305
Djeifla	635	10	15	22	23	7	12	1	90	0	0	90
Duezra(Dieloulizra)	650						4	0	4	1	0	5
Gohidorou	810	41	53	25	22	0	8	2	151	0	0	151
Gohitré	1029	25	19	37	30	8	17	4	140	0	0	140
Gounga	613	69	26	55	46	36	22	0	254	0	0	254
Kaloufla	2324	82	7	7	13	60	42	5	216	0	0	216
Kavaka	524	7	0	4	0	0	8	3	22	0	0	22
Konezra	187	45	10	20	19	22	43	12	171	0	0	171
Paoubigrofla	966	78	46	8	6	1	2	2	143	0	0	143
Pohizra	251			5	109	19	8	2	143	0	0	143
Tieifla	814					10	8	0	18	0	0	18
Zougounefla	2175	81	39	21	89	0	47	5	282	1	0	283
Total S/P Zuénoula	11791	565	233	258	399	204	272	44	1975	2	0	1977
Sous-Préfecture de Gohitafla												
Bléfla	1263					8	4	0	12	0	0	12
Dorifla							3	0	3	0	0	3
Iriefla	1359	8	2	2	0	0	3	0	15	0	0	15
Kouasseizra II	530	25	11	9	8	1	26	9	89	0	0	89
Kourefla II	305				2	0	10	0	12	0	0	12
Zrabisseifla I	760	22	14	16	0	0	8	2	62	0	0	62
Zraluo	1247	20	5	1	15	2	2	0	45	0	0	45
Total S/P Gohitafla	5464	75	32	28	25	11	56	11	238	0	0	238
TOTAL	17255	640	265	286	424	215	328	55	2213	2	0	2215

Source : Programme National d'Eradication du Ver de Guinée

Situation du Ver de Guinée dans le District Sanitaire de Zuénoula par sous-préfecture de 1993 à mars 2002.

LOCALITES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Mars 2002	TOTAL
S/P ZUENOULA	974	587	796	684	288	297	46	2	0	0	3674
S/P GOHITAFLA	149	115	122	119	18	52	13	0	0	0	588
TOTAL DU DISTRICT	1123	702	918	803	306	349	59	2	0	0	4262

Source : Programme National d'Eradication du Ver de Guinée

