

sanitaires aiguës. Ceci pose un problème majeur en ce qui concerne l'édification de stratégies internationales sanitaires face aux défis qui attendent l'humanité dans les prochaines décennies. Le transfert intercontinental du choléra vers Haïti a fait passer l'île du statut « indemne de choléra » au statut « choléra endémique », et ce sont les Caraïbes qui sont potentiellement touchés. L'épidémie d'Ebola, en cours en Afrique de l'Ouest, et ses débordements internationaux ont amené l'OMS à déclarer l'état d'urgence de santé publique et à lancer une mobilisation internationale, la première du genre. Il faudra tirer toutes les leçons de ces cas.

En conclusion, les liens entre sécurité sanitaire et sécurité publique sont nombreux et multiformes. Les controverses sur les « causes » et les « responsabilités » abondent. On observe des réactions et des réponses concurrentes, qui remettent en cause le fonctionnement social, et les relations internationales. Les difficultés rencontrées pour les prises de décision des dirigeants et institutions internationales, souvent ancrées dans un manque de visions et de capacités d'anticipation, les réactions de paniques des populations, qui finissent par s'en prendre aux personnels soignants et les dégâts humains, économiques, sociaux, voire sociétaux qui en résultent font de ces crises sanitaires un enjeu majeur dont il faut se saisir rapidement avant qu'il ne soit trop tard. Toutes les intelligences sont nécessaires...

François Grünwald
Directeur Général du Groupe URD

Hugues Maury
Expert en santé publique, pédiatre et consultant pour le Groupe URD

¹ Le présent article fait suite à une première publication sur les « Hots spots » (<http://www.urd.org/IMG/pdf/DiploHS04.pdf>) et diverses évaluations sur Haïti couvrant notamment la réponse au choléra. Il contient des éléments d'une recherche multidisciplinaire sur les risques non intentionnels futurs menée en 2010.

² <http://www.splf.org/s/IMG/pdf/grippe-espagnole.pdf>

³ "Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study", *The Lancet*, août 2010.

⁴ « WHO failing in its duty of transparency », *Leading edge, The Lancet of infectious diseases*, vol. 10, août 2010.

⁵ C'est pour traiter ces virus (Ebola, Marburg, Lassa, Congo) qu'ont été créés des laboratoires très protégés dits P4. Pour y pénétrer, il faut avoir été accrédité. La procédure d'entrée dans ces laboratoires P4 est très contraignante pour éviter les sorties de matériel contaminé. Il faut prendre une douche, revêtir un scaphandre (sous pression positive de façon à ce qu'en cas de déchirure accidentelle de la combinaison scaphandre, l'air sorte du scaphandre, plutôt qu'il n'y entre ; évitant ainsi toute contamination) relié à l'une des prises fournissant de l'air renouvelé indépendamment de l'atmosphère du laboratoire. Au moment de quitter le laboratoire, une douche chimique en scaphandre est imposée avant de sortir du sas.

⁶ L'apparition du terme date de 1982, les premières descriptions de la maladie de Creutzfeldt-Jakob de 1920.

Qualité de l'aide

Les déterminants des changements de comportement, clés des stratégies EHA

Dany Egreteau

L'A.B.C.D. (*Approach focused on Behavior Change Determinants*¹) est une approche à sensibilité anthropologique développée par SOLIDARITÉS INTERNATIONAL pour élaborer des stratégies d'intervention en Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) visant un impact optimal et durable sur la réduction des maladies d'origine hydrique. Elle s'appuie sur l'étude des comportements EHA ainsi que des déterminants socio-culturels et économiques à l'origine de ces comportements puis sur une priorisation et une sélection de ceux qui ont le plus d'impact sur ces maladies. Nous présentons ici quelques résultats d'une étude réalisée en 2014 dans un quartier péri-urbain de Kinshasa en République Démocratique du Congo afin d'illustrer leurs répercussions sur la construction de la stratégie opérationnelle d'un projet.

De nombreux acteurs intervenant dans le domaine de l'EHA en contexte humanitaire et de développement se questionnent aujourd'hui sur l'efficacité de l'aide apportée au regard de l'objectif de réduction des maladies d'origine hydrique². Les résultats des interventions en EHA étant souvent appréhendés de manière quantitative (nombre de points d'eau et latrines installés), ils masquent une réalité très différente sur le terrain où beaucoup d'infrastructures sont peu ou mal utilisées, et encore moins pérennes. L'impact des interventions EHA sur la réduction des maladies d'origine hydrique est en réalité mal connu et il est probable que nombre d'interventions aient empiré les situations préexistantes³.

Installer ou réhabiliter des infrastructures risque de ne pas avoir les effets escomptés si les réalités géographiques, culturelles et sociales des communautés ciblées

ne sont pas correctement prises en compte⁴. En effet, si l'installation des infrastructures devrait permettre de rendre l'environnement plus favorable aux comportements EHA appropriés, elle ne garantit en rien le changement de comportement en lui-même⁵. C'est donc là qu'intervient la sensibilisation à l'hygiène, aujourd'hui reconnue comme un élément majeur des interventions en EHA⁶. Toutefois, ces activités de sensibilisation sont souvent déconnectées des stratégies opérationnelles centrées sur les choix techniques et l'installation d'infrastructures. En outre, on réplique des méthodologies « *one fits all* » sans toujours prendre la peine de les contextualiser. Enfin, la très grande majorité des interventions de sensibilisation est basée sur des messages de santé⁷ axés sur les dangers encourus par de « mauvais » comportements, plus que sur les bénéfices escomptés des comportements appropriés. On postule ainsi qu'une fois les populations alertées sur les dangers de contamination et la gravité des maladies d'origine hydrique, elles adopteront les mille et une pratiques préconisées lors de ces interventions. Or, ici aussi, les réalités du terrain sont très différentes. Les « bonnes » pratiques dont on fait la promotion sont contraignantes et impliquent parfois un changement majeur dans les habitudes des familles. Ces dernières sont de plus soumises à tout un ensemble de contraintes et d'influences propres à leur environnement qui peuvent favoriser le changement de comportement mais, le plus souvent, lui faire obstacle.

L'approche A.B.C.D. part d'une réflexion sur les limites évoquées ci-dessus. Elle s'appuie à la fois sur les travaux de la LSHTM⁸ et de l'EAWAG⁹, et sur les éléments socio-anthropologiques de différentes méthodologies de projet EHA (FOAM, CLTS, approches participatives, marketing social notamment)¹⁰. L'A.B.C.D. tente de rassembler ces différentes sources dans une perspective opérationnelle et pragmatique. Elle a pour objectif d'aider à formuler des stratégies opérationnelles de projets EHA et de renforcer la cohérence entre les volets de construction d'infrastructures, les activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire. Ces stratégies se fondent d'une part sur une étude des comportements de la communauté ciblée en matière d'EHA, et d'autre part sur une analyse des déterminants de ces comportements. L'approche a été testée jusqu'à ce jour dans quatre contextes différents : deux camps semi-permanents de déplacés en République Centrafricaine ainsi que des communautés péri-urbaines en République Démocratique du Congo, et rurales au Bangladesh et au Myanmar.

Cet article présente dans un premier temps les grands principes de l'A.B.C.D. puis prend appui, pour illustrer l'approche, sur quelques résultats de l'étude menée par SOLIDARITÉS INTERNATIONALE dans un quartier péri-urbain de Kinshasa.

A.B.C.D. : 1- Hierarchiser les comportements et pratiques a risque

Dans le cadre de l'A.B.C.D., cinq comportements clés ont été retenus, sur la base des connaissances scientifiques disponibles¹¹ et de l'expérience de SOLIDARITÉS INTERNATIONALE, comme ayant le plus d'impact sur l'incidence des maladies diarrhéiques¹² :

- 1- Se laver les mains avec du savon aux moments clés de la journée,
- 2- Adopter des pratiques de défécation appropriées,
- 3- Préserver les latrines et les pourtours des habitations de la présence d'excréments,
- 4- S'approvisionner en eau potable,
- 5- Collecter, transporter, stocker et boire l'eau de manière appropriée.

La recherche scientifique établit en effet que les risques de maladies diarrhéiques sont réduits jusqu'à 47 % si les communautés ont des pratiques de lavage des mains appropriées. Les programmes d'assainissement peuvent quant à eux réduire jusqu'à 36 % les risques de diarrhée,

et les interventions visant à améliorer la quantité et la qualité de l'eau respectivement de 20 % et 16 %. Si d'autres comportements peuvent avoir une influence sur les risques de diarrhée (l'hygiène alimentaire, la gestion des déchets organiques, hygiène de l'habitation...), le principe de l'A.B.C.D. est toutefois de concentrer les ressources disponibles sur les 5 comportements cités ci-dessus car ils auront, dans la grande majorité des contextes, le plus d'impact sur les incidences de diarrhée.

La phase de diagnostic établit dans un premier temps dans quelle mesure ces comportements sont adoptés (par exemple, le pourcentage de la population qui s'approvisionne aux points d'eau potable pour son eau de boisson et de cuisine). Le diagnostic va ensuite analyser, dans le cadre de ces comportements, les pratiques des populations, et particulièrement les pratiques pouvant accroître les risques de contamination. Les enquêtes établiront par exemple les occurrences de lavage des mains, non seulement avant de manger ou après être allé aux toilettes, mais aussi la manière dont ce lavage des mains s'effectue : une pratique à risque courante dans les communautés du nord de la Centrafrique est de se laver les mains dans une baignoire d'eau à usage collectif. Les personnes adultes se trempent en premier les mains directement dans l'eau, sans savon, et tous les membres de la famille se succèdent, du plus âgé au plus jeune. Le dernier à passer est l'enfant de moins de 5 ans, le plus vulnérable aux maladies diarrhéiques et le plus exposé du fait de cette pratique de

L'A.B.C.D. a pour objectif d'aider à formuler des stratégies opérationnelles de projets EHA et de renforcer la cohérence entre les volets de construction d'infrastructures, les activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire

A.B.C.D. : 3- Construire la stratégie d'intervention

La stratégie opérationnelle sera axée sur les comportements et pratiques ayant potentiellement le plus d'impact sur la réduction des occurrences de diarrhées des enfants de moins de 5 ans. L'analyse des déterminants de l'environnement permet quant à elle essentiellement d'identifier les blocages liés aux contextes dans lesquels les populations vivent (par exemple, disponibilité de l'eau, difficultés des voies de communications, tensions intercommunautaires, insécurité, moyens d'existence insuffisants pour couvrir les besoins de base...) et de décliner les choix techniques et les interventions en fonction de ceux-ci. Ainsi, dans le cas de tensions entre différentes communautés (castes) réunies dans un camp de déplacés en Inde, installer un seul point d'eau au sein du territoire occupé par l'une des castes se traduira par la sous-utilisation de ce point d'eau par l'autre caste. Appréhender ces tensions sociales et autres déterminants de l'environnement va permettre de choisir les emplacements et solutions techniques pertinentes (dans ce cas, installer un point d'eau par communauté). L'étude de l'environnement va également permettre d'identifier les personnes ayant le plus d'influence sur le groupe ciblé, tant à l'intérieur de la famille que dans la communauté. Par exemple, sensibiliser une mère qui, au sein de sa belle-famille,

n'a que peu d'autorité ou de libre arbitre (généralement le cas en Inde, au Bangladesh ou dans le nord de la Centrafrique) risque de s'avérer inutile si sa belle-mère l'empêche d'adopter les pratiques appropriées. La sensibilisation devra dans ce cas cibler aussi bien les mères que les belles-mères (de fait, les femmes entre 18 et 45 ans). Enfin, une compréhension fine de l'environnement social permettra d'identifier les leaders d'opinion, les relais potentiels de sensibilisation ainsi que les stratégies de mobilisation communautaire les plus pertinentes.

L'étude des déterminants internes pourra quant à elle avoir un impact sur les choix en matière d'options techniques. Le goût est par exemple un déterminant essentiel du choix du point d'eau pour la boisson. Ainsi, installer une pompe qui va tirer de l'eau d'un aquifère ferrugineux, même si l'eau est potable, pourra se traduire par une sous-utilisation, voire l'abandon de ce point d'eau. Il vaudra mieux privilégier d'autres solutions techniques (traitement de l'eau de surface) ou atteindre des aquifères dont l'eau a un goût neutre. L'étude des déterminants internes

sera aussi et surtout essentielle pour produire les messages de sensibilisation ou de mobilisation communautaire (cf. l'exemple du prestige donné ci-dessus comme levier à exploiter pour l'entretien des toilettes).

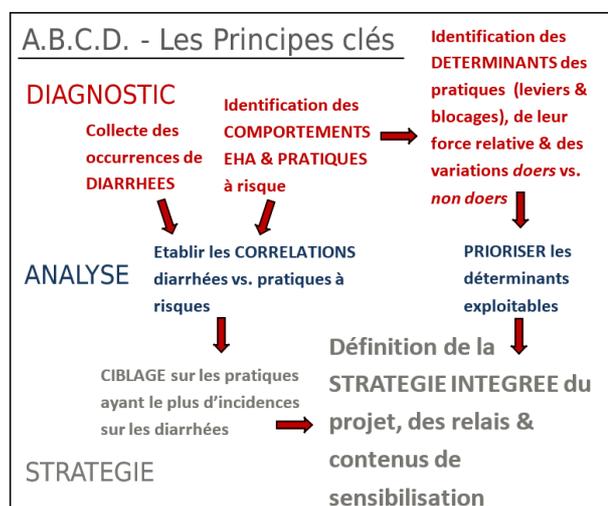
Batumona - méthodologie de l'enquête

L'étude sur laquelle nous allons nous appuyer a été réalisée à Batumona, quartier péri-urbain de Kinshasa d'environ 30 500 habitants (3 800 familles) en pleine explosion démographique. Elle a été menée dans le cadre du projet PILAEP (Projet Pilote pour l'Approvisionnement en Eau Potable), financé par l'AFD, qui a installé des réseaux d'eau dans 14 quartiers de Kinshasa et de ses environs. Le réseau de Batumona a été mis en marche début 2014. Il couvre les zones densément peuplées de Batumona mais laisse mal desservie la zone d'occupation plus récente où les habitats sont plus éparpillés, les voies de communication fortement dégradées, voire inexistantes, et les parcelles sujettes à l'érosion en saison des pluies.

Les enquêtes ont été menées pendant un mois par une équipe de quatorze personnes, huit hommes et six femmes, de profils variés (hygiène, santé publique, social, urbanisme, évènementiel, marketing...), toutes issues des quartiers ciblés par le projet afin de favoriser la compréhension de l'environnement et l'appropriation des activités à venir. L'équipe a suivi un processus de formation continue à l'approche A.B.C.D. et aux grands principes de l'EHA en

parallèle des enquêtes. Trois personnes ont encadré le processus et procédé à l'analyse des résultats.

Le choix et l'enchaînement des activités de diagnostic avaient pour objectifs de limiter les biais déclaratifs et d'apprécier de manière aussi réaliste que possible les réalités du quotidien des familles. Avant de lancer les enquêtes, deux membres de l'équipe encadrante ont effectué une immersion de trois jours au sein de deux familles dans deux quartiers ciblés par le projet. Une visite d'observation, deux enquêtes sur le genre et un exercice de cartographie de Batumona ont aussi été réalisés au préalable afin de mieux saisir l'environnement du quartier et le contexte socio-culturel dans lequel évoluent ses habitants. Plusieurs enquêtes ont ensuite été réalisées par les équipes dans les familles et aux différents types de points d'eau. Ces enquêtes ont été menées auprès de plus de 220 familles ayant des enfants de moins de 5 ans, soit environ 9 % de la population ciblée¹⁷, réparties sur l'ensemble du quartier. Les enquêtes ont été basées sur une méthodologie d'observation structurée complétée par des questions



fermées. Les membres de l'équipe étaient cependant invités à discuter de manière libre les raisons des pratiques (appropriées ou à risque) observées et à noter toute information supplémentaire et pertinente non incluse dans le questionnaire. Chaque enquête était discutée au préalable avec l'équipe. Elles duraient deux à trois jours en moyenne. Un débriefing axé sur les déterminants et les pratiques à risque était organisé après une journée d'enquête puis à la fin de l'enquête. Une **enquête finale** a été réalisée pour vérifier les occurrences des déterminants identifiés, ainsi que les variations entre *doers* et *non doers*.

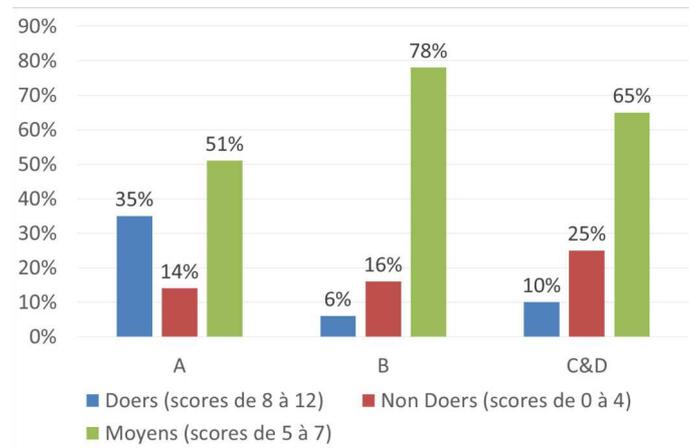
Batumona - connaissance et fréquence de la diarrhée

La **prévalence de diarrhée** des enfants de moins de 5 ans, lors des deux semaines précédant l'enquête à Batumona, était de **31 %** (intervalle de confiance à 95 % : 25,1 % - 36,9 %), contre 14,1 % sur la moyenne de Kinshasa¹⁸. Un focus effectué sur les familles des cinq rues les plus à risque de Batumona indique des prévalences de diarrhées plus fortes, de 48 % en moyenne¹⁹.

La diarrhée est perçue comme l'une des « maladies » les plus graves pour les enfants de moins de 5 ans. En effet, 86 % des mères interrogées considèrent que la diarrhée est un gros problème pour leur enfant et 58 % citent spontanément la mort de l'enfant comme l'une des conséquences possibles de la diarrhée. De plus, les mères évoquent la source de stress importante que pose la diarrhée sur la famille : la mère est « paralysée », doit rester auprès de l'enfant et ne peut aller travailler. La famille doit dépenser des sommes considérables pour soigner l'enfant²⁰, équivalant au minimum à une journée de travail. Les mères appréhendent ainsi les répercussions sur les autres enfants de la famille qu'elles ne pourront pas nourrir faute d'argent. La nourriture est la cause de la diarrhée qui est spontanément citée par les mères en premier mais la moitié d'entre elles citent aussi l'eau. Seules 16 % des mères citent spontanément le contact et l'ingestion des excréments mais elles considèrent toutes que cela provoque la diarrhée lorsqu'on leur pose directement la question. Ainsi, les mères ont en général une bonne connaissance des causes de diarrhée et, surtout, sont très conscientes de la gravité de la maladie pour leurs enfants et, indirectement, pour le reste de la famille.

La connaissance des causes de la diarrhée n'empêche pas un nombre important de familles d'avoir des pratiques non appropriées en matière d'EHA. L'enquête a établi une corrélation nette entre l'environnement du quartier et les pratiques d'hygiène : Batumona est divisé en quatre sous-quartiers nommés A, B, C et D par l'administration locale. Dans le sous-quartier A (plus densément peuplé, bien desservi par les points d'eau potable, facile d'accès...), 35 % des répondants sont des *doers* (familles aux pratiques d'hygiène appropriées, mesurées par un score de 8 à 12

sur un total de 12) et 14 % sont des *non doers* (familles aux pratiques d'hygiène à risque, dont le score est de 0 à 4 sur un total de 12). A l'inverse, dans les sous-quartiers C et D (faible couverture en eau potable, communications difficiles, forte érosion...), 10 % des répondants sont des *doers* et 25 % des *non doers* (cf. graphique ci-dessous).



Graphique 1 - Répartition des familles selon leurs pratiques d'hygiène dans les sous-quartiers A, B, C et D

L'étude établit des corrélations significatives entre pratiques et diarrhées en ce qui concerne **la propreté des latrines, la consommation d'eau de pluie (collectée de manière non hygiénique) comme eau de boisson et l'hygiène du récipient de boisson**. Il est à noter que l'étude n'a pas établi de corrélation claire entre le lavage des mains avec du savon et les diarrhées des enfants. Toutefois, ce comportement fera partie des priorités de la stratégie d'intervention. En effet, l'analyse du lavage des mains se base uniquement sur les déclarations des mères (faute de pouvoir les observer en situation), souvent biaisées du fait qu'elles aient honte d'avouer ne pas se laver les mains aux moments clés de la journée. La référence de l'étude reste ainsi les méta-analyses effectuées sur le sujet [cf. ci-dessus].

Nous nous centrerons sur la consommation d'eau de pluie collectée dans des conditions non hygiéniques pour illustrer la déclinaison de l'A.B.C.D. au sujet d'une pratique à risque²¹.

Batumona - la consommation de l'eau de pluie comme eau de boisson et de cuisine

97 % des familles de Batumona collectent l'eau de pluie en la laissant s'écouler du toit de leur maison dans des seaux ou bidons multi-usages. 90 % de ces familles la consomment pour boire et/ou cuisiner. Pourtant, 78 % des familles pensent que l'eau de pluie peut provoquer des maladies. Les amibes sont citées par 63 % des répondants, la fièvre typhoïde et la diarrhée par respectivement 33 % et 27 % des répondants. Il existe de fait une corrélation significative entre les occurrences de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans et le fait de boire l'eau de pluie

(cf. graphique ci-dessous). Si l'eau de pluie est potable en soi, les toits et récipients de collecte peuvent eux être porteurs de germes pathogènes (particulièrement après une longue période sans pluie)²². Ceci peut expliquer cette corrélation : les dispositifs de collecte d'eau de pluie à Batumona varient de ménage à ménage, les toits ne sont pas nettoyés, les récipients souvent sales et 42 % des familles collectent l'eau dès le début de la pluie.

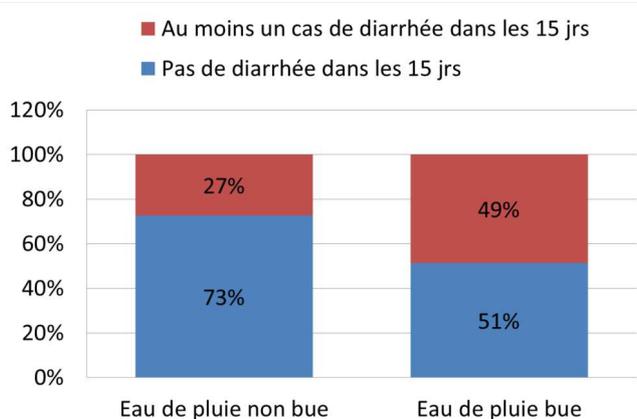
La seule différence significative entre *doers* et *non doers* concerne le déterminant de l'odeur cité par 17 % des *doers* contre seulement 3 % des *non doers*.

Batumona - recommandations opérationnelles au sujet de la consommation d'eau de pluie

Le message principal de la sensibilisation est de déconseiller l'utilisation de l'eau de pluie comme eau de boisson pour les enfants de moins de 5 ans²³, considérant d'une part qu'il existe des points d'eau potables dans le quartier et, d'autre part, que l'habitude est déjà prise par de nombreuses familles de donner de l'eau « améliorée » (en bouteille notamment) à leurs très jeunes enfants. La sensibilisation doit aussi aborder le problème de l'hygiène du toit et des récipients de collecte.

Une sensibilisation orientée sur la santé n'aura que peu d'effets du fait que la très grande majorité des répondants sont déjà conscients du problème. Toutefois, renforcer la crainte des amibes avec celle de la diarrhée pourrait avoir un effet de levier mineur. La facilité d'accès est un déterminant majeur de la consommation d'eau de pluie. Cette question d'accès ne peut être abordée qu'en **améliorant la couverture des points d'eau potable**, notamment dans les sous-quartiers C et D. Cependant, améliorer l'accès ne résoudra pas totalement le problème de consommation de l'eau de pluie pour les enfants de moins de 5 ans. On voit en effet que les habitants des sous-quartiers A et B la consomment alors qu'ils ont des points d'eau potables faciles d'accès et proches de leurs parcelles. Une sensibilisation s'appuyant sur les autres leviers identifiés est donc indispensable.

Les motivations les plus exploitables (du fait de leur fréquence et de la différence entre *doers* et *non doers*) sont le **levier économique** et le **dégoût**. Il peut ainsi être pertinent de travailler sur le coût perçu de la maladie, par exemple, en comparant les dépenses économisées par la collecte de l'eau de pluie par rapport au coût des traitements des maladies telles que les amibes ou la diarrhée. Le dégoût peut aussi être un moyen d'attirer l'attention des familles. En règle générale, les habitants de Batumona se lavent les mains avant de manger essentiellement pour se débarrasser des « saletés » qui collent aux mains. Il serait possible de comparer l'eau de pluie collectée de façon non hygiénique à l'eau de la bassine qui sert au lavage des mains, et jouer sur le dégoût en montrant que boire cette eau de pluie équivaut à boire l'eau de la bassine dans laquelle tout le monde se lave les mains. On peut aussi s'appuyer sur le dégoût en demandant, par exemple, à une personne de passer le doigt sur le toit de la maison, puis de lécher son doigt (ce qu'elle refusera de faire), et faire l'analogie avec l'eau de pluie collectée via un toit sale. En ce qui concerne le problème de l'eau de pluie perçue comme pure car elle provient de Dieu, on peut contourner cette croyance en



Graphique 2 - Occurrence de diarrhées et consommation de l'eau de pluie pour la boisson

Les principales raisons citées lors de notre enquête pour justifier l'utilisation de l'eau de pluie comme eau de boisson sont : 1- la fraîcheur (plaisir – 22 %), suivie par 2- la gratuité (économique – 21 %), et 3- la facilité de collecte (accessibilité – 20 %). Les autres raisons sont citées dans moins de 15 % des cas, 4- le goût qui peut s'allier à la fraîcheur (plaisir – 13 %), 5- l'habitude (11 %) et 6- parce qu'elle vient de Dieu (croyance – 9 %). La particularité divine de l'eau de pluie, bien qu'elle soit assez peu citée spontanément, a souvent été évoquée avec les équipes : « Dieu nous donne l'eau de pluie, elle est pure et nous devons l'utiliser ». Parmi tous les déterminants cités ci-dessus, une différence significative existe entre *doers* et *non doers* au sujet de la **gratuité** (citée par 50 % des *non doers* vs. 16 % des *doers*), la **facilité d'accès** (47 % des *non doers* vs. 14 % des *doers*), l'**habitude** (29 % des *non doers* vs. 5 % des *doers*) et la **croyance** que cette eau vienne de Dieu (11 % des *non doers* vs. 0 % des *doers*).

Les principales raisons évoquées pour justifier le fait de ne pas boire l'eau de la pluie sont : 1- pour éviter les maladies (peur des **maladies** – citée par 37 % des répondants), 2- à cause des particules que l'on trouve dedans (**dégoût** – 28 %), 3- la mauvaise qualité de l'eau (perception de la **qualité** – 14 %), 4- à cause de son odeur (**dégoût/odeur** – 12 %). La magnitude de la réponse liée à la prévention des maladies reste relativement faible si l'on considère que la grande majorité de la population pense que l'eau de pluie peut provoquer des maladies. Le déterminant du dégoût (présence de particules) se dégage de manière assez forte.

invoquant la contamination du toit : si l'eau est pure, le toit lui est chargé de « saletés » (tout comme le récipient de collecte s'il n'est pas nettoyé) et de germes pathogènes qui polluent l'eau collectée. Enfin, si l'on peut difficilement exploiter les aspects liés au goût et à la fraîcheur de l'eau, ils permettent toutefois de saisir qu'une sensibilisation faisant la promotion de méthodes de traitement de l'eau (bouillir ou chlorer) aura peu d'impact, du fait de l'altération du goût qui résulte du traitement (l'eau bouillie prend le goût de la marmite et le chlore n'est pas du tout apprécié par les communautés)²⁴. Ces modes de traitement seront toutefois conseillés pour l'eau de boisson des enfants de moins de 5 ans.

Conclusion

L'exemple de la consommation de l'eau de pluie à Batumona montre l'importance d'appréhender les déterminants des comportements : l'étude établit que la santé n'est pas un levier exploitable pour influencer sur l'adoption des pratiques appropriées de collecte et de consommation d'eau potable pour la boisson et la cuisine. En revanche, cibler les interventions sur l'accessibilité de l'eau, l'économie des ménages et le dégoût aura un impact significatif en termes de changement de comportement. Une phase de suivi de quelques mois sera néanmoins indispensable afin de s'assurer de la transformation des nouveaux comportements en habitudes. Pour ce faire, la répétition des messages clés devra être associée à un appui aux familles afin de leur permettre de surmonter les éventuelles difficultés auxquelles elles pourraient faire face dans le cadre de ce processus de changement de comportement.

L'A.B.C.D. est ancrée dans l'environnement et le quotidien des communautés ciblées : elle valorise d'une part l'observation et l'esprit critique de l'équipe locale en charge de la collecte des informations et oblige d'autre part à s'interroger sur le contexte du projet afin d'élaborer des stratégies d'intervention intégrées et taillées sur mesure. L'A.B.C.D. se veut avant tout une démarche évolutive et non une méthodologie de projet stricte. Si ses grands principes (formation et mobilisation des équipes, focus sur les comportements à risque, étude des pratiques, des déterminants externes et internes, stratégies intégrées, accompagnement et suivi des pratiques) sont pertinents dans tous les contextes, cette approche se décline de manière flexible selon l'environnement, les ressources du projet et le stade

d'avancement des activités. L'A.B.C.D. implique de consacrer environ un mois et les ressources nécessaires à la réalisation de l'étude et à la construction de la stratégie d'intervention avec l'équipe. Toutefois, les principes de l'approche sont simples à expérimenter et peuvent être déclinés avec les outils et méthodologies propres à chaque organisation, et à tout responsable de projet qui souhaite établir les conditions d'une appropriation durable des comportements adéquats. L'approche se veut aussi pertinente, en version simplifiée, en contexte d'urgence aiguë. A ce sujet, elle est en cours d'expérimentation par SOLIDARITÉS INTERNATIONALE et l'EAWAG au moment de la parution de cet article.

Dany Egreteau

Chargé de mission R&D, SOLIDARITÉS INTERNATIONALE

L'auteur, ex-chef de mission SOLIDARITÉS INTERNATIONALE au Bangladesh, réalise depuis mi-2013 des missions de R&D sur le sujet des approches comportementales dans le cadre des projets EHA de SOLIDARITÉS INTERNATIONALE.

¹ Approche centrée sur les déterminants des changements de comportement.

² Hunter P. « Maladies d'origine hydrique et sécurité de l'eau », in CRASH/Fondation - Médecins Sans Frontières, *L'eau humanitaire est-elle potable ?* Juin 2011.

³ Analysis: Sanitizing the Truth - When WASH Fails. IRIN Africa English Service. Al Bawaba (Middle East) Ltd. 2013. HighBeam Research. 30 Jun. 2014. <http://www.highbeam.com>

⁴ Mara D, Lane J, Scott B, Trouba D. *Sanitation and health*. PLoS Med. 2010

⁵ Cairncross S, Shordt K. *It does last! Some findings from a multi-country study of hygiene sustainability*. Waterlines. 2004

⁶ Peal et al, *Hygiene and Sanitation Software, An Overview of Approaches*. Water Supply & Sanitation Collaborative Council, Geneva, Switzerland, 2010

⁷ - Peal et al, *Hygiene and Sanitation Software, An Overview of Approaches*. Water Supply & Sanitation Collaborative Council, Geneva, Switzerland, 2010

- Dreifelbis Robert et al., « The Integrated Behavioural Model for Water, Sanitation, and Hygiene: a systematic review of behavioural models and a framework for designing and evaluating behaviour change interventions in infrastructure-restricted settings », BMC Public Health, 13 (1), déc. 2013, pp. 1 13.

⁸ London School of Hygiene and Tropical Medicine. Cf Aunger R, Curtis V. *The Evo - Eco Approach to Behaviour Change. Applied Evolutionary Anthropology*. Springer Verlag. In press

⁹ Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology. Cf Mosler HJ. A systematic approach to behavior change, interventions for the water and sanitation sector in developing

countries: a conceptual model, a review, and a guideline, International Journal of Environmental Health Research, 2012.

¹⁰ Peal et al, *Hygiene and Sanitation Software, An Overview of Approaches*. Water Supply & Sanitation Collaborative Council, Geneva, Switzerland, 2010

¹¹ - Curtis V. *Talking Dirty: How to save a million lives*. International Journal of Environmental Health Research. 2003 Jun; 13 Suppl 1:S73-9.

- Cairncross S et al., *Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea*, International Journal of Epidemiology, 39 (suppl 1), 2010.

¹² L'article se concentrera sur les maladies diarrhéiques. Les grands principes de l'approche sont toutefois pertinents pour déterminer les stratégies en rapport avec toute autre maladie ou la malnutrition.

¹³ Ces termes, empruntés à la littérature anglo-saxonne, signifient « personnes qui font » et « personnes qui ne font pas ». On se référera ci-dessous à « doers » pour les familles aux pratiques appropriées et « non doers » pour les familles aux pratiques à risque.

¹⁴ Aunger R, Curtis V. *The Evo - Eco Approach to Behaviour Change. Applied Evolutionary Anthropology*. Springer Verlag. In press

¹⁵ Ces résultats ne peuvent toutefois être exploités sans une analyse qualitative complémentaire, notamment du fait de l'interaction, difficile à quantifier, entre les comportements entre eux et les déterminants entre eux.

¹⁶ Voir, par exemple, un témoignage récurrent à Kinshasa : « Il faut avoir une latrine propre pour que nos visiteurs voient que nous sommes d'une 'bonne' famille ».

¹⁷ 61 % des familles ont des enfants de moins de 5 ans, soit 220 / (61 % x 3800) = 0,094.

¹⁸ Institut National de la Statistique et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Enquête par grappes à indicateurs multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010). Rapport final, mai 2011.

¹⁹ Avec un intervalle de confiance à 95 % : 28 % - 68 %, qui demanderait donc à être reprécisé.

²⁰ Les familles pratiquent l'automédication dans environ 60 % des cas avec des traitements souvent inappropriés (antibiotiques, vermifuges...).

²¹ L'ensemble de l'étude, détaillant les déterminants des 5 comportements clés, est disponible sur requête auprès de SOLIDARITÉS INTERNATIONALE.

²² WHO, « *Guidelines for Drinking Water Quality* » p.120e, 2008, Geneva.

²³ Le message ne visera que les enfants (mais évoquera aussi les personnes âgées) : le risque est acceptable pour les adultes et il est plus réaliste que les familles fassent des efforts particuliers pour leurs enfants de moins de 5 ans plutôt que pour tous les membres de la famille.

²⁴ La filtration de l'eau à domicile est quant à elle inabordable pour la plupart des familles. En outre, le traitement d'eau à domicile échoue à se pérenniser dans la majorité des interventions externes [Hunter 2011].

Références

- Aunger R, Curtis V., *The Evo - Eco Approach to Behaviour Change. Applied Evolutionary Anthropology, Springer Verlag. In press.*
- Coombes Y. & Devine J., *Introducing FOAM: A framework to Analyse Handwashing Behaviors to Design Effective Handwashing Programs*, WSP, 2010.
- Cairncross S, Shordt K., *It does last! Some findings from a multi-country study of hygiene sustainability*, Waterlines, 2004.
- Cairncross S, Shordt K, Zacharia S, Govindan BK, *What causes sustainable changes in hygiene behaviour? A cross-sectional study from Kerala, India*, Soc Sci Med, 2005.
- Cairncross S et al., *Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea*, International Journal of Epidemiology, 39 (suppl. 1), 2010.
- Curtis V., Danquah L., Aunger R., *Planned, motivated and habitual hygiene behaviour: an eleven country review*, Health Educ Res. 2009; 4:655-673.
- Curtis V., *Talking Dirty: How to save a million lives*, International Journal of Environmental Health Research, 2003 Jun; 13 Suppl. 1:S73-9.
- Dreifelbis R. et al., « The Integrated Behavioural Model for Water, Sanitation, and Hygiene: a systematic review of behavioural models and a framework for designing and evaluating behaviour change interventions in infrastructure-restricted settings », BMC Public Health, 13 (1), dec. 2013, pp. 1-13.
- Hunter P., « Maladies d'origine hydrique et sécurité de l'eau », in *L'eau humanitaire est-elle potable ?*, CRASH/Fondation - Médecins Sans Frontières, juin 2011.
- Mara D., Lane J., Scott B., Trouba D., *Sanitation and health*, PLoS Med., 2010.
- Mosler H. J., « A systematic approach to behavior change, interventions for the water and sanitation sector in developing countries: a conceptual model, a review, and a guideline », International Journal of Environmental Health Research, 2012.
- Peal et al., *Hygiene and Sanitation Software, An Overview of Approaches*, Water Supply & Sanitation Collaborative Council, Geneva, Switzerland, 2010.
- Taylor, B., « Effectiveness, Scale and Sustainability in WASH Programmes – A Review », Springfield Working Paper Series (2), The Springfield Centre, Durham, 2013.
- « Analysis: Sanitizing the Truth - When WASH Fails », IRIN Africa English Service, Al Bawaba (Middle East) Ltd, 2013. HighBeam Research. 30 Jun. 2014 <<http://www.highbeam.com>>.
- Institut National de la Statistique et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Enquête par grappes à indicateurs multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010), Rapport final, mai 2011.
- WHO, *Guidelines for Drinking Water Quality*, p. 120e, 2008, Geneva.