

## **INTER AIDE**

*Lancement et suivi de programmes de développement*

44 rue de la paroisse

78 000 Versailles

tel : 33 / (0)1 39 02 38 59

fax : 33 / (0)1 39 53 11 28

courriel : [interaide@interaide.org](mailto:interaide@interaide.org)

# **EVALUATION DU PROJET D'ACCES A L'EAU POTABLE, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT AU MALAWI**

**Demande de financement au F3E**

Octobre 2003

1 - CONTEXTE DU PROJET A EVALUER .....	2
1.1. Le contexte malawite .....	2
1.2. Le contexte local.....	2
2. DESCRIPTIF DU PROJET .....	3
2.1 historique de l'intervention.....	3
2.2 objectifs du PROJET.....	5
2.3 COUT TOTAL ET FINANCEMENT.....	5
2.4 ORGANIGRAMME INSTITUTIONNEL INTERNE .....	5
2.5 ACTEURS IMPLIQUÉS .....	7
2.6 ACTIVITES ET PRINCIPAUX RESULTATS .....	8
2.6.1 METHODOLOGIE.....	8
2.6.2 Description des activités.....	11
2.6.3 Principaux résultats .....	14
3. L'Evaluation.....	18
3.1. JUSTIFICATIF DE L'EVALUATION.....	18
3.1.1. Objectifs pour le projet en cours .....	18
3.1.2 Objectifs pour l'ONG .....	18
3.2. Objet de l'évaluation.....	19
3.2.1 Postulats dont les évaluateurs apprécieront la pertinence.....	19
3.2.2 Question à traiter par les évaluateurs .....	19
3.3 Méthodologie .....	21
Pour la mission d'évaluation.....	21
Pour la restitution.....	21
3.4 Moyens.....	22
Moyens humains : .....	22
3.5 Calendrier de l'évaluation .....	22

## 1 - CONTEXTE DU PROJET A EVALUER

### 1.1. LE CONTEXTE MALAWITE

Le Malawi est un pays enclavé d'Afrique australe de 94 276 km<sup>2</sup>, bordant le lac du même nom et comptant environ 11 millions d'habitants (116 h/km<sup>2</sup>). Il s'agit de l'un des pays les plus pauvres du monde : l'espérance de vie à la naissance est désormais en dessous de 40 ans, l'Indice de Développement Humain, comme la plupart des indicateurs sociaux, est dans les dix derniers de la planète à 0,4 (163<sup>ème</sup> rang sur 173 pays, rapport PNDU 2000).

Le fardeau des pathologies comme le paludisme, la tuberculose, le SIDA, les maladies diarrhéiques pèsent lourdement sur le pays. Le Sida affecte particulièrement la catégorie active incluant les personnels de santé, les enseignants et les cadres du gouvernement. Le choléra frappe régulièrement le pays. Suivant les données de l'OMS, la dernière épidémie (au début de l'année 2002) a été l'une des plus importantes que le pays ait vécues, avec 33 510 cas de choléra dont près de 981 mortels. Les décès liés au choléra ont été particulièrement élevés car l'épidémie a coïncidé avec la période de soudure (pénurie alimentaire), qui dure chaque année d'octobre à avril.

Le système de santé est financé à un niveau tout à fait honorable pour la région, mais tous les besoins sont loin d'être couverts. Les ménages financent 23 % de la dépense totale de santé du pays (OMS, 2000). Le gouvernement a mis en place un plan de réduction de la pauvreté, dont la pierre angulaire dans le secteur de la santé est constituée par « le paquet minimum de soins » (« essential health package ») qui vise à offrir à chaque malawite les soins de base essentiels à proximité.

Le dynamisme communautaire et la participation de chaque famille à la vie du village caractérisent traditionnellement la société malawite. Mais la fin des trois décennies de dictature, en 1994, a laissé paraître une société civile faible, peu apte à répondre aux exigences de développement socio-économique, avec un individualisme croissant et un esprit peu tourné vers l'initiative et la prise de risque. Deux facteurs principaux ont affecté le fonctionnement communautaire : les réalités économiques et aussi parfois certains acteurs de développement favorisent l'individualisme ; et la vulnérabilité alimentaire, liée à la monoculture du maïs et amplifiée par la récession économique, conduit à la marginalisation de certaines familles, quand elles n'ont plus matériellement de quoi contribuer à la vie sociale et aux événements traditionnels.

Dans le domaine de l'approvisionnement en eau, l'hygiène et l'assainissement ciblé par le Projet, les besoins de base sont loin d'être satisfaits : 43 % de la population totale du pays n'a pas accès à l'eau potable (année 2000, Unicef) et la prévalence des diarrhées est de 17,6 %.

### 1.2. LE CONTEXTE LOCAL

La population malawite est bantoue et suit un système de filiation matrilineaire: la femme a donc une importance prépondérante pour la stabilité de l'action dans les villages. La taille moyenne des familles se situe entre 4 et 5 personnes. L'organisation sociale s'inscrit autour des autorités traditionnelles (Mfumu et Nyakwawa). A l'échelle d'une TA<sup>1</sup> (représentant en moyenne 75.000 personnes et 600 km<sup>2</sup>), les chefs de village choisissent un représentant, entériné par le préfet. L'assemblée traditionnelle qui est associée à chaque TA possède des pouvoirs importants dans la résolution sociale des conflits, en particulier les conflits fonciers qui s'accroissent avec la pression démographique. Les autorités traditionnelles sont puissantes, respectées et demeurent des partenaires incontournables.

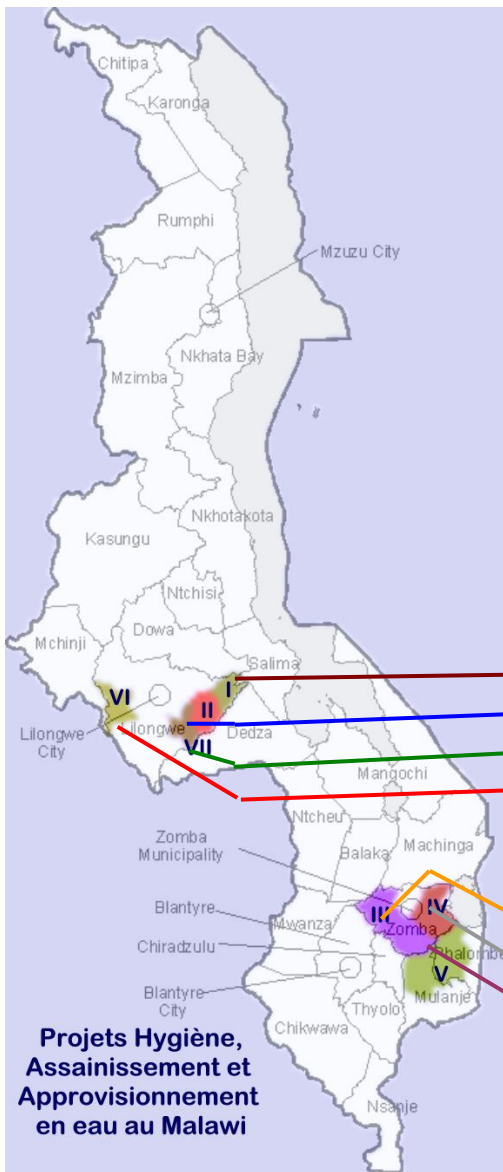
*Dans la région Centre*, l'ethnie Chewa est majoritaire. Les zones d'interventions ont des densités supérieures à la moyenne du district (au-delà de 180 h/km<sup>2</sup>). La culture du maïs représente l'activité principale des familles. Plus d'un cinquième des familles sont dirigées par une femme. Dans la partie Est du district, plus de la moitié d'entre elles ont moins de 0.5 ha de terres cultivables (85 % ont moins d'un ha). Avec un rendement de 800 kg/ha en maïs local, et une consommation mensuelle de 70 kg par famille, la moitié des foyers est en déficit alimentaire 6 mois par an. Cette situation rend parfois difficile la participation des populations aux réalisations.

---

<sup>1</sup> TA (Traditional Authority) : unité géographique au Malawi, à la fois administrative et traditionnelle

## 2. DESCRIPTIF DU PROJET

### 2.1 HISTORIQUE DE L'INTERVENTION



Bénéficiant de l'expérience acquise dans d'autres pays, Inter Aide s'est implantée au Malawi en 1991 en région Centre.

Le projet d'accès à l'eau potable a démarré en 1992 dans la zone de Chitekwele (zone 1). Des projets se sont déployés sur de nouvelles zones en fonction des besoins identifiés à travers l'analyse des données des statistiques gouvernementales. Des enquêtes sur le terrain ont permis de corroborer ces données.

A la phase de réalisations directes d'ouvrages a succédé la mise en place d'une structure, agissant à différents niveaux, dont la vocation est de développer les services permettant d'assurer la pérennité des ouvrages réalisés. Sur les projets plus récents, notamment Chadza et Kalolo, le développement d'une telle structure est fait en parallèle aux réalisations.

Centre	TA	Réalizations		Maintenance system
		Début	Fin	
Zone 1	Chitekwele	1992	2000	2001
Zone 2	Mazengera	1993	2002	2001
Zone 7	Chadza	2000		2001
Zone 6	Kalolo	2001		2002

Sud	TA	Réalizations		Maintenance system
		Début	Fin	
Zone 3	Zomba	1994		2004
Zone 4	Mwambo	1999		2004
Zone 5	Mulanje	2000		2003

Au niveau stratégique, les premiers projets ouverts (Chitekwele, Mazengera) avaient pour « objectif d'améliorer les conditions d'eau de consommation des communautés locales par la remise en état des structures existantes (puits, forages) et la construction de nouveaux ouvrages (puits, captages de source et citernes) » avec « une condition importante du programme : la participation communautaire lors des travaux » (extrait du rapport d'exécution 1993 Mazengera). Le projet intervient alors comme réalisateur d'ouvrages et on n'aborde encore peu la problématique de l'hygiène.

A partir de 1997, les objectifs initiaux sont augmentés par une sensibilisation des villageois aux notions élémentaires d'hygiène afin de diminuer les transmissions des maladies en particulier celles liées à l'eau. Des formations sont organisées pour répondre à cet objectif. Les premières réflexions concernant la maintenance des systèmes ont lieu et aboutissent par la mise en place de comités agissant sur une zone géographique couvrant plusieurs villages.

En 2000, Inter-Aide redéfinit clairement son action non plus en tant qu'aménageur mais en tant que promoteur de santé. L'objectif des projets devient un objectif de santé : améliorer durablement l'état de santé des populations en améliorant l'hygiène et l'assainissement dont l'une des composantes demeure la facilitation de l'accès à l'eau potable. L'implication des communautés bénéficiaires devient la voûte de notre action avec la mise en œuvre de la démarche PHAST<sup>2</sup>.

A partir de 2001, un système de maintenance est développé pour répondre au problème de la pérennisation des ouvrages réalisés. Les zones de Chitekwele, Chadza et Mazengera sont servies dès 2001 par le premier système régional de maintenance. La zone de Kalolo développe son propre système en 2002.

**L'évaluation est prévue uniquement en région centre pour les raisons suivantes :**

- Les projets de Chitekwele et Mazengera sont les plus anciens et la phase réalisation est terminée.
- La méthode Phast a été initiée et développée sur les projets du Centre
- Les systèmes de maintenance couvrent l'ensemble des projets de la zone Centre. C'est un projet pilote (soutenu comme tel par l'UNICEF).

Les expériences menées sur ces projets servent de référence aux projets du Sud au sein desquels la mise en place de la méthodologie Phast est effective alors que les réflexions sur la pérennité des ouvrages ne sont pas encore abouties.

Au total dans la région Centre concernée, 639 points d'eau ont été réalisés depuis 1992 dans 536 villages (certains gros villages ont aménagé plusieurs points d'eau) au bénéfice de près de 140 000<sup>3</sup> villageois et de 6200 élèves. Les formations hygiène et assainissement ont touché au total 148 000 villageois.

---

<sup>2</sup> La méthode PHAST est une méthode d'approche participative basée sur la définition avec les populations locales des problématiques liées à l'Hygiène et l'assainissement.

Elle a été conçue à l'origine par le PNUD et l'OMS en 92 (à partir des méthodes d'animation "sarar" et "prowess") puis testée et améliorée sur le terrain au Zimbabwe, Botswana, Ouganda et Kenya, en coordination avec les gouvernements nationaux, des ONG, l'UNICEF et des bailleurs de fonds bilatéraux.

Le processus se base sur les compétences et les facultés de la population locale et s'appuie sur deux techniques fondamentales liées à PHAST : d'une part le comportement affiné des animateurs qui tout en étant présent, place la communauté au centre de l'action et des discussions (l'animateur doit être un facilitateur « éclairé »). D'autre part, l'élaboration de kits d'outils tenant compte des caractéristiques culturelles des communautés est mis à jour et rendu vivant par les animateurs

<sup>3</sup> De plus, en zone SUD, de 1994 à 2002, 318 ouvrages ont été réalisés pour 83 000 bénéficiaires directs

## 2.2 OBJECTIFS DU PROJET

### *Objectif global<sup>4</sup>*

L'objectif global est l'amélioration durable de l'état de santé des populations. Un indicateur représentatif de la situation sanitaire est la **prévalence des diarrhées chez les enfants de moins de cinq ans**. Pour le mesurer, des enquêtes sont effectuées au niveau familial sur un échantillon représentatif de la population ciblée, et le taux d'enfants ayant eu une diarrhée dans les 15 jours précédents est calculé. Cet indicateur peut être complété par des données sur d'autres maladies liées à l'eau, comme le choléra. Ces données sont mises en parallèles avec les données d'enquêtes nationales.

### *Objectif spécifique*

L'objectif spécifique du Projet est l'amélioration durable de l'hygiène, de l'assainissement et de l'accès à l'eau potable.

Pour mesurer l'impact du Projet par rapport à cet objectif, plusieurs indicateurs sont prévus.

- **la prévalence des diarrhées chez les enfants de moins de cinq ans.**
- **l'indice sanitaire** qui associe plusieurs facteurs pondérés (voir en 2.6.3).
- **le taux de couverture en points d'eau protégée** de la zone d'intervention.

## 2.3 COUT TOTAL ET FINANCEMENT

DEPENSES DU PROGRAMME D'ACCES A L'EAU ET HYGIENE AU MALAWI			
Zone	Période	nb mois	Dépenses totales Euros
Région Centre	01/12/91 - 31/12/92	13	<b>94 587</b>
Région Centre	01/01/93 - 31/12/93	12	<b>199 954</b>
Région Centre	01/01/94 - 31/10/94	10	<b>226 341</b>
Région Centre	01/11/94 - 31/10/95	12	<b>342 349</b>
Région Centre + 1 zone en Région Sud	01/11/95 - 31/12/96	14	<b>385 328</b>
Région Centre + 1 zone en Région Sud	01/01/97 - 31/12/97	12	<b>374 380</b>
Région Centre + 1 zone en Région Sud	01/01/98 - 31/12/98	12	<b>401 372</b>
Région Centre + 2 zones en Région Sud	01/01/99 - 31/01/00	13	<b>512 894</b>
Région Centre	01/08/00 - 31/12/01	17	<b>337 674</b>
Région Centre	01/01/02 - 31/12/02	12	<b>338 174</b>

Le coût annuel du projet en région centre est de **338 174 EUR** financé comme suit :

- Union Européenne : 195 803 EUR (cofinancement ligne B7-6000 prévu jusqu'à fin 2004)
- Ministère des Affaires Étrangères : 45 734 EUR (cofinancement en 2002 seulement)
- ONG : 46 745 EUR
- UNICEF : 49 892 EUR

## 2.4 ORGANIGRAMME INSTITUTIONNEL INTERNE

### *L'organisation générale de l'ONG*

Inter Aide (créée en 1980) est une organisation humanitaire spécialisée dans la réalisation d'actions concrètes de développement, avec pour objectif d'aider les familles les plus démunies des pays en voie de développement en leur communiquant le désir et la capacité de répondre à leurs besoins vitaux. Inter Aide

<sup>4</sup> Voir cadre logique en annexe 2

mène à ce jour 54 programmes répartis sur 7 pays (Malawi, Ethiopie, Madagascar, Haïti, République Dominicaine, Inde, Philippines).

Les 54 programmes sont autonomes. Chacun est entièrement dirigé par un responsable de programme, expatrié ou local. Huit chefs de secteur déterminent les objectifs avec les responsables de programme, suivent et évaluent les activités. Une plate-forme de 12 personnes au siège fournit un appui technique et administratif.

**Inter Aide n'agit jamais seule** : chaque programme est réalisé avec les communautés bénéficiaires, avec des partenaires locaux que nous avons formés ou simplement soutenus, et en coordination avec les pouvoirs publics locaux. La création et le soutien de structures locales sont la base de l'accès au développement. Notre ambition est d'aider ces partenaires locaux à se professionnaliser dans leur domaine de compétence et de les soutenir dans la recherche de moyens financiers pour initier eux-mêmes des projets similaires. Aujourd'hui, **nos programmes s'appuient sur plus d'une trentaine de partenaires**, dont certains se sont constitués à l'occasion du lancement des actions.

Pour accompagner ces partenaires, Inter Aide assure un **suivi rapproché** des activités, soit par l'envoi de responsables expatriés permanents, soit par le recrutement de responsables autochtones qui bénéficient de l'appui de chefs de secteur lors de fréquentes missions courtes. Cela permet d'apporter un soutien technique et organisationnel dont les partenaires sont souvent demandeurs.

### *L'organisation d'Inter Aide au Malawi*

Inter Aide opère au Malawi dans le cadre d'un agrément avec le gouvernement, renouvelé tous les trois ans, et en coordination technique avec les Ministères de la Santé, de l'Eau et de l'Agriculture. Treize programmes sont actuellement opérationnels, dans les domaines de la santé (6 programmes), l'eau, hygiène et assainissement (5) et l'agriculture (2). Chacun est autonome mais l'ensemble forme un réseau de collaboration, et les synergies sont exploitées quand plusieurs programmes interviennent sur la même zone dans des domaines différents.

Un relais logistique, situé à Lilongwe, appuie les 13 projets. Les deux chefs de secteur supervisant les programmes sont basés au siège : Dr Thierry Vincent et Lionel Combey. Benoît Michaux, ancien chef de secteur, basé en Belgique, continue à contribuer au développement des activités en tant que conseiller technique.

Trois partenaires locaux mènent actuellement des actions de développement en collaboration avec Inter Aide : LEEZA en agriculture (depuis 1999) Work for Rural Health en santé (depuis 2000) et Mjigo Usafe en eau et hygiène (depuis 2000).

### *L'organisation des projets à évaluer*

Chaque projet Inter-Aide est dirigé par un responsable de programme expatrié ou local. Le responsable de programme a l'entière responsabilité de la mise en œuvre des actions pour atteindre les objectifs énoncés. Il est également responsable de la gestion financière de son projet dans le cadre des budgets définis. Les responsables de programmes sont avant tout des personnes de terrain et non pas des administratifs.

- **Zone Chadza** : le responsable du projet est un expatrié, Olivier Chanoine.
- **Zone kalolo** : le responsable du projet est un expatrié, Emmanuel Chaponnière.

L'organisation des équipes est sensiblement la même sur les zones de Chadza et Kalolo :

- Des « field coordinators » qui organisent les différentes actions dans les villages, au niveau formations et réalisations. Ils sont présents à chacune des étapes du processus engagé avec les communautés et sont le lien entre le terrain et le responsable de programme. Ils sont également engagés dans des actions directes auprès des communautés, notamment pour les recueils de données et en partenariat avec les formateurs pour les actions de formation.
- Les « trainers » sont chargés de la mise en œuvre de la démarche Phast.
- Les techniciens et maçons sont responsables des réalisations techniques des ouvrages (protection de points d'eau, latrines), la main d'œuvre est assurée par les villageois.

- Les équipes sont complétées par un logisticien, un chauffeur, des gardiens et éventuellement une secrétaire

Tous les membres de l'équipe sont intégrés à la réflexion sur le projet, aussi bien en ce qui concerne l'élaboration des guides de formations que pour les décisions techniques.

**La structure de maintenance Mjigo Usafe**, intervenant sur les zones de Chitekwele, Mazengera et Chadza est dirigé par un malawite, Shadrek Mango, ancien assistant du projet sur la zone de Chitekwele – Mazengera. Il est autonome au niveau de la gestion de son équipe mais Olivier Chanoine reste son élément de référence en tant que financeur privilégié (la structure est également soutenue par l'Unicef). Les orientations sont discutées entre Olivier Chanoine et Shadrek Mango. Mjigo Usafe a sa propre comptabilité. L'équipe de Mjigo Usafe, sous la supervision directe de Mango Shadrek, regroupe un coordinateur, un logisticien, un technicien, une secrétaire et plusieurs gardiens.

**La structure de maintenance Madzi Ndi Moyo** qui intervient sur le TA kalolo dépend pour le moment du responsable de programme Emmanuel Chaponnière. Une comptabilité séparée est en train d'être mise en place.

## 2.5 ACTEURS IMPLIQUÉS

### *Les partenaires*

- **Les communautés** : les hommes, femmes et enfants des zones sur lesquelles sont déployés les projets sont nos partenaires privilégiés car ils sont d'une part la cible de notre objectif global (voir §2.2) et les acteurs principaux des changements attendus pour réaliser cet objectif.
- **Les comités villageois « eau & hygiène »** sont constitués dans chacun des villages où le projet engage une action. Ces comités sont composés d'hommes et de femmes du village, élus par les autres membres du village. Les membres, en général une douzaine de personnes, sont tous volontaires et choisis du fait de leur investissement dans le village ou de leur notoriété. Ils sont les représentants de l'ensemble du village. Les membres de comités sont les animateurs privilégiés des améliorations engagées.
- **Les comités inter-villages** regroupent certains membres de plusieurs comités villageois venant de villages proches géographiquement. Ces rencontres permettent des échanges sur les problèmes et solutions de chacun. Ils ont également un rôle de conseil auprès d'autres villages souhaitant améliorer leur approvisionnement en eau potable.
- **Les autorités locales traditionnelles**, chefs de village (village headman), chefs de TA (appelé TA) représentent l'Etat au niveau villageois. Ce sont des personnages incontournables pour réaliser des actions sur leur zone d'influence.
- **Les agents du Ministère de l'eau**, les « Water monitoring assistants » (WMA) et du **Ministère de la Santé**, les « Health surveillant assistants » (HSA) interviennent sur le terrain pour réaliser des actions concrètes (vaccination, planning familial, maintenance de points d'eau, promotion santé...). Les HSA et WMA sont rémunérés par leur ministère de tutelle. Ils sont responsables d'une zone géographique mais disposent de faibles moyens d'intervention.
- **Les systèmes de maintenance**
  - **Les structures de maintenance** : (cf organisation des projets ci avant)
    - Mjigo Usafe est dirigé par un ancien assistant responsable de programme. Son équipe est composée d'anciens collaborateurs du projet et de personnes engagées directement par Mjigo Usafe



- Madzi Ndi Moyo : les membres de cette structure dépendent directement du responsable de programme de Kalolo
  - **Les artisans locaux** sont des personnes indépendantes du projet et de la structure de maintenance. Ils proposent leurs services payants aux villageois qui souhaitent faire réparer ou entretenir la pompe manuelle montée sur leur point d'eau protégée. Ces artisans ont été formés par le projet ou par les structures de maintenance. Ils sont autonomes dans leurs actions dans le cadre d'accord passé avec la structure de maintenance.
  - **Les vendeurs de pièces détachées** sont des commerçants installés. Les structures de maintenance leur proposent d'assurer la vente de pièces détachées et de produits d'hygiène à un prix fixé par avance. Ces commerçants sont formés à la gestion du stock de pièces et aidés pour la promotion de ces produits.
- **Les équipes Inter-Aide** : (cf organisation des projets ci avant)

Le rôle de chacun des acteurs dans les différentes phases des programmes est précisé dans l'**annexe 3**.

### *Les bénéficiaires*

Nous considérons dans le tableaux ci-dessous comme bénéficiaires de l'action, les personnes ayant accès à un point d'eau protégée construit dans le cadre du projet. Ne sont pas pris en compte le décompte des personnes ayant suivi des formations (qui ne font pas nécessairement partie des bénéficiaires d'un point d'eau protégée dans le cas où la population n'a pu mener son projet à terme), ni celles ayant entrepris des actions sanitaires autre que l'aménagement d'un point d'eau (latrines...)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Chitekwere	2 851	5 211	3 808	7 850	12 815	6 773	6 167	7 331	7 164	1 314	1 255	62 539
Mazengera	-	1 126	5 840	11 124	7 947	7 932	8 130	8 028	4 049	-	-	54 176
Chadza	-	-	-	-	-	-	-	-	1 442	5 412	10 213	17 067
Kalolo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	441	2 700	3 141
<b>Total</b>	<b>2 851</b>	<b>6 337</b>	<b>9 648</b>	<b>18 974</b>	<b>20 762</b>	<b>14 705</b>	<b>14 297</b>	<b>15 359</b>	<b>12 655</b>	<b>7 167</b>	<b>14 168</b>	<b>136 923</b>

Sur les zones de Chitekwele et Mazengera, des actions de formation spécifiques ont été réalisées dans certaines écoles. Ces formations visaient à sensibiliser les élèves à l'hygiène et à l'assainissement. Le tableau ci-dessous comptabilise le nombre d'élèves ayant suivi ces formations.

Elèves	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Chitekwere	-	-	-	1 289				2 000		464	-	3 753
Mazengera	-	-	-			2 500						2 500
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1 289</b>		<b>2 500</b>		<b>2 000</b>		<b>464</b>	<b>-</b>	<b>6 253</b>

## 2.6 ACTIVITES ET PRINCIPAUX RESULTATS

### 2.6.1 METHODOLOGIE

#### *Critères de sélection des bénéficiaires.*

La sélection des zones d'intervention se fait à partir des données extraites des données nationales (recensements de population faits par le Malawi et à partir de 1999) et des enquêtes menées par Inter Aide au niveau des familles et des villages sur le terrain.

Dans la zone d'intervention, les agents de terrain des ministères facilitent les premiers contacts avec les villages et informent les équipes sur leur situation sanitaire.

Le Projet cible les communautés qui n'ont pas de point d'eau protégée ni les installations sanitaires de base. Parmi celles-ci, le choix se fait en fonction de leur réelle motivation, car le Projet ne peut exister que

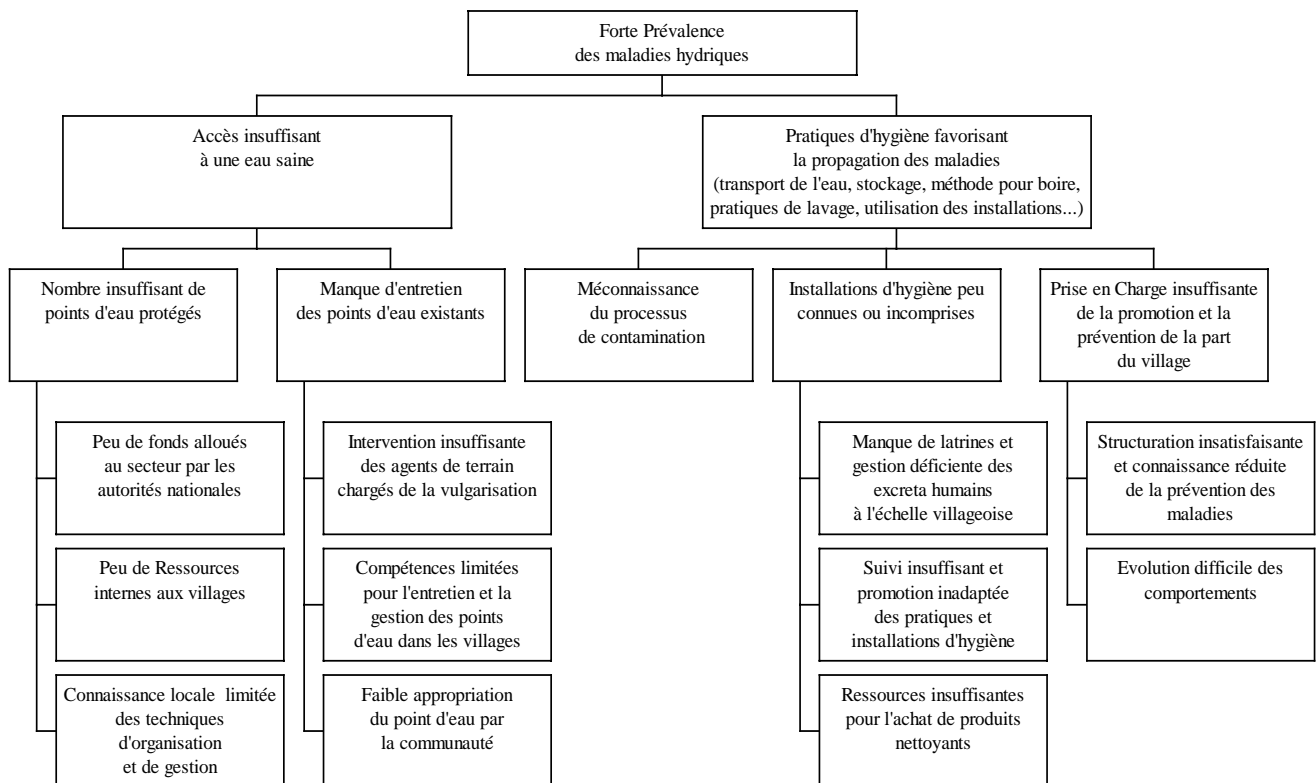
s'il est aussi celui de la communauté. Dans les zones frappées par le choléra, une action spécifique cible les communautés les plus touchées.

Les animateurs de terrain font des visites préalables dans les villages pour faire connaître et expliquer l'action proposée. Mais l'intervention technique commence uniquement quand la collaboration est explicitement demandée, c'est-à-dire quand la communauté a intégré le projet comme sien et se donne les moyens de le réaliser : organisation et comité villageois effectifs, accord sur les apports locaux à fournir. Alors, après une première phase d'information et de sensibilisation à l'hygiène, à l'assainissement et à la notion de projet, la responsabilité du Projet dans le village est donnée au comité villageois, qui doit organiser la communauté et gérer les relations avec les acteurs extérieurs.

## Stratégie

Les communautés ciblées vivent en milieu rural, comme plus de 85% de la population du Malawi. De nombreux ateliers et réunions dans les villages ont permis aux membres des équipes de définir avec les bénéficiaires et les autres acteurs de développement les différents problèmes liés à l'approvisionnement en eau, l'hygiène et l'assainissement. De nombreux liens existent entre eux.

**Diagramme des problèmes**



Pour répondre à ces besoins, les projets ont été développés autour des deux axes :

➤ **La méthodologie participative** a été mise en place pour que toutes les actions du Projet soient des appuis aux initiatives des participants locaux et soient réalisées avec eux. Cette approche permet à chaque niveau (familles, communautés, comités, structures régionales) de :

- susciter la motivation des participants locaux,
- les inciter à se structurer, renforcer la cohésion et l'intégration de chacun dans le groupe,
- Responsabiliser et confier les décisions aux acteurs locaux,
- Cerner les problèmes spécifiques à chaque village,

- Donner aux participants les moyens et la motivation pour viabiliser les actions, que ce soit les infrastructures ou les comportements améliorant l'hygiène et l'assainissement.

**L'approche participative est la stratégie maîtresse qui sous-tend toutes les activités** : les bénéficiaires sont les acteurs principaux de leur propre développement. La stratégie consiste à leur confier la décision et la responsabilité du développement sanitaire du village, avec des techniques éprouvées d'animation et de formation, notamment la méthode PHAST, qui a été développée depuis 2000 dans toutes les zones.

**La méthode PHAST<sup>5</sup>** (Participatory Hygiene and Sanitation Transformation) est une méthode d'approche participative basée sur la définition avec les populations locales des problématiques liées à l'hygiène et l'assainissement. Conçue par le PNUD et l'OMS en 1992 (à partir des méthodes d'animation "sarar" et "prowwess"), elle a depuis été testée et améliorée sur le terrain au Zimbabwe, Botswana, Ouganda et Kenya, par plusieurs acteurs, en coordination avec les gouvernements nationaux.

Le processus se base sur les compétences et les facultés de la population locale et s'appuie sur deux techniques fondamentales : d'une part le comportement affiné des animateurs qui, tout en étant présents, placent la communauté au centre de l'action et des discussions (l'animateur doit être un facilitateur « éclairé ») ; d'autre part des kits d'outils, élaborés en tenant compte des caractéristiques culturelles des communautés, puis mis à jour et rendus vivants par les animateurs.

Lorsque la communauté a pris conscience des problèmes gravitant autour des notions d'Hygiène et d'Assainissement, elle peut décider des actions de développement à mener dans le village. Appuyée par les équipes de terrain du projet, la communauté peut les mettre en œuvre. Le processus normal PHAST intègre plusieurs jours de travail avec la communauté, étalés sur environ un an (variable selon les communautés et les projets menés).

Des techniques d'animation de groupes, des dessins à associer et d'autres outils pédagogiques adaptés permettent de réfléchir sur les chaînes de contamination et les pratiques quotidiennes efficaces d'hygiène et de prévention.

Pour faciliter l'échange des idées et les discussions entre villageois, des petits groupes de personnes séparant femmes et hommes sont constitués, qui rassemblent ensuite leur travail en grand groupe. Les enfants reçoivent une formation spécifique, pour susciter des bons réflexes d'hygiène dès le plus jeune âge. Ils bénéficient de jeux sur l'hygiène et la prévention des maladies liées à l'eau, sous forme de jeu de l'oie, jeux de cartes...

## ➤ **La création et le renforcement des systèmes régionaux pour la pérennisation**

La stratégie participative PHAST mise en œuvre ambitionne de rendre les bénéficiaires totalement conscients de l'importance du projet entrepris. Dans le cas de l'aménagement d'un point d'eau protégée, ils vont donc tout faire pour en assurer la maintenance car ils ont conscience de l'impact de cet aménagement sur leur santé. La communauté, via le comité, a acquis une réelle compétence à gérer et entretenir l'ouvrage par les différentes formations reçues, mais :

- Ces compétences sont volatiles avec le départ du village de certaines personnes formées et s'érodent naturellement avec le temps.
- La réparation des pompes manuelles nécessite l'achat de pièces mécaniques d'usure, il faut donc que la disponibilité des pièces soit assurée.
- Certaines pannes complexes dépassent les compétences des villageois et ne sont donc pas réparables par la communauté.

D'où la pertinence **d'un système de maintenance au niveau régional** capable d'assurer les divers services essentiels de pérennisation :

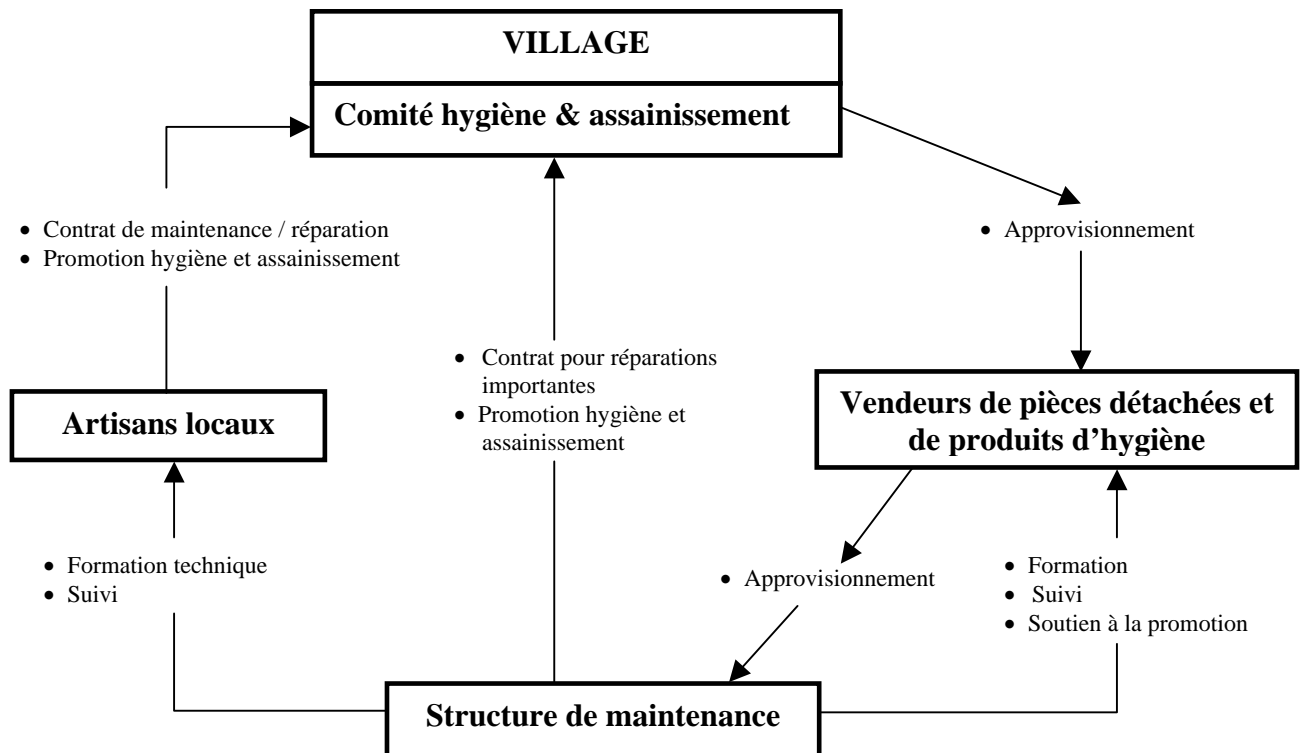
- **Des vendeurs de pièces détachées** (et autres produits liés à l'eau, l'hygiène et l'assainissement).

---

<sup>5</sup> Un exemple de démarche PHAST dans un village est disponible

- **Des artisans locaux** formés à la maintenance des pompes Afridev et à la promotion de l'hygiène et de l'assainissement
- **Une structure régionale** intervenant pour des opérations techniques lourdes, l'encadrement et le soutien des autres services, la promotion de l'hygiène et de l'assainissement.

Les différents rôles et les relations entre chaque niveau de service sont succinctement repris dans le schéma suivant :



## 2.6.2 Description des activités

Pour être efficaces et pérennes, les actions sont menées conjointement à quatre niveaux : les familles, les villages, les comités « eau et santé » et la région.

### A- ACTIVITÉS AU NIVEAU DES FAMILLES : AMÉLIORER LES PRATIQUES, COMPORTEMENTS ET NOTIONS D'HYGIÈNE

Le processus de formation vise la promotion et la sensibilisation de l'hygiène, de l'assainissement, de la maintenance et le renforcement des capacités des communautés. L'ensemble du processus de formation des villageois peut être scindé en trois types d'activités :

**A.1. Sensibiliser les villageois à l'hygiène et l'assainissement, les former à la lutte contre la contamination et transmission des maladies liées à l'eau.**

**A.2. Former les villageois aux pratiques d'utilisation de l'eau et des installations hygiéniques.**

**A.3. Suivre et évaluer les pratiques d'hygiène dans les familles**

Le Projet recueille des données sur la situation sanitaire des villages à la fois dans les centres de santé, en collaboration avec les agents de terrain des Ministères et par des enquêtes spécifiques aux points d'eau. Une évaluation finale sera réalisée dans chaque zone. Les procédures de suivi adéquates seront transmises aux comités villageois, pour qu'ils prennent à terme cette responsabilité dans leur village.

## **B- ACTIVITÉS AU NIVEAU DES VILLAGES : POINTS D'EAU PROTÉGÉE ET LATRINES**

### **B.1. Former les villageois à la construction d'ouvrages hydrauliques et sanitaires :**

Le projet organise des formations techniques des villageois pour qu'ils participent à la construction des ouvrages. Lors des premières visites du Projet dans le village, un système de cartographie est utilisé pour déterminer l'emplacement du point d'eau avec la communauté, afin de prendre en compte les critères techniques et les décisions de la communauté.

### **B.2. Construire ou réhabiliter des points d'eau protégée, munis des pompes manuelles :**

**Les points d'eau** sont en priorité des puits creusés à la main, à cuvelage plein et protégé. Quand le terrain ne s'y prête pas, d'autres types de points d'eau sont construits : forages manuels de faible profondeur au "Vonder Rig", captages de sources, forages. Lorsqu'un point d'eau détérioré existe, il est réhabilité.

Tous les puits ou forages sont équipés d'une **pompe à main** de type Afridev standard, recommandée par le gouvernement du Malawi, et largement diffusée depuis 1990 (plus de 6000 installées dans le pays). C'est une pompe à refoulement qui peut être montée sur des puits ou forages allant jusqu'à 45 mètres de profondeur. Elle est de type VLOM (village level operation maintenance), c'est-à-dire que son entretien est accessible aux villageois. Une clé suffit pour le démontage et l'entretien complet. Le débit efficace est supérieur à 0.25l/s ce qui est suffisant pour une communauté de 300 personnes.

**Les finitions** sont essentielles, pour bien protéger et assainir le point d'eau, mais également pour donner à la population l'occasion de s'investir et de s'approprier définitivement l'ouvrage hydraulique. Pour tous les types d'ouvrages, le projet veille donc à ce que les villageois prennent en main la réalisation de l'aménagement de surface. C'est d'autant plus décisif dans le cas des forages profonds ou des réhabilitations, pour lesquels les travaux nécessitent peu de participation communautaire.

L'aménagement de surface comprend une dalle de couverture avec trappe de visite, un sol en béton armé, une enceinte fermée, une grille d'entrée et un drain d'une douzaine de mètres conduisant à une évacuation naturelle ou un drainage cohérent. Une table de lavage interne ou externe est élaborée sur demande de la communauté. La clôture est réalisée en briques, faites par la communauté.

### **B.3. Equiper les familles en dalles de latrines**

L'un des facteurs essentiels de l'environnement sanitaire est l'utilisation de latrines par l'ensemble des villageois. L'action porte sur la diffusion du système de dalles (ou « sanplats » : *sanitation platform*), qui constitue une base stable pour le sol des latrines. La responsabilité du creusement et de la construction d'abri est confiée à la population. Des recommandations techniques sont expliquées lors des formations.

### **B.4 Suivre et évaluer le fonctionnement des ouvrages villageois**

Les équipes suivent le fonctionnement des ouvrages réalisés. L'ensemble des informations recueillies lors de ce suivi est compilé dans une base de données réalisées par l'Ong WaterAid permettant d'évaluer la couverture en points d'eau protégée mais aussi le taux de fonctionnement des pompes sur une zone définie.

## **C- ACTIVITÉS AU NIVEAU DES COMITÉS VILLAGEOIS : DONNER AUX COMITÉS LES CAPACITÉS DE DÉVELOPPER LA SITUATION SANITAIRE DU VILLAGE ET DE PÉRENNISER LES INSTALLATIONS**

Pour faire passer les communautés d'un rôle de partenaire du projet à un rôle de moteur et de générateur de projets d'hygiène, assainissement et pérennisation des ouvrages hydrauliques, il est indispensable de susciter une transformation des comportements, une prise de responsabilité et un renforcement des capacités et connaissances des comités. Cela s'effectue progressivement, tout au long du processus de mise en place du projet et ne se limite pas dans le temps.

### **C.1. Former les villageois à la composition, à la gestion et aux rôles des comités.**

**C.2. Initier les comités à la dynamique de projet, les former aux techniques sanitaires, renforcer l'initiative villageoise.**

**C.3. Former les comités sur l'entretien et la réparation des ouvrages.**

### **C.4. Suivre et organiser des ateliers d'évaluation participative entre les communautés**

Impliquer les comités dans le suivi et l'évaluation renforce la capacité de mobilisation. Un comité est sélectionné parmi un groupe de 5 ou 6, et il invite les autres pour une journée de réunion-formation reprenant

des éléments de l'évaluation. Ceci permet aux comités de concevoir des solutions multiples aux difficultés qu'ils rencontrent dans leur organisation et leurs activités, et suscite des collaborations locales.

**D- ACTIVITÉS AU NIVEAU RÉGIONAL : METTRE EN PLACE DES STRUCTURES OPÉRATIONNELLES DE MAINTENANCE ET UN APPROVISIONNEMENT EN PIÈCES DÉTACHÉES EFFICACES.**

**D.1. Appuyer la mise en place de structures de maintenance régionales autonomes**

L'efficacité du Projet passe également par une organisation au niveau régional, pour assurer la maintenance spécialisée qui dépasse les compétences des comités (changement de la pompe ou très grosses et coûteuses opérations), appuyer les comités dans la promotion et les actions sanitaires et veiller à l'approvisionnement en pièces détachées sur la zone.

Ces structures auront donc une capacité opérationnelle destinée à appuyer les comités villageois dans leurs projets hydrauliques et sanitaires, le suivi de la situation des villages, et qui pourront également être actifs dans l'approvisionnement en produits d'hygiène et en pièces détachées. Toutes ces structures régionales en place devront parvenir progressivement à un fonctionnement autonome. Le Projet assurera les formations des membres pour renforcer leurs capacités d'intervention technique, de promotion sanitaire, de gestion et d'administration. Leur équipement sera également amélioré.

Les orientations et la création de structures régionales sont faites conjointement avec les comités, les autorités traditionnelles et les divers acteurs de développement locaux. Les représentants de la société civile sont dès le début invités à être les garants de l'action. L'implication des agents de développement des Ministères de la Santé et de l'Eau doit être effective.

Ces structures sont soutenues dans un premier temps financièrement et techniquement par Inter Aide.

**D.2. Former ces structures et renforcer leurs capacités d'intervention technique, de promotion, de gestion**

Les structures régionales doivent parvenir progressivement à un fonctionnement autonome. Le projet assure les formations des membres pour renforcer leurs capacités d'intervention technique, de promotion sanitaire, de gestion et d'administration.

**D.3. Former et équiper des artisans locaux pour la maintenance et les réparations**

L'intégration d'artisans locaux dans la maintenance et la réparation des réalisations est essentielle pour l'appui des comités dans leur tâche. Le Projet assurera un soutien pour leur équipement et leurs compétences techniques. A terme, ces artisans seront économiquement et techniquement autonomes, rémunérés par les comités pour leur travail. Les formations seront réalisées par les animateurs et techniciens du projet, ainsi que par les agents de terrain du Ministère de l'Eau.

**D.4. Assurer l'approvisionnement en pièces détachées**

Le projet veille à rendre les pièces détachées disponibles sur la zone pour que les comités autonomes puissent faire les réparations en temps voulu. L'approvisionnement doit pouvoir se faire à une distance raisonnable, qui permette son efficacité.

**D.5. Suivre et évaluer les structures régionales**

L'activité de suivi et d'évaluation du système régional sera continue, pour appuyer les opérateurs (structures régionales de maintenance, comités inter-villages, artisans locaux...) dans leurs différentes tâches, orienter les formations en fonction des besoins, suivre les étapes de l'autonomisation. Des enquêtes locales nous permettront d'évaluer l'état du parc de point d'eau et la couverture des opérateurs régionaux. La disponibilité des produits d'hygiène sera également suivie. La viabilisation financière des opérateurs correspond à un indicateur prépondérant.

## 2.6.3 Principaux résultats

### A- Résultat dans les familles : connaissances, attitudes et pratiques améliorées en hygiène et utilisation de l'eau

Au total, près de 150 000 personnes ont bénéficié des formations à l'hygiène. Ce sont les pratiques usuelles, jalonnant la vie quotidienne, qui sont visées. Le résultat attendu auprès des familles est qu'elles abandonnent les pratiques favorisant la propagation des maladies liées à l'eau et à l'hygiène et qu'elles adoptent des comportements améliorés.

Touchant aux comportements, l'évaluation de ce résultat n'est pas simple : l'ensemble des comportements cibles est repris dans **l'Indice Sanitaire<sup>6</sup>** mis en place sur l'ensemble des projets. La mesure de cet indicateur est faite avant toute intervention dans le village, puis à échéances régulières après la finalisation du projet.

Avant intervention, l'indicateur sanitaire mesuré était le suivant pour les zones de Kalolo et de Chadza :

	Poids du facteur	Kalolo (2001)	Chadza (2000)
Point d'eau protégée	19%	20,60%	30,10%
Consommation d'eau pour la toilette	3%	61,72%	47,80%
Stockage eau (un pot à eau propre et couvert dans chaque foyer)	3%	10,00%	50,10%
Méthode pour boire : tasse spéciale pour puiser l'eau dans le pot à eau du foyer	5%	4,80%	20,70%
Nettoyage des mains avant repas	17%	87,60%	87,00%
Nettoyage des mains après latrines	17%	57,40%	78,20%
Latrines protégées	20%	8,49%	26,30%
Trou à ordures	4%	45,00%	46,90%
Râtelier à vaisselle	4%	11,40%	5,80%
<b>Total Indice Sanitaire (maximum = 1)</b>		<b>0,36</b>	<b>0,49</b>

Actuellement les villages avec lesquels Inter-Aide a collaboré pour accroître le niveau d'hygiène et d'assainissement possèdent des indices sanitaires supérieur à 0.62.

Concernant **la prévalence des diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans** (les deux semaines qui précèdent l'enquête), les enquêtes transversales nous donnent les résultats suivants :

Zone de Chadza	Avant intervention	Après intervention
	Janvier-mars 2000	Juillet - Septembre 2000
Prévalence des diarrhées	<b>29,85%</b>	<b>13,51%</b>

Les données proviennent d'enquêtes transversales auprès d'un millier de famille sur la zone. Ces résultats seront complétés par les enquêtes en cours. Ces données doivent être considérées avec précaution et doivent être complétées par des enquêtes se déroulant sur les mêmes périodes afin de tenir compte des phénomènes saisonniers.

### B- Résultat dans les villages : couverture accrue en infrastructures hydrauliques et sanitaires (points d'eau protégée, latrines).

L'accès à des **points d'eau protégée** constitue le résultat le plus concret et le plus facilement mesurable. Au total, 639 points d'eau ont été construits ou réhabilités, donnant aux villages bénéficiaires un nouvel accès à

<sup>6</sup> L'Indice Sanitaire est un indicateur regroupant 9 facteurs pondérés. Ces 9 facteurs sont considérés comme objectivement mesurable et représentatifs de l'impact des projets dans le domaine de l'hygiène. Voir « **Méthode de calcul de l'indice sanitaire dans les projets hygiène assainissement et approvisionnement en eau potable au Malawi** »

l'eau potable, pour 215 personnes en moyenne. Le projet propose aussi aux communautés la généralisation des **latrines** dans le village, généralement en 2<sup>ème</sup> phase.

Dans la notion de couverture nous incluons plusieurs critères :

- **qualité**<sup>7</sup> : pour l'eau, moins de 5 coliformes / 100 ml après 12 mois d'utilisation du point d'eau construit. Les latrines sont également catégorisées suivant des caractéristiques standardisées.
- **quantité** : le point d'eau doit fournir plus de 27 l par jour et par habitant (le calcul est fait sur 8 heures). Pour les latrines, une installation par foyer est nécessaire.
- **distances** : le point d'eau protégé doit être à moins de 500 m des principales habitations. Pour les latrines des critères minima et maxima sont fixés pour que les installations répondent aux exigences de proximité des habitats et de sécurité contre la contamination

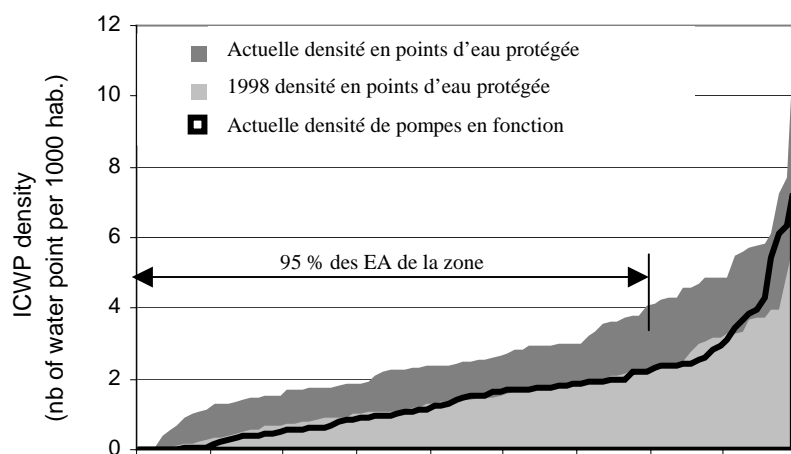
**Tableau des résultats en région Centre**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total
<b>POINTS D'EAU</b>												
Réhabilitations	0	2	13	36	51	42	39	55	16	18	14	<b>286</b>
Puits	15	21	34	46	47	28	14	6	10	11	31	<b>263</b>
Captages de source	1	3	5	3	0	1	0	4	1	1	1	<b>20</b>
Forages	0	0	0	3	0	4	10	4	31	0	0	<b>52</b>
Autres	0	8	1	3	1	2	1	2	0	0	0	<b>18</b>
<b>Total points d'eau</b>	<b>16</b>	<b>34</b>	<b>53</b>	<b>91</b>	<b>99</b>	<b>77</b>	<b>64</b>	<b>71</b>	<b>58</b>	<b>30</b>	<b>46</b>	<b>639</b>
<b>BENEFICIAIRES</b>												
Dans les villages	2851	6337	9648	18974	20762	14705	14297	15359	12655	7167	14168	<b>136 923</b>
Élèves dans les écoles				1289		2500		2000		464		<b>6 253</b>

Étant donné la méthodologie participative choisie par le projet, les résultats sont atteints à tous les niveaux avec la pleine participation des groupes cibles et des partenaires locaux (familles, communautés, comités, structures régionales). Ils prennent la responsabilité de leur développement sanitaire et le projet leur apporte les moyens de l'assumer, par un appui en formation et structuration.

**L'évaluation de la couverture en point d'eau** est réalisée conjointement avec l'ONG Wateraid. Le principe<sup>8</sup> de calcul de la couverture est le suivant : le Malawi est divisé en Enumeration Area (EA). Cette division a été réalisée lors du recensement de la population fait en 1998 par le Gouvernement. Chaque EA est parfaitement délimitée et la population connue précisément. Autour de chaque point d'eau, nous considérons un rayon d'impact de 500 m (relatif à la distance de 500m maximum retenu par le gouvernement). L'analyse informatique des cartographies ainsi réalisées permet de connaître la population desservie pour chaque point d'eau protégée et par suite la répartition des EA par rapport à la densité de point d'eau protégée.

ICWP densities at Enumeration Area level  
**TA Kalolo (LILONGWE)**



- Kalolo : 95% des EA ont moins de 4 points d'eau pour 1000 habitants

Toutes les données seront disponibles au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre 2003.

·Aide  
safe water by 2015 – A malawian perspective –  
igden, WaterAid Avril 2003



**C- Résultat au niveau des comités villageois : capacités des comités de développer la situation sanitaire du village et de pérenniser les infrastructures existantes**

Les 639 comités des villages bénéficiaires sont responsables de la gestion et de l'entretien du point d'eau. Plus largement, ils ont en charge le développement sanitaire du village. Ils ont acquis les capacités d'entreprendre par eux-mêmes des actions sanitaires villageoises.

Les informations concernant la maintenance sont les seules qui permettent pour l'instant de valoriser l'activité des comités : au total les structures de maintenance ont enregistré 229 contrats (réparation ou maintenance). Il n'est pas certain cependant que ces comités soient à l'initiative de l'opération de maintenance : elles peuvent venir d'autres groupes de villageois motivés. Les activités de promotion sanitaire des comités n'ont pas encore été évaluées.

**D- Résultat<sup>9</sup> au niveau régional : organisation efficace pour la pérennisation des ouvrages et des actions sanitaires**

Le rapport "Water points spare parts procurement and maintenance support pilot system – Evaluation report – February 2002 – January 2003 Lilongwe District – Inter Aide" présente une description détaillée des activités menées et des résultats.

*Les principaux résultats sont :*

**Le réseau d'artisans locaux.**

En juillet 2003, le nombre total d'artisans locaux installés s'élève à 53, 10 couvrant la zone de Lilongwe Ouest (Ta Kalolo + Kongoni) et 43 pour la zone de Lilongwe Est (TA Mazenguera, Chitekwele, Chadza). L'activité des artisans de février 02 à janvier 03 est reprise dans le tableau suivant :

Février 02 – janvier 03	Lilongwe Ouest	Lilongwe Ouest
Contrat de maintenance	23	138
Contrat de réparation	24	44
Total	47	182

Le nombre de contrats réalisés par les artisans locaux, donc de pompes entretenues, représente :

- 17.3 % des pompes de la zone Lilongwe Est (chadza, Chitekwele, Mazengera)
- 10.8% des pompes de la zone de kalolo.

**La distribution des produits d'hygiène et des pièces détachées.**

Il y a actuellement 14 vendeurs de pièces détachées installées sur les 2 zones. Leur activité est reprise dans le tableau suivant :

De février 02 à mars 03	Lilongwe Ouest 6 vendeurs	Lilongwe Ouest 8 vendeurs
<b>Pièces détachées</b>		
U-seal	138	712
Rod centraliser	70	201
Bush bearing	51	65
Bobbin	13	94
O-Ring	34	
Water Guard (chlore)	504	
<b>Marge dégagée</b>	8 347 MK	23 548 MK

<sup>9</sup> Rapport final : Water points spare parts procurement and maintenance support pilot system – Evaluation report – February 2002 – January 2003 Lilongwe District – Inter Aide

Il est intéressant de rapporter le nombre de pièces vendues au besoin théorique. Les besoins théoriques sont évalués à partir des données constructeur précisant la durée de vie pour chaque éléments et du parc de pompes sur la zones considérées. Nous obtenons ainsi les résultats suivants :

<b>Lilongwe Est (Chadza, Chitekwele, Mazengera)</b>	<b>Theoretical needs based on 193 afridev pumps <i>In units</i></b>	<b>Quantities sold between March 2002 and March 2003 <i>In units</i></b>	<b>Quantities sold over theoretical needs <i>In %</i></b>
<b>U-seal</b>	386 – 174	138	48 – 79
<b>Rod centraliser</b>	483 – 328	70	14 – 21
<b>Bush bearing</b>	386 – 347	51	13 – 15
<b>Bobbin</b>	193 – 116	13	7 – 11
<b>O-ring</b>	193 – 58	34	17 – 58

<b>Lilongwe ouest (Kalolo)</b>	<b>Theoretical needs based on 800 afridev pumps <i>In units</i></b>	<b>Quantities sold between March 2002 and March 2003 <i>In units</i></b>	<b>Quantities sold over theoretical needs <i>In %</i></b>
<b>U-seal</b>	16 – 720	712	44 – 99
<b>Bush bearing</b>	1600 - 1440	201	13 – 14
<b>Bobbin</b>	800 - 456	65	8 – 14
<b>O-ring</b>	800 - 240	94	12 – 39

Ces résultats montrent, notamment pour le U-seal qui est la pièce qui s'use le plus rapidement sur les pompes, que le service rendu par les vendeurs est réel et contribue à la maintenance des pompes. En effet pour le U-seal, les vendeurs ont assuré la fourniture de 48 à 79% des besoins théoriques sur la zone de Lilongwe Est. Nous pouvons également mettre en avant un autre résultat significatif : dans la zone de Kalolo **22,5%** des villages équipés d'une pompe Afridev ont acheté des pièces détachées chez les revendeurs.

### **la structure régionale opérationnelle de maintenance**

Sur les zones de Chitekwele, Mazengera et Chadza, la structure régionale Mjigo Usafe (qui signifie « pompe en état ») est active depuis fin 2001. Sur la zone de Kalolo, la structure régionale fonctionne depuis 2002 : Madzi Ndi Moyo (« l'eau c'est la vie »).

Ces 2 structures assurent effectivement le suivi des artisans locaux, l'approvisionnement et le suivi des vendeurs. En terme d'intervention, plusieurs contrats ont été passés avec des communautés sur la zone de Kalolo notamment pour des maintenances de forage. L'évaluation de leur action en terme de promotion de l'hygiène et de l'assainissement n'a pas encore été faite.

Il apparaît également, sur cette période de fonctionnement, que l'autonomie financière de ces structures semble peu réaliste au regard des coûts de fonctionnement par rapport à ce que les communautés peuvent financer.

### 3. L'EVALUATION

#### 3.1. JUSTIFICATIF DE L'EVALUATION

##### 3.1.1. Objectifs pour le projet en cours

L'évaluation vise à préparer une nouvelle phase dans les projets d' « eau potable, hygiène et assainissement » au Malawi. Nous allons démarrer des actions sur de nouvelles zones et nous désengager sur des zones d'intervention actuelles.

Les projets de la zone Centre sont à la pointe de la stratégie que nous voulons développer. C'est également sur ces projets que la réflexion sur notre stratégie a été initiée. L'évaluation de ces projets doit permettre de mesurer la pertinence de la stratégie mise en œuvre, d'en faire la critique pour l'améliorer, voir la réorienter si nécessaire.

Un nouveau projet pluriannuel sera élaboré en 2004 (les deux cofinancements CE en cours en régions Centre et Sud arrivant à échéance en 2004). **Ce projet s'appuiera sur les conclusions de l'évaluation.**

Pour les projets de la région Centre, il s'agit donc de :

- ***Evaluer la stratégie actuelle fortement orientée vers la modification sensible et durable des pratiques et des comportements des familles en matière d'hygiène et d'assainissement.*** Cette stratégie s'est développée autour de l'implication complète des villageois dans les décisions les concernant, à l'aide de la méthode PHAST.
- ***Evaluer le système régional de pérennisation.*** La maturité du projet et le désengagement progressif des zones d'intervention nous amène à mettre l'accent sur les mesures pour la persistance des effets de l'action. L'arrêt des réalisations sur Mazengera (2000), Chitekwele (2002) et les enquêtes menées sur le fonctionnement des pompes ont suscité la mise en place du système régional de pérennisation à partir de 2000 en région Centre.
- ***Evaluer la pertinence des indicateurs et des méthodes de suivi et d'évaluation*** mis en place sur le projet. Des outils ont été développés à travers plusieurs indicateurs (notamment l'indice sanitaire<sup>10</sup>) pour permettre l'évaluation des résultats et les effets des stratégies développées.

##### 3.1.2 Objectifs pour l'ONG

Nous souhaitons démarrer des actions sur de nouvelles zones et nous désengager sur des zones d'intervention actuelles dans la zone Centre et dans d'autres parties du pays. L'intérêt de cette évaluation dépasse donc l'unique cadre des projets évalués et doit être une réflexion plus globale sur nos choix stratégiques et opérationnels. Cette analyse doit nous permettre de mesurer la reproductibilité des systèmes proposés.

Nous souhaitons que ces stratégies soient améliorées puis validées. Ces avancées méthodologiques pourront ainsi être utilisées dans l'autre projet du Malawi en région Sud, servir de base au nouveau projet pluriannuel à élaborer en 2004, et bénéficier aux autres projets d'« eau, hygiène et assainissement » de l'ONG dans d'autres pays via notre réseau d'échange « Pratiques » ([www.interaide.org/pratiques/](http://www.interaide.org/pratiques/)).

---

<sup>10</sup> Un document « Méthode de calcul de l'indice sanitaire et indicateurs dans les projets Hygiène Assainissement et approvisionnement en eau au Malawi » est disponible.

## 3.2. OBJET DE L'ÉVALUATION

### 3.2.1 Postulats dont les évaluateurs apprécieront la pertinence

- **En augmentant la participation des bénéficiaires au projet, nous assurons la pérennité du projet** : ce postulat est l'élément basique de l'intervention d'Inter-Aide sur l'ensemble des projets menés. Ainsi nous exigeons une participation maximum des bénéficiaires : cette participation est financière (argent ou nature) et humaine. Les choix techniques vont également dans ce sens avec la construction privilégiée d'ouvrages nécessitant une main d'œuvre non qualifiée et peu d'outillage (choix de puits creusés manuellement au lieu de forages mécaniques par exemple). Nous pensons que plus l'investissement de la communauté aura été important, plus les bénéficiaires s'approprient le projet et donc les ouvrages réalisés. Cette appropriation est nécessaire pour en assurer la pérennité.
- Les populations ont collectivement **la capacité d'analyser leurs comportements en matière d'hygiène et d'assainissement**. Il faut provoquer cette analyse pour déclencher une prise de conscience individuelle et/ou collective et induire une modification comportementale. Cette prise de conscience ne peut se faire que si chaque bénéficiaire est acteur de cette réflexion d'où la nécessité de mettre en œuvre une démarche participative dans laquelle **chaque individu doit réfléchir sur ses comportements**. Les modifications attendues doivent rendre chaque bénéficiaire soucieux de la pérennité du projet et des ouvrages réalisés. La stratégie PHAST, démarrée en 2000 et adaptée au contexte local, s'appuie sur ce postulat et vise à rendre les villageois acteurs de leur développement tant au niveau du choix des améliorations à apporter qu'au niveau des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir.

Avant la mise en œuvre de la démarche participative PHAST, nos projets reposaient essentiellement sur le premier postulat même si certaines actions embryonnaires étaient menées sur le second postulat.

- **L'évaluateur analysera les apports et la complémentarité de ces deux postulats et les effets sur les réalisations du projet.**

### 3.2.2 Question à traiter par les évaluateurs

#### A) **Apprécier la mise en œuvre de la méthode PHAST**

Cependant la mise en œuvre d'une méthode participative peut être complexe et demande beaucoup de finesse tant au niveau de l'attitude des animateurs qu'au niveau des outils utilisés.

Au cours du processus PHAST, l'objectif est d'améliorer l'hygiène et l'assainissement, pour prévenir les maladies diarrhéiques. Cet objectif est connu et annoncé préalablement aux villageois. La méthode en elle-même consiste à impliquer toute la population dans le processus qui conduira à cette amélioration. La décision appartient à la communauté : le rôle des animateurs dans les équipes locales consiste à faciliter le cheminement des réflexions. Les guides de formations et les outils de communication sont élaborés par les animateurs et retravaillés avec le responsable du projet. Le travail des animateurs apparaît comme la clef de voûte de l'approche participative, l'évaluation de leur travail est donc essentielle. L'évaluateur répondra donc à la question suivante :

- **Qu'est-ce qui, dans le travail des animateurs avec les communautés, doit être modifié ou renforcé pour favoriser la démarche participative ?**

Les villageois connaissent généralement le projet « eau, hygiène et assainissement » mis en œuvre par Inter Aide. Il est possible qu'ils cherchent alors en toute logique à obtenir ce qui a déjà été apporté aux villages voisins. Il n'y a donc pas de véritables réflexions la situation actuelle et les changements possibles. L'évaluateur répondra à la question suivante :

- **Comment permettre à chacun (ou à chaque communauté) de s'engager dans une démarche qui lui est propre et qui n'est pas influencé par le contexte de l'intervention du projet dans la zone ?**

## **B) Apprécier le système de pérennisation mise en place**

Il est particulièrement intéressant de se positionner à **l'articulation de la démarche participative Phast et du système régional de maintenance** pour répondre aux interrogations suivantes :

- **Quels sont les effets de la démarche PHAST sur l'appropriation par la communauté du point d'eau protégée et par la suite sur la maintenance ?**  
L'évaluateur mettra en évidence **les points de blocage et de renforcement** qui, dans la méthode PHAST mise en œuvre, ont un effet sur la maintenance
- Il s'agira également de faire **une analyse de l'organisation mise en place pour assurer la maintenance** des points d'eau afin d'en mesurer la pertinence et la pérennité. On mesurera **l'efficacité et l'efficience du dispositif**, sous l'angle de la complémentarité du rôle de chacun des acteurs, de leur autonomie propre de fonctionnement, de la normalisation de leurs interactions, de l'intégration des différents niveaux de ressources mobilisées, et par l'aptitude du système dans son ensemble à garantir la viabilité des réalisations effectuées
- **A partir des constatations faites, l'évaluateur identifiera ce qui dans le fonctionnement du système régional de maintenance n'appartient qu'au contexte pour que nous puissions envisager de transférer le dispositif sur des zones nouvelles.** Nous envisageons d'utiliser le système régional de maintenance comme point de départ de notre action sur de nouvelles zones.

## **C) Apprécier les méthodes de suivi et d'évaluation**

La méthode actuelle de suivi et d'évaluation est le résultat de l'évolution des pratiques en place depuis le début des projets au Malawi et d'une réflexion récente aboutie en 2003<sup>11</sup>. Cette méthode tente avec un minimum d'indicateurs de représenter l'évolution des projets.

Cependant plusieurs constatations nous amènent à considérer qu'il est nécessaire de l'évaluer et de la compléter :

- L'indice sanitaire ne prend pas en compte toutes les composantes de PHAST.
- Les résultats des systèmes de pérennisation ne sont pas encore évalués par des indicateurs, bien que quelques idées existent et que des données soient récoltées.
- La méthode de suivi et d'évaluation établie n'a pas encore été critiquée par des personnes ou organismes extérieurs à Inter Aide.

L'évaluateur portera donc son attention sur :

- **La méthode de suivi** mise en place en s'intéressant particulièrement **au mode de recueil des données et aux échantillonnages réalisés et proposera un protocole de réalisation des enquêtes.**
- La mise en valeur de **l'impact de la démarche PHAST : l'indice sanitaire** mise en place rend-il compte de cet impact ? L'évaluateur pourra proposer des ajustements, compatibles avec les recueils de données déjà effectués. Il justifiera la relation entre l'indice et l'impact.
- Plus généralement, l'évaluateur précisera **les résultats les plus significatifs** à valoriser dans les différents volets du projet.

---

<sup>11</sup> Synthèse d'août 2003 « Etudes d'impact et évaluations des projets hygiène, assainissement et accès à l'eau potable »

### 3.3 MÉTHODOLOGIE

#### Pour la mission d'évaluation

*Localisation* : L'évaluation se déroulera sur l'ensemble des zones touchées par les projets Inter-Aide de la région Centre, que le projet soit ou non encore actif sur la zone. Nous pourrions distinguer 2 zones principales :

- La zone 1 comprenant les TA de Chitekwele, Mazengera, Kalumbu et Chadza : le bureau du responsable du projet est situé à Nathenje à environ 1h de route de Lilongwe et les différents villages se situent dans un rayon de 45 min de piste
- La zone 2 comprend le TA de Kalolo avec pour centre Namitete situé à 1h de route de Lilongwe

L'équipe d'évaluation déterminera les communautés qu'elle souhaite visiter en fonction de critères qu'elle définira et pourra également visiter des communautés qui n'ont pas collaborées avec IA.

L'équipe d'évaluation devra être autonome dans ses déplacements, un membre des équipes locales sera mis à disposition pour faciliter l'accès aux différents villages tout en conservant sa neutralité pour ne pas biaiser la position de l'équipe d'évaluateurs par rapport à Inter-Aide.

*L'évaluation reposera sur l'étude des résultats disponibles*, à travers les rapports d'activités, les données d'enquêtes, les recueils de données réalisés, et globalement tout le système de documentation compilée dans le cadre informatif du projet. Ces informations seront disponibles avant le départ et feront l'objet de commentaires de la part des chefs de secteur. Il s'agit notamment des guides mis en place pour l'application de la démarche PHAST, des enquêtes transversales faites dans les familles et des calculs de l'indice sanitaire, de l'enregistrement des activités des différents niveaux intervenant dans le cadre du système de maintenance, des enquêtes de couvertures en points d'eau et des enquêtes de qualité d'eau.

***L'évaluation s'appuiera sur des entretiens avec les différents acteurs du projet : les équipes chargées de l'animation dans les communautés, les équipes techniques, les bénéficiaires directs et leurs représentants, les comités hygiène et assainissement, les acteurs du système de maintenance, les autorités locales et autres acteurs institutionnels impliqués à différents degrés dans le projet.***

*L'évaluation s'articulera autour de discussions* avec les responsables de projet, les chefs de secteurs, au siège à Versailles et sur le terrain au Malawi.

#### Pour la restitution

*Une première restitution sur place*, « à chaud », réunira l'ensemble des acteurs impliqués localement dans la réalisation du projet : représentants de comité d'usagers, opérateurs, autorités locales, bailleurs de fonds locaux.

*Une réunion préparatoire* aura lieu au siège d'Inter Aide, pour discuter du rapport intermédiaire présentant les résultats de l'évaluation et les recommandations de l'évaluateur. Le directeur de l'association, les 2 chefs de secteur Malawi, le conseiller technique « hygiène, assainissement et eau potable », la responsable des finances participeront à cette réunion.. Le F3E interviendra également pour faciliter la préparation du rapport final.

Une restitution finale sera organisée avec le F3E en présence des représentants des bailleurs du projet. Elle pourra être ouverte à d'autres organismes intéressés, si cela est jugé pertinent.

Un rapport final détaillé sera fourni (en français), accompagné d'une synthèse d'une dizaine de pages en français et en anglais

### 3.4 MOYENS

#### Moyens humains :

→ un évaluateur européen et un évaluateur malawite recruté localement.

Spécialistes de l'évaluation, les deux responsables de la mission devront avoir les compétences suivantes :

- Bonne connaissance des méthodologies participatives. (Par exemple PHAST).
- Bonne connaissance du suivi et de l'évaluation de projets
- Forte capacité à entrer en contact avec des populations rurales.
- Rapidité d'analyse du fonctionnement des différentes structures au niveau gouvernemental et communautaire.
- Solide expérience en analyse de projets « hygiène et assainissement et accès eau potable ».
- Facilité d'analyse de l'interdépendance entre les différents acteurs intervenants.
- Anglais indispensable.
- Une expérience antérieure en Afrique de l'Est est souhaitable.
- Pour l'évaluateur malawite, l'expérience dans les domaines des institutions malawites, de l'évaluation de projets et des populations locales sera privilégiée

### 3.5 CALENDRIER DE L'ÉVALUATION

Date prévisionnelle de remise du rapport final : Avril 2004

L'intégralité de la mission durera 22 jours, dont 2 jours de voyage.

Sont prévus :

- 1,5 jours en France (Versailles) pour la consultation des documents et la rencontre des chefs de secteurs
- La mission au Malawi devra avoir lieu entre mars et avril 2004, pour une durée de 15 jours sur place, répartis en :
  - ❖ 2 jours de voyage
  - ❖ 0,5 jour de préparation à Lilongwe
  - ❖ 12 jours sur les projets
  - ❖ 0,5 jour de restitution pour les équipes des projets, les représentants des bénéficiaires, les différents acteurs des services soutenant le système de maintenance, les autorités locales, les bailleurs de fonds locaux, les représentants des ministères concernés.
- 3 jours de rédaction en Europe pour la production du rapport provisoire en français et d'un condensé en anglais.
- 1 jour de préparation de la restitution finale à Versailles.
- 0,5 jour de restitution provisoire.
- 0,5 jour de production du rapport définitif.
- 0,5 jour de restitution définitive.