



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (U.A.C.)

\*\*\*\*\*

FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

\*\*\*\*\*



**ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE (EDP)**

**« Espaces, cultures et développement »**

**Filière : Sociologie-Anthropologie**

**Option : Sociologie du Développement**

*Mémoire de fin de formation pour l'obtention du  
Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA)*

**SUJET :**

**MECANISME D'APPROPRIATION DES PRATIQUES  
D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT DE BASE DANS LA  
COMMUNE D'ABOMEY-CALAVI**



**Présenté par:**

Yaba Marie BOKINI

*Epouse IDOSSOU*

**Sous la direction de:**

Professeur Gauthier BIAOU

*Maître de conférences des*

*Universités du CAMES*

*Soutenu le 21 Janvier 2014*

# SOMMAIRE

DEDICACE.....	2
REMERCIEMENTS .....	3
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	4
LISTE DES TABLEAUX ET PHOTOS .....	6
RESUME.....	7
ABSTRACT .....	8
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE 1 : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE .....	13
CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE .....	34
CHAPITRE 3 : PROMOTION DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT DE BASE DANS LA COMMUNE D'ABOMEY CALAVI .....	46
CHAPITRE 4 : SITUATION DE L'HYGIENE ET DE.....	58
L'ASSAINISSEMENT DE BASE DANS LE QUOTIDIEN DES MENAGES VISITES .....	58
CHAPITRE 6 : PERSPECTIVES POUR DES PRATIQUES D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT DE BASE ADAPTEES .....	79
CONCLUSION .....	89
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	92
ANNEXE.....	96
TABLE DES MATIERES .....	109

## DEDICACE

*A la mémoire de ma feuè mère Assiba Marguerite, je dédie ce travail.*

# REMERCIEMENTS

Je tiens ici à exprimer toute ma gratitude à :

- ✓ mon Directeur de mémoire, Professeur Gauthier BIAOU pour son humilité, sa rigueur au travail et ses conseils ;
  
- ✓ mon professeur Dodji Hippolyte AMOUZOUVI pour sa disponibilité et son apport scientifique dans l'amélioration de ce travail
  
- ✓ Tous les enseignants de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) en particulier ceux de l'Ecole Doctorale pluridisciplinaire « Espaces, cultures et développement » ;
  
- ✓ mon époux Okiki Laurent IDOSSOU, nos enfants Adébayo, Oladoshu, Tobi, Obidoun ainsi que tous mes frères et sœurs pour leur soutien et leur affection constants ;
  
- ✓ Toutes les personnes qui, de près ou de loin ont contribué à l'aboutissement de ce travail, notamment les populations de la commune d'Abomey-Calavi qui ont répondu à nos multiples questions.

## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ABE</b>	: Agence Béninoise pour l'Environnement
<b>AEPA</b>	: Approvisionnement en Eau Potable et Assainissement
<b>AERAMR</b>	: Association pour Etudes et Réalisation des Aménagements en Milieu Rural
<b>AGVSAN</b>	: Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition
<b>BOAD</b>	: Banque Ouest-Africaine de Développement
<b>CBRST</b>	: Centre Béninois de Recherche Scientifique et Technique
<b>CeRPA</b>	: Centre Régional pour la Promotion Agricole
<b>COSGAC</b>	: Collectif des SNG de Gestion des Ordures et d'Assainissement de la Commune d'Abomey-Calavi
<b>CREPA</b>	: Centre Régional pour l'Eau Potable et de l'Assainissement à faible coût
<b>DHAB</b>	: Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de base
<b>DIEPA</b>	: Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement
<b>DST</b>	: Direction des Services Techniques
<b>EDS</b>	: Enquête Démographique et de Santé
<b>EPP</b>	: Ecole Primaire Publique
<b>FLASH</b>	: Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
<b>FPM</b>	: Forage Muni d'une Pompe à Motricité Humaine
<b>FSS</b>	: Faculté des Sciences de la Santé
<b>HZ</b>	: Hôpital de Zone
<b>INSAE</b>	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
<b>IRA</b>	: Infections Respiratoires Aiguës
<b>LASDEL</b>	: Laboratoire d'Etudes et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local
<b>MEE</b>	: Ministère de l'Energie et de l'Eau
<b>MEPN</b>	: Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature
<b>MISD</b>	: Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité et de la Décentralisation
<b>MSP</b>	: Ministère de la Santé Publique
<b>MUHRFLEC</b>	: Ministère de l'Urbanisme, de l'Habitat, de la Réforme Foncière et de

	la Lutte contre l'Erosion Côtière
<b>OMD</b>	: Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>PADEAR</b>	: Programme d'Appui au Développement du secteur de l'alimentation en Eau potable et de l'Assainissement en milieu Rural
<b>PADSEA</b>	: Programme d'Appui au Développement du Secteur de l'Eau et de l'Assainissement
<b>PDC</b>	: Plan de Développement Communal
<b>PHA</b>	: Promotion de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base(en milieu rural)
<b>PHAC</b>	: Plan d'Hygiène et d'Assainissement Communal
<b>PHAST</b>	: Participatory Hygiene And Sanitation Transformation
<b>PM</b>	: Puits Moderne
<b>PNAB</b>	: Politique Nationale d'Assainissement du Bénin
<b>PNE</b>	: Partenariat Nationale pour l'Eau
<b>PNHAB</b>	: Programme National d'hygiène et d'Assainissement de Base
<b>RC</b>	: Relais Communautaire
<b>RDDC</b>	: Responsable de la Division Développement Communautaire
<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation
<b>RIEC</b>	: Responsable Information Education Communication
<b>SARAR</b>	: Self-esteem Associative Strength, Resource fullness Action planning Responsibility
<b>SHAB</b>	: Service de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
<b>SIS</b>	: Structure d'Intermédiation Sociale
<b>SNG</b>	: Structures Non-Gouvernementales
<b>SONEB</b>	: Société Nationale des Eaux du Bénin
<b>SSP</b>	: Soins de Santé Primaire
<b>UAC</b>	: Université d'Abomey-Calavi
<b>UEMOA</b>	: Union Economique Monétaire Ouest-Africaine
<b>UNICEF</b>	: Fond des Nations Unies pour l'Enfance

# LISTE DES TABLEAUX ET PHOTOS

**TABLEAU I** : Tableau récapitulatif des personnes ressources des secteurs public et privé rencontrées

**TABLEAU II** : Tableau récapitulatif des personnes enquêtées dans les ménages

**TABLEAU III** : Projection de l'évolution de la population de la commune d'Abomey-Calavi

**TABLEAU IV** : Situation actuelle de desserte et besoins futurs en points d'eau potable

**PHOTOS 1, 2, 3** : Les photos de terrain prises en mars 2013 présentant l'état du matériel de collecte des ordures ménagères dans le milieu étudié. Ce véhicule, sans numéro matricule transporte les ordures ménagères dans les agglomérations d'Agori, Zogbadjè, Tankpè et Womey.

**PHOTOS 4, 5, 6** : Les photos ci-dessus présentent des carrés vides transformés en dépotoirs sauvages à Tankpè et à Womey.

## RESUME

L'insalubrité et le manque d'hygiène sont récurrents et demeurent de véritables problèmes de santé publique dans plusieurs localités du Bénin. Pourtant, il existe un arsenal institutionnel et des mesures pour réglementer les comportements hygiéniques de chaque acteur où qu'il se trouve.

L'étude menée à ce sujet dans la commune d'Abomey-Calavi a permis de comprendre le phénomène à travers une analyse basée sur le processus de cristallisation des valeurs éducatives dans la construction de l'identité sociale chez Bourdieu (1980) et de la formation de l'esprit de discipline de Durkheim (1992).

Sur le plan méthodologique, la collecte des données dans le cadre de cette étude s'est faite dans trois arrondissements centraux de la commune et les plus proches de la ville de Cotonou notamment Abomey-Calavi, Akassato et Godomey. La méthode de choix raisonné a été utilisée pour identifier les informateurs. Ceci a conduit à la sélection des localités par une combinaison de techniques aléatoire et de quotas. Le travail s'est déroulé dans dix (10) quartiers de ville et de village dont cinq urbains et cinq ruraux répartis dans les trois arrondissements.

Les résultats de cette étude ont révélé que l'hygiène et l'assainissement de base sont mal connus sur toute l'étendue du territoire communal. Les ménages visités ont des perceptions, connaissances et attitudes non appropriées aux normes retenues par le code d'hygiène publique.

La situation affiche clairement un dysfonctionnement des structures chargées d'éduquer les acteurs à la base sur l'hygiène du milieu notamment au niveau de la mairie d'Abomey-Calavi.

**Mots clés :** Hygiène et assainissement de base, Code d'hygiène publique, appropriation, Abomey-Calavi.

## ABSTRACT

Insalubrities and lack of hygiene are recurring and left by real public health problems in several localities of Benin. Nevertheless, there is an institutional arsenal and measures to regulate hygienic behavior of every actor wherever he is.

The study led on this matter in the municipality of Abomey-Calavi allowed to understand the phenomenon through an analysis based on the process of crystallization about educational values in the social identity construction according to Bourdieu (1980) and disciplinary spirit training of Durkheim (1992).

On the methodological plan, the data were collected within the framework of this study in three central districts of the municipality and the closest to the city of Cotonou in particular Abomey-Calavi, Akassato and Godomey. Reasoned choice method was used to identify the informants. This led to the selection of localities by a combination of random and quotas techniques. The work took place in ten (10) districts of city and village among which five urban and five countrymen distributed in three districts.

The results of this study revealed that the hygiene and the basic purification are badly known on the whole of the municipal territory. The visited households have perceptions, knowledge and attitudes not suited to the standards Promoted by the health service code.

The situation shows clearly a dysfunction of the structures asked to educate the primaries actors about environment hygiene in particular at the level of the city hall of Abomey-Calavi.

**Keywords:** hygiene and basic purification, Code of health service, appropriation, Abomey-Calavi.

# INTRODUCTION

Dans de nombreux pays du monde, les équipements sanitaires, les points d'approvisionnement en eau potable et l'éducation sanitaire font défaut. Les communautés continuent d'y être la proie de plusieurs sortes de maladies liées à l'eau souillée, au manque d'équipements sanitaires et aux comportements hygiéniques inappropriés. Cet environnement malsain s'observe aussi bien dans les villes que dans les agglomérations rurales.

A cet effet, l'insalubrité de l'environnement dans ces milieux ruraux et périurbains montre combien la pratique d'hygiène au quotidien est reléguée au second rang au niveau individuel et collectif. Pourtant cette situation d'insalubrité n'est pas nouvelle.

Déjà en 1977 à MAR-DEL-PLATA en Argentine, il a été décidé de faire de 1981 à 1990 «*la Décennie Internationale de l'Eau et de l'Assainissement (DIEPA)*». En 1978 à Alma Ata, un accent a été mis sur l'approvisionnement en eau potable et sur l'assainissement de base afin d'élever le niveau de santé des populations et de faire régresser les maladies infectieuses engendrées par l'insalubrité.

De même en 1982 à Stockholm en Finlande, une conférence des Nations-Unies pour l'environnement avait attiré l'attention des Gouvernements du monde sur les facteurs négatifs de l'environnement qui présentent des risques pour la santé. En 1992, lors de la conférence internationale de RIO au Brésil, un accent particulier a été mis sur la gestion saine de l'environnement. Ce qui a abouti à l'élaboration de l'Agenda 21.

En Afrique, l'insalubrité est récurrente avec l'accroissement rapide des villes qui engendre la surpopulation au niveau des périphéries. On peut citer l'exemple de Yaoundé, Douala, Abidjan, Dakar, de Niamey, Dogondoutchi, Tillabéri,

LASDEL(2003) et de Lomé, Cotonou, (Vignon 2000 ; Zinsou, 2001)Mongbo et al (2004).etc. qui comportent de nombreux quartiers Populaires insalubres,

Au Bénin, le phénomène de malpropreté ambiante est aussi présente dans les villages que dans les grandes agglomérations notamment les périphéries des villes de Cotonou, de Porto-Novo, de Bohicon, etc. En milieu rural, environ 81% des ménages ne disposent pas de toilettes et défèque dans la nature. De même 86,8% des ménages continuent de jeter les ordures ménagères dans la nature. (EMICoV 2010)

La commune d'Abomey-Calavi, considérée comme l'une des communes d'ortoirs de Cotonou, apparaît comme un exemple type de cette situation d'insalubrité. Cette commune est caractérisée par un faible niveau d'assainissement de base, une faible couverture en services de ramassage des déchets solides, l'inexistence de points de regroupements, décharge finale et la divagation des animaux domestiques (PDC 2012). Dans la commune, 26,9% des ménages continuent de s'approvisionner dans des sources insalubres et 75,4% des ménages jettent leurs ordures dans la nature (EMICoV 2010). En 2011, quinze(15) cas de choléra sur les cent quatre (104) de la zone sanitaire AB-Calavi-Sô-Ava ont été déclarés (service d'épidémiologie de ZS).

Au plan national, plusieurs actions ont été menées pour améliorer les conditions d'hygiène et d'assainissement des populations. Les gouvernements béninois qui se sont succédés l'ont compris en inscrivant dans leur projet de société des programmes permettant d'offrir progressivement aux communautés l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement de base surtout dans les zones rurales.

Dans les années soixante-dix, le problème d'insalubrité avait tellement pris de l'ampleur que le Gouvernement Révolutionnaire a décrété une « grande campagne de salubrité pour tous » les derniers samedi du mois. Cette opération avait connu la participation de tous les citoyens sans distinction de sexe ou de race ou de

catégories socioprofessionnelles mais a été abandonnée depuis l'avènement du Renouveau Démocratique. De même après la publication du rapport de BRUNDTLAND sur l'environnement en 1987, le Bénin a adopté une panoplie de règlements sur l'environnement dont la loi N°95-015 du 21 /09/1987 portant le Code d'hygiène publique que tout citoyen devrait respecter. Toutes résistances à ces règles devraient être identifiées et réprimées conformément aux sanctions prévues dans le Décret N°97-624 du 31/13/1997 portant la structure, la composition et le fonctionnement de la Police Sanitaire.

Des conditions d'applications de ces mesures d'hygiènes et d'assainissement ont été prévues pour favoriser leur application stricte à travers la décentralisation, et l'appui des projets et programmes ainsi que des partenaires techniques et financiers. Malgré toutes ces précautions, on note un certain laxisme dans les pratiques d'hygiène qui a regagné progressivement le terrain laissant apparaître un incivisme avec un environnement pollué dont la population subit souvent les conséquences négatives.

Abomey-Calavi, malgré sa proximité avec Cotonou n'arrive pas jusqu'aujourd'hui à satisfaire (couvrir) les besoins de toute sa population en eau potable et le problème d'insalubrité est très sérieux tant en zone périurbaine que rurale. Ainsi, un certain nombre d'interrogations s'imposent:

Pourquoi les acteurs locaux sont-ils réfractaires aux bonnes pratiques quotidiennes d'hygiène ?

Pourquoi utilisent-ils les eaux malsaines et défèquent-ils dans la nature ?

Qu'est-ce qui entrave le mécanisme de transmission des normes en éducation à l'hygiène ?

Quelles nouvelles stratégies faut-il adopter pour favoriser l'adoption d'une pratique appropriée en matière d'hygiène et d'assainissement de base dans les ménages?

Voilà les questions auxquelles essayera de répondre le présent sujet de recherche intitulé : « Mécanisme d'appropriation des pratiques d'hygiène et d'assainissement de base en milieu rural à Abomey-Calavi ».

Ce document s'articule en six chapitres.

Le premier chapitre présente la problématique, le cadre conceptuel et la justification du sujet.

Le deuxième chapitre, consacré à l'approche méthodologique, décrit les démarches, stratégie et outils de collecte de même que l'analyse des données.

Le troisième chapitre décrit le cadre d'étude ainsi que les acteurs et leurs initiatives de promotion d'hygiène et d'assainissement de base.

Le quatrième chapitre présente les acteurs à la base dans leur gestion de l'hygiène au quotidien.

Le cinquième chapitre présente la synthèse des perceptions des différentes catégories d'acteurs dans la mise en œuvre de la politique d'hygiène.

Enfin dans le sixième et dernier chapitre quelques approches de solutions sont présentées afin d'améliorer la mise en œuvre de la politique actuelle d'hygiène.

# CHAPITRE 1 : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

## 1-1: Problématique

### 1-1-1 : Problème

Au 21<sup>ème</sup> siècle, environ 2,6 milliards de personnes sur environ 7, 2 milliards n'ont d'autres alternatives que de déféquer dans la nature, de s'approvisionner en eau de boisson dans des sources insalubres et avec des pratiques hygiéniques inadéquates (OMS/UNICEF 2010) de ce fait, il est aisé de constater que la situation mondiale en termes d'accès à l'assainissement de base et à l'hygiène reste dramatique. L'évaluation de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) effectuée en 2007 a révélé que l'Afrique subsaharienne est la région qui a le moins progressé en matière d'accès à un système d'assainissement amélioré. Environ 331 millions de personnes n'ont pas accès à une source d'eau de boisson salubre et 544 millions de personnes n'ont pas accès à l'assainissement de base. Dans l'espace UEMOA, le retard accusé est encore plus grand par rapport aux autres régions avec de faibles taux de couverture d'environ 36% pour l'eau salubre et 24% pour l'assainissement de base (BOAD 2010). Cette situation n'est pas sans conséquence sur la santé des populations concernées. « Ainsi chaque jour, 5000 enfants environ meurent de diarrhées dans le monde et 90% de ces diarrhées sont liées à l'absence d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement adéquats<sup>1</sup>. »

A l'instar des autres pays africains, la situation du Bénin n'est guère reluisante.

En effet, les indicateurs de pauvreté non monétaire ont révélé selon l'étude sur l'Analyse Globale de Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition (AGVSAN 2009) que :

<sup>1</sup> Discours de la Direction du développement de la coopération Suisse(DCC) au lancement de la journée mondiale de l'assainissement de 2008.

- Moins de 4% des ménages se lavent réellement les mains à l'eau et au savon aux moments critiques ;
- 83% des déchets domestiques sont jetés dans la nature
- 39% des ménages n'ont pas accès à l'eau potable ;
- 59% des ménages continuent de déféquer dans la nature
- 70% des personnes sont analphabètes
- 33% des enfants de 6 à 59 mois sont malnutris

L'Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages (EMICOV), réalisée en 2010, pour sa part, montre que seulement :

- 18,5 % des ménages ont accès à des toilettes modernes,
- 23,6 % ont accès à des toilettes partagées,
- 13,2 % des ménages évacuent les ordures produites par la voirie publique, privée ou par des ONG,
- 2,5 % des ménages évacuent les eaux usées par des caniveaux ouverts ou fermés ou par les fosses septiques, etc.

Ainsi, 97,5% des eaux usées sont évacuées dans la nature en milieu urbain comme en milieu rural. La collecte des ordures ménagères n'est pratiquée que très partiellement en milieu urbain et moins de 8% sont acheminés vers des sites aménagés ; les 92% restants étant évacués le long des voies, directement dans la nature dans des parcelles vides ou dans des sites non homologués. (EMICOV 2010).

En ce qui concerne la récurrence des maladies liées à cette situation, 12,2 % des enfants de moins de 5 ans ont eu la diarrhée et 7,6 % ont souffert d'infection respiratoire aigüe au cours des deux semaines précédant une enquête relative au suivi des principaux indicateurs de développement en 2010. »<sup>2</sup>

<sup>2</sup> INSAE : EMICoV 2010 : Rapport d'enquête de suivi des principaux indicateurs du développement

Au plan spécifique, en milieu rural d'Abomey-Calavi, la majeure partie de la population vit dans des conditions hygiéniques précaires comme l'indiquent diverses statistiques (INSAE, EMICOV2010).

Selon ces statistiques :

- 47,8 % ont accès aux toilettes modernes et 40,3 % aux toilettes partagées,
- 24,1% des ménages évacuent les ordures par la voirie publique, privée, ONG,
- 1,6 % évacuent les eaux dans des fosses septiques.

Le service d'épidémiologie de l'hôpital de zone implantée dans cette commune a enregistré en 2012 pour le compte d'Abomey-Calavi

- 13429 cas d'affections gastro-intestinales, 5727 cas de diarrhées, 15 cas de choléra, 59901 cas de paludisme, 37 cas de shigellose (dysenteries), 3974 cas d'affections respiratoires, etc. » (HZ, service d'épidémiologie 2012).

La situation reste alors préoccupante concernant les ménages en présence qui vivent dans la précarité et ceci dans un contexte de pleine expansion urbaine.

Face aux problèmes de santé publique que pose cette situation qui n'est guère spécifique à la commune d'Abomey-Calavi, diverses solutions ont été ébauchées.

Au niveau mondiale, la communauté internationale a initié des politiques et des stratégies d'interventions afin d'inverser la tendance. Pour celle-ci, c'est l'une des conditions pour relever le défi du développement humain durable. Dans la même perspective, les Nations Unies ont déclaré « de 1981 à 1990 : la Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement » et ont consacré « l'Année 2008 : Année internationale de l'assainissement » afin de conscientiser un plus grand nombre de populations à risque.

Au plan, national, le Bénin, tout comme les autres pays pauvres, a aussi mis en place une série de lois et règlements (Code d'hygiène publique, lois cadre sur l'environnement, etc.) qui posent les principes et proposent des modes d'organisation pour parer aux problèmes d'insalubrité dans ses localités. A cet effet, certaines structures ont été créées pour l'opérationnalisation desdits textes. C'est le cas entre autres du CREPA (Centre Régional pour l'Eau Potable et l'assainissement à faible coût) et de la DHAB (Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base), dans le cadre de la décentralisation et le développement du partenariat public-privé. Le Bénin a également mis en œuvre plusieurs programmes et projets dans ce domaine. Il s'agit parmi tant d'autres, du Programme National d'Hygiène et d'Assainissement de Base (PNHAB) pour une durée de cinq ans.

Au niveau local, on note sur le terrain la présence de plusieurs catégories d'acteurs qui développent différentes stratégies pour mobiliser des ressources en vue d'améliorer les conditions de vie des ménages.

Mais malgré toutes ces dispositions pour réduire ce fléau, les programmes ont du mal à obtenir les résultats escomptés. Car il existe un écart entre le droit applicable et les pratiques réelles des ménages.

Dans un tel contexte, comment peut-on expliquer l'inefficacité des mesures de protections du cadre de vie?

Les réponses à cette interrogation ont été recherchées en focalisant l'attention sur certains objectifs précis.

## 1-1-2 : Objectifs

### ➤ *Objectif général*

Analyser les facteurs qui expliquent la faible appropriation des normes d'hygiène et la persistance des pratiques nuisibles à la santé au niveau des ménages.

### ➤ *Objectifs spécifiques*

- Analyser les perceptions, les connaissances et attitudes des ménages en matière d'hygiène et d'assainissement de base.
- Analyser les processus de coordination des différentes actions de gestion de l'hygiène et de l'assainissement de base.
- Identifier les difficultés d'application effective des mesures de lutte contre les mauvaises pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement.

## 1-1-3 : Hypothèses

- Les perceptions, connaissances et attitudes des populations influencent leur rapport à l'hygiène et à l'assainissement de base
- Le manque de synergie au niveau des structures intervenant dans le secteur de l'hygiène et l'assainissement de base induit l'inefficacité des innovations dans ce secteur.
- La faible vulgarisation des normes et standards freine l'application des mesures dissuasives de lutte contre les mauvaises pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement.

## 1-2 : Etat de la question

D'importance vitale, la problématique de l'hygiène et de l'assainissement de base, apparemment simple, est d'une grande complexité en raison du caractère multidimensionnel des facteurs s'imbriquant. Le problème d'hygiène du milieu a déjà fait l'objet de nombreux travaux focalisés sur la recherche des causes et conséquences. Vue sous cet angle la question a fait objet de préoccupation de la part d'organismes internationaux. L'OMS à travers une étude conduite par Lanox et Roy (1976) identifie les catastrophes naturelles comme des facteurs jouant un rôle significatif dans l'émergence des problèmes d'hygiène et d'assainissement.

Ce sont selon cette institution, des phénomènes qui s'abattent soudainement sur l'humanité, de manière imprévisible et incontrôlable. Il s'agit des inondations, des ouragans, des tremblements de terre, des sécheresses et autres. Ces phénomènes provoquent une destruction massive des infrastructures d'assainissement dans les localités sinistrées et plongent les populations dans une situation de privation. Ces populations sont ainsi exposées à toutes sortes de risques de maladies infectieuses ou des épidémies. Les cas les plus évocateurs sont ceux de Haïti, de l'Asie du sud-ouest, de l'Amérique latine, du Burkina-Faso, des pays du Sahel, etc. Le phénomène reste aussi très perceptible dans les pays ayant connu des guerres et dont les infrastructures sont détruites laissant des populations dans une insalubrité chronique. C'est le cas de l'Afrique du Sud (après de longues Années d'apartheid), du Mozambique, du Zimbabwe, du Congo, de la Lybie etc., qui, après des années de guerre, ont plongé dans un déficit chronique en assainissement en général et en assainissement de base en particulier. La majorité des habitations de ces pays est dépourvue d'équipements sanitaires de base et les mesures d'hygiène sont oubliées dans ces conditions-là. Ils ont connu des épidémies dont le choléra et autres infections liées à l'insalubrité. Ces épidémies ont fait plus de ravages dans les milieux ruraux et les périphéries des villes que dans les centres urbains (Banque Mondiale 2002).

En dehors des catastrophes naturelles et des guerres, la troisième cause de déficit en dispositifs d'hygiène et d'assainissement est liée à l'urbanisation accélérée des villes surtout celles des pays africains. Les villes africaines, pour des raisons économiques, attirent beaucoup de ruraux qui s'installent pour la plupart du temps dans des périphéries dont les conditions hygiéniques restent précaires. C'est par exemple les cas de Yaoundé, Douala, Abidjan, Dakar, de Niamey, Dogondoutchi, Tillabéri, Lomé, Cotonou, etc. qui comportent de nombreux quartiers Populaires insalubres.

Selon des études réalisées en 2003 par le Laboratoire d'Etudes et de recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL) au Niger, les villes de Niamey, de Dogondoutchi de Tillabéri par exemple souffrent énormément du manque de latrine dans les écoles, les centres de santé, les marchés, etc. Quant aux ménages localisés pour la plupart dans les quartiers populaires et regroupés dans des grandes concessions, les équipements pour le traitement des déchets sont rares et souvent inadéquats. Les populations se servent des dépotoirs sauvages et des cours d'eau comme lieu d'aisance

Pour Affognon (1999), dans le cas de Cotonou par exemple, il y a les quartiers Ladji, Djidjè, Vossa, Finagnon (Akpakpa-Dodomè), Placondji, etc. qui présentent des déficits en infrastructures d'assainissement de base et en hygiène. Les ruraux qui habitent ces quartiers migrent avec leur comportement car ils ont vécu dans les villages dont les conditions d'hygiène sont différentes.

Une des causes encore évoquée par la littérature consacrée est que, la plupart des milieux ruraux africains ne sont pas suffisamment équipés en ouvrage d'hygiène et d'assainissement de base. Pour le cas spécifique du Bénin, selon le DHAB / BPO (2009) le taux de couverture en latrine familiale en zone rurale est de 23,4% contre 61,3% en zone urbaine. Dans le cas du département de l'Atlantique, les taux de couverture en latrine familiale en zone rurale et urbaine sont respectivement de 32,5% et 63,0%.

S'agissant des latrines institutionnelles, 67,3% des écoles publiques sont équipées au niveau national contre 69% dans le département de l'Atlantique Ceci prouve que les ménages s'intéressent moins aux équipements d'hygiène et d'assainissement de base que les écoles.

Dans la même perspective, Kpondehou et Dadjo (2009) s'intéressant à l'hygiène alimentaire en milieu scolaire dans la ville de Cotonou, révèlent que presque toutes les écoles visitées disposent d'ouvrages et d'équipements d'hygiène et d'assainissement de base tels que les latrines et les poubelles mais en nombre insuffisant. La même étude a également révélé que deux seulement parmi les écoles disposent du dispositif de lavage de mains et que les conditions hygiéniques de restauration dans ces écoles laissent à désirer notamment l'eau de vaisselle et les aliments vendus.

Les écrits ont aussi évoqué comme cause de l'insalubrité, les méthodes inappropriées de gestion des structures opérationnelles de politiques nationales et internationale d'hygiène et d'assainissement de base.

Certains auteurs se sont intéressés aux dynamiques autour des questions d'hygiène et d'assainissement dans les pays africains. Les différents auteurs en présence dans cet axe sont unanimes sur l'idée que, le secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base souffre d'une absence de rigueur dans la gestion des structures compétentes. Cette situation conduit à des processus d'adaptation des acteurs face au manque d'organisation et d'efficacité des structures offrant les services sociaux de base en la matière.

Selon Nagou, (2000) le débordement des structures de gestion des déchets ménagers dans la ville de Lomé, entre 1960 et 1997a contraint l'Etat à recourir aux structures privées face à la quantité de plus en plus importante de déchets produite et mal évacuée. C'est le cas de la SOTOEMA (Société Togolaise d'Enlèvement des Ordures ménagères et d'Assainissement) à partir de 1974 qui était chargée de

collecter les déchets ménagers et de les évacuer vers les décharges indiquées par les pouvoirs publics. Mais les déchets liquides et les excréments n'étaient pas concernés par ce contrat. L'enlèvement de ces derniers étaient assuré par d'autres sociétés privées comme Togo-vidange, Togon et appuyées par les véhicules des FAT (Forces Armées Togolaises), de la voirie, des services généraux de l'ambassade des U.S.A. limités aux seuls domiciles des citoyens américains et des employés de l'ambassade. Mais la SOTOEMA n'a pas pu assumer cette tâche parce que ses véhicules n'arrivaient pas à accéder aux quartiers périphériques à causes de l'état de dégradation des voies.

Cette situation a conduit selon l'auteur à des formes de mobilisation des acteurs locaux afin de pallier l'absence de services sociaux de base en matière d'hygiène et d'assainissement. Ainsi, les jeunes des quartiers non desservis se sont mobilisés en entreprises informelles sans aucun statut pour acheminer, à l'aide des poussepousses, les ordures ménagères du domicile des clients jusqu'aux dépotoirs accessibles par les véhicules de SOTOEMA. Cette dernière n'ayant pas pu exploiter toute sa capacité a roulé à perte jusqu'en 1998 où les ONG et les partenaires techniques sont venues en appui à la mairie. D'autres nouvelles sociétés privées sont entrées en action en assurant la propreté de chaque arrondissement jusqu'à nos jours.

Les mêmes dynamiques s'observent au Bénin, notamment à Cotonou Parakou et Bohicon où l'offre de services publics de gestion des déchets reste insuffisante rendant nécessaire l'intervention d'acteurs privés par le biais d'ONG et autres associations d'appoint. (Affognon, 1999, *ibid.*:1999 ; Vignon 2000 ; Zinsou, 2001) Mongbo et al (2004).

Dans le domaine de l'approvisionnement en eau potable, selon Mangda (1996) dans la commune de Toffo les populations s'approvisionnent dans des sources d'eau insalubres pour des raisons de dysfonctionnement du système de gestion mis en place par la commune. Une décennie après ces constats, une autre étude sur la

même commune a confirmé une persistance du phénomène. La raison principale évoquée est que lorsque les ouvrages tombent en panne, les recettes ne suffisent pas pour couvrir les frais de réparation. A ce niveau, la gestion personnalisée des Associations des Usagers des Points d'Eau potable constituées de petits groupes de personnes reste le facteur d'échec dans le fonctionnement du dispositif en place. De ce fait, la gestion communautaire est identifiée comme un frein à la pérennité du service de l'eau potable.

Au-delà de l'aspect financier de la gestion communautaire qui ne garantit pas toujours la pérennité du service d'approvisionnement en eau potable (AEP) il y a l'aspect socio culturel de la consommation d'eau.

En s'intéressant au cas des AÏZO de Colli (village de Toffo), Adomou (2007) note des rituels qui favorisent des pratiques susceptibles d'exposer les populations aux risques liés à la consommation d'eau non potable. Ainsi il découvre par exemple que la cérémonie de sortie du nouveau-né incite à donner l'eau de ruissellement au nourrisson pour l'immuniser contre toutes sortes de germes pathogènes. Cette pratique désignée sous l'appellation de « *blumaku* » qui serait l'équivalence de la vaccination, continue d'influencer les comportements de la communauté vis-à-vis de la qualité de l'eau.

L'ensemble des travaux exploités révèlent l'échec des modes de gestion des questions d'hygiène et d'assainissement en Afrique, cet échec s'exprime en termes de persistance des pratiques inappropriées en matière de gestions des déchets solides et liquides, de dégradation du milieu de vie, d'absence ou d'insuffisance d'infrastructures sociaux de base etc. De nouvelles perspectives sont donc nécessaires. Celles-ci mettent la réglementation au cœur des débats Cet aspect transparait dans certains travaux qui se sont intéressés au volet juridique de la question.

Ces travaux ont dans leur grande majorité déploré le non-respect des textes juridiques par les acteurs à tous les niveaux entretenant un incivisme généralisé avec pour conséquences, la pollution du milieu de vie et les maladies.

A ce propos, une étude du LASDEL (2003) sur l'insalubrité au Niger, révèle qu'il existe un grand écart entre le droit théorique et la pratique sur le terrain. L'étude a aussi montré que depuis la période coloniale jusqu'à nos jours, les lois sont établies par les pouvoirs publics mais leur application est relativement faible. Au début, il a eu une prise des mesures coercitives comme la pratique « des travaux obligatoires » pour lutter contre l'insalubrité. C'était le moyen le plus utilisé par l'administration coloniale pour lutter contre la progression des épidémies qui sévissaient dans le temps.

Dans le cas du Bénin, Akpovo (1998), évoque l'élaboration de plusieurs textes pour lutter contre la pollution du milieu de vie mais dont l'application n'est pas effective parce qu'ils sont peu connus des populations. La police sanitaire qui est sensée appliquer des mesures coercitives en cas d'infraction est confrontée à d'énormes difficultés dues à la méconnaissance des réglementations chez les populations. Cette ignorance découle de l'absence de vulgarisation des textes en langue depuis une trentaine d'années (Ahomlanto 2009).

La question qu'il convient de poser à ce niveau est de savoir ce qui fait obstacle à la vulgarisation de ces mesures notamment celles relatives à l'hygiène et à l'assainissement de base.

Dans le cadre des recherches de solution, des rencontres régionales et sous-régionales ont été initiées. En Afrique francophone la mauvaise pratique d'hygiène et le manque d'infrastructures sanitaires dans les marchés et les écoles ont fait objet de plusieurs ateliers dont celui d'avril 1994 à Ouagadougou. Huit pays africains (Bénin, Burkina-Faso, Côte-d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Togo) étaient représentés dans cet atelier. Au cours de cette assise, les questions

dé debated étaient de voir dans quelles mesures introduire de manière efficace l'éducation sanitaire et hygiénique dans les milieux scolaires afin d'inculquer de bonnes pratiques aux jeunes enfants. Cela permettra non seulement d'infléchir leur comportement au sein de l'école mais aussi contribuera à un changement durable des comportements dans toute la communauté entière à travers plusieurs générations.

Cette initiative bien que pertinente nous amène à constater que l'école n'est pas le seul milieu de socialisation de l'enfant surtout en milieu africain. L'école vient plutôt en complément à la famille qui est par excellence le premier milieu de socialisation de l'enfant.

La question qui se pose est de savoir comment l'éducation en matière d'hygiène est perçue vécue et pratiquée dans la sphère domestique ?

Il nous a été donné de constater que jusque-là, aucun des travaux examinés n'a encore abordé de façon concrète l'éducation en matière d'hygiène et d'assainissement au niveau des ménages. La plupart des travaux ont fait une étude descriptive du phénomène d'insalubrité condamnant les comportements des populations. Elles ont également parlé de l'assainissement dans sa globalité et puis du secteur de l'assainissement de base dans ses spécificités. Mais aucune d'elles n'est encore remontée au fondement même de la pratique de ses comportements tant désapprouvés par ces différents auteurs. C'est justement en recherchant la genèse des attitudes des populations en matière d'hygiène que cette étude a été entreprise sur le «*Mécanisme d'appropriation des pratiques d'hygiène et d'assainissement de base dans la commune d'Abomey-Calavi* ». Il s'agit de situer les responsabilités du manque d'hygiène au sein du ménage, au niveau de la communauté et au niveau politique. Car l'insalubrité de nos jours a pris une ampleur inquiétante pour diverses raisons.

Mais avant d'entrer dans les détails, il importe de clarifier certains concepts clés utilisés dans le sous-secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base afin de permettre une meilleure compréhension de la problématique développée.

### 1-3 : Clarification conceptuelle

Le champ de l'hygiène et de l'assainissement est à cheval entre la médecine préventive et l'environnement. Cela nécessite une clarification conceptuelle qui situe sur le sens et la portée réelle des concepts utilisés. Dans le cadre de ce travail, ceux-ci sont répartis en deux catégories. Certains sont relatifs aux idées et comportements : il s'agit de l'hygiène, de l'appropriation et des pratiques.

D'autres sont relatifs au dispositif physique ; il s'agit entre autre de l'assainissement de base, l'eau potable, le puits perdu et des déchets ménagers.

#### ➤ **Hygiène**

Dans le dictionnaire médical, l'hygiène est définie comme « l'ensemble des règles et des pratiques qui préviennent l'apparition des maladies en améliorant les conditions de vie ». Le domaine de l'hygiène est vaste. Il comprend alors l'étude du milieu (habitation, écoles, hôpitaux, marchés, usines, etc.), la prévention des maladies infectieuses, la détection précoce des maladies ... Il y a l'hygiène publique, l'hygiène professionnelle, l'hygiène domestique, etc.».<sup>3</sup>

En d'autres termes, l'hygiène peut être définie comme un ensemble d'usages, de règles, de pratiques, de méthodes, de mesures et de techniques qui favorisent la santé en limitant les occasions de contamination ou en diminuant leurs influences. L'hygiène intervient dans tous les aspects de la vie humaine notamment le paysage, l'alimentation, l'eau, les eaux usées, les déchets, l'habitat, etc. Elle signifie également propreté, salubrité, soins, désinfection, etc.

L'hygiène du milieu se réfère aux pratiques et aux comportements des populations vis à vis de leur environnement immédiat. Elle est une composante transversale

<sup>3</sup> Définition du Nouveau Larousse Médical A. Domart et J. Bourneuf, 1981, P502

qui a une incidence prépondérante dans la mise en œuvre de toutes les autres composantes.

La présente étude s'intéresse à l'hygiène de l'habitation ou l'hygiène domestique c'est-à-dire l'ensemble des règles à suivre, des pratiques et comportements que chaque ménage doit avoir nécessairement pour prévenir les maladies et pour préserver la santé de ses membres. C'est pourquoi il faut agir en assainissant l'environnement immédiat. La notion d'hygiène est souvent utilisée concomitamment avec celle de l'assainissement surtout lorsqu'il s'agit de cadre de vie. Quel est le sens de ce second concept dans le cadre spécifique de cette étude ?

### ➤ **Assainissement**

L'assainissement peut être défini comme un ensemble d'actions permettant d'améliorer le cadre de vie des populations, de préserver leur santé et de protéger les ressources naturelles et l'environnement.

D'après un comité d'experts de l'OMS, l'assainissement est l'ensemble des activités visant à évacuer les divers déchets et eaux nuisibles sans occasionner de désagréments à la cité et à l'environnement. L'assainissement comprend les principales composantes suivantes :

- la collecte et le traitement des excréta ;
- la collecte et l'épuration des eaux usées domestiques, agricoles et industrielles ;
- la collecte et l'évacuation des eaux fluviales ;
- la collecte et le traitement des déchets solides et déchets spéciaux (déchets biomédicaux, pesticides, etc.).

La présente étude s'intéresse à l'assainissement de base qui peut être considéré comme une action visant à résoudre les problèmes élémentaires d'hygiène par des techniques simples, peu coûteuses, acceptables et facilement réalisables par les acteurs à la base.

Par exemple, l'élimination des excréta peut se faire à l'aide d'un raccordement au réseau d'égout ou à une fosse septique ou à l'aide de latrines améliorées. Dans cette dimension, en fonction du contexte, on peut avoir :

L'Assainissement autonome ou individuel : Il concerne souvent les eaux usées et les excréta collectés et traités sur place, dans la concession même où ils sont produits.

L'assainissement collectif : relatif aux eaux usées et aux excréta qui sont collectés ensemble à l'aide des canalisations pour être traités puis rejetés en milieu naturel de telle façon que leur impact sur celui-ci soit acceptable.

Parmi les pratiques d'hygiène et d'assainissement couramment promues figurent l'utilisation de sources et d'eau potable. L'eau étant une denrée omniprésente dans la plupart des activités domestiques, que revêt le concept d'eau potable ?

➤ **Eau potable :**

C'est une eau saine c'est-à-dire dépourvue de substances nuisibles pour la santé et que l'on peut boire sans danger pour la santé.

Selon un comité d'experts de l'OMS/ UNICEF, c'est une eau qui répond à une norme de potabilité et de qualité clairement définie.

C'est une eau limpide, incolore, sans saveur désagréable, exempte de substances toxiques, de quantités excessives de matières minérales et organiques et de germes pathogènes.

L'eau potable après usage devient nuisible pour la santé. Il importe de l'évacuer à l'aide de dispositifs appropriés. Ainsi l'eau de douche devrait être évacuée à l'aide des fosses septiques ou à défaut des puits perdus.

➤ **Puits perdus :**

Les puits perdus sont des dispositifs aménagés pour accueillir les eaux usées issues des douches et autres. Dans le cas des excréta, les latrines constituent le moyen de collecte le plus indiqué.

➤ **Latrine :**

Ce sont des dispositifs aménagés pour servir de lieu d'aisance. Il comporte une fosse creusée dans le sol pour accumuler les excréta (matières fécales et urines). Aujourd'hui, il y en a de différentes catégories : il y a des latrines traditionnelles et des latrines améliorées. Ces dernières assurent l'évacuation hygiénique des excréta afin d'éviter surtout les mauvaises odeurs et la prolifération des mouches ou des insectes. Et pour renforcer cet effort d'hygiène il importe d'adopter certaines pratiques essentielles notamment le lavage des mains à l'eau et au savon après les toilettes.

➤ **Lavage de main :**

C'est une pratique qui consiste à laver les mains avec de l'eau et du savon aux moments clés et particulièrement avant de préparer les repas, avant de manger, avant de donner à manger aux enfants, et après avoir été aux toilettes et après avoir manipulé les selles de l'enfant. Ainsi, tous les déchets seront éliminés des mains.

➤ **Déchets ménagers :**

On entend par déchets « tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, ou tout bien meuble abandonné ou destiné à l'abandon »<sup>4</sup>.

Donc associé à l'adjectif ménager, un déchet ménager est tout résidu produit dans la sphère domestique et destiné à l'abandon. Il s'agit des eaux usées (provenant de la cuisine, de la vaisselle, de la lessive, de la douche, des boues de vidanges) et des ordures ménagères. Dans ce travail il sera question de la manière dont les ménages évacuent habituellement les déchets qu'ils produisent de leur habitation. C'est ainsi qu'intervient la notion d'appropriation.

<sup>4</sup> Loi-cadre sur l'environnement en République du Bénin : article 66, pag

➤ **Appropriation :**

C'est l'action de rendre propre à une utilisation ce qui n'est pas à soi.

Dans ce travail, l'appropriation est perçue dans le sens d'assimilation, d'inculcation, d'intégration et d'éducation. L'acquisition du savoir, savoir-faire et sa mise en rapport direct avec la santé. L'appropriation est la façon dont un groupe utilise, adapte et reproduit une structure. L'appropriation d'une règle se remarque dans sa pratique au quotidien.

➤ **Pratique :**

L'application des règles et des principes d'un art, d'une science ou d'une technique. Donc la pratique d'hygiène est la mise en exécution d'un ensemble de règles de conduite en matière d'hygiène.

L'appropriation des pratiques d'hygiène se traduit par le fait que les individus ont acquis un savoir-faire en matière d'hygiène auquel ils sont habitués.

Après ce tour des concepts clés utilisés dans le cadre spécifique de cette recherche, il est opportun de rappeler les raisons qui ont motivé le choix du sujet de recherche.

## **1-4 : Justification du thème et du cadre de l'étude**

Deux raisons essentielles sous-tendent le choix de ce thème.

### **1-4-1 : Raisons subjectives**

Au cours de notre cursus universitaire, un cours sur les paradigmes de développement a retenu notre attention. Le cours concernait des variables dont dépend le développement humain durable notamment les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Et nous avons remarqué que l'hygiène et l'assainissement occupe la septième place parmi les conditions que l'humanité doit remplir pour assurer le bien-être permanent de tous ses citoyens.

Ensuite, le sujet est choisi après une série d'observations faites au quotidien et pendant les périodes d'immersions dans plusieurs localités lors des opérations de

collectes des données. Nous avons constaté une homogénéisation des comportements en matière d'hygiène dans plusieurs localités du pays. Chaque année, le Bénin enregistre de nombreux cas de diarrhée, de choléra et autres infections parasitaires. Ce sont ainsi quelques éléments de motivation du choix de ce sujet.

#### 1-4-2 : Raisons Objectives

La raison principale du choix de ce sujet est de faire le diagnostic d'un des problèmes importants qui freinent l'évolution du Bénin dans sa marche vers un développement humain durable. Ainsi, apparemment banales, les pratiques inappropriées en matière d'hygiène et d'assainissement de base dans la sphère domestique sont manifestent et demeurent toujours inquiétantes. La situation interpelle le sociologue, en qualité de médecin de la société. Elle traduit la crise d'éducation dont les symptômes semblent être l'incivisme, les comportements à risque, le laxisme, l'insalubrité, etc. tant décriés au quotidien. Cette situation est certes criarde dans les quartiers populaires et périphériques des grandes villes africaines mais elle est aussi présente dans les milieux ruraux dont les populations rencontrent assez de difficultés pour gérer les conséquences.

#### 1-4-3 : Choix du cadre de l'étude

Le choix de la commune d'Abomey-Calavi comme cadre de l'étude n'est pas un hasard.

D'abord, Abomey-Calavi étant notre commune de résidence, nous avons constaté que les problèmes d'hygiène et d'assainissement s'y posent avec acuité. Au quartier Togoudo qui est déjà plus urbanisé par exemple, la majorité de la population consomme encore l'eau de puits traditionnels. Les ordures ménagères sont évacuées à travers des dispositifs inappropriés laissant les localités dans l'insalubrité. Les acteurs chargés de sensibiliser la population paraissent inexistantes sur le terrain.

Ensuite, ce choix est motivé par une observation faite dans certains quartiers ou villages lors d'un stage dans une ONG(AERAMR) chargée de l'intermédiation sociale. Le travail consistait à effectuer des visites intra domiciliaires dans les zones à forte ruralité. La culture béninoise exige qu'on présente l'eau à un étranger en signe de bon accueil. Ce dernier ayant l'obligation d'accepter cette eau se voit souvent contraint d'exprimer habilement son refus par des stratégies plus ou moins discrètes. La raison du refus était très souvent la manipulation faite de cette eau lors de son prélèvement et l'apparente malpropreté que présente le cadre d'accueil.

Même dans la commune d'Abomey-Calavi, malgré sa proximité avec la ville de Cotonou, ce phénomène demeure récurrent. Au-delà de cette proximité, la commune est en pleine explosion démographique car recevant un important flux d'immigrant venus de Cotonou. Elle entretient de ce fait de nombreuses relations d'échanges avec cette ville. Ses marchés constituent de grandes sources d'approvisionnement pour les habitants de Cotonou. Pour ces différentes raisons, Cotonou par exemple ne sera pas épargnée d'une épidémie de choléra ou d'hépatite virale déclenchées dans la commune d'Abomey-Calavi.

Parmi les quartiers ciblés, certains avaient été déjà couverts par les programmes de sensibilisation de la DHAB. Quant aux autres, ils vont servir de témoins pour voir s'il y a eu diffusion des messages reçus au-delà des sites couverts.

Enfin, une raison qui a motivé le choix, est liée aux comportements des acteurs à la base. Lorsqu'ils sont avertis de la visite des animateurs, ils essayent de mettre tout en ordre. Mais lorsqu'il s'agit d'une visite inopinée, c'est le chaos. Ce comportement est la preuve d'une sous information et d'une absence de mesures contraignantes en matière d'hygiène et d'assainissement de base en général.

C'est donc dans le but de cerner certains facteurs qui expliquent de tels agissements que nous avons choisi ce sujet. Au plan paradigmatique, les

explications dans ce cas de figure sont à rechercher dans un cadre scientifique propre à la socio-Anthropologie. Quel est le paradigme qui offre une plus grande aisance d'analyse concernant cette problématique ?

## 1-5 : Paradigme de référence sur les pratiques d'hygiène des populations

Les exigences scientifiques nous amènent à situer ce travail dans un cadre théorique ou un paradigme sociologique.

Ainsi, ce sujet pose un problème de changement culturel souhaité qui rencontre des obstacles pour s'opérer dans bon nombre de ménages à Abomey-Calavi. Son objectif est de rendre compte de l'action anthropique sur l'environnement. Il concerne les comportements réels des populations en relation avec leur cadre de vie et plus précisément dans la sphère domestique. C'est un essai de solution à une habitude qui expose les populations à la précarité. Ces dernières ont acquis des savoirs et des savoir-faire en matière d'hygiène et d'assainissement de base. Cette acquisition du savoir et du savoir-faire est généralement attribuée au résultat des nombreuses années de sensibilisation, d'apprentissage et d'intégration des normes et valeurs au cours du processus de socialisation. De ce fait, ce sujet s'inscrit pleinement dans le cadre de la sociologie de l'éducation. Dans ce processus d'intégration, il y a eu des interactions entre la communauté et la famille d'une part et entre certaines structures éducatives et la famille d'autre part. Il y a également eu des influences de part et d'autres dans ce processus d'intériorisation et d'extériorisation des normes et valeurs en matière d'hygiène, ce qui cadre le sujet dans la théorie du constructivisme structuraliste de Bourdieu.

Se référant à cette théorie et la complexité qui caractérise ce mécanisme qui conduit de la représentation aux pratiques d'hygiène de base, le concept d'habitus peut s'appliquer à cette réalité.

En prenant l'exemple des populations d'Abomey-Calavi, elles ont acquis des aptitudes en matière d'hygiène et d'assainissement de base au cours de leur socialisation. Chacun a grandi dans une famille donnée. Ils savent comment évacuer les déchets qu'ils produisent ou qui les encombrent. Ils ont appris à être propre, à prendre soin de leur corps, de leurs vêtements, de leur habitation, etc. Mais sur le terrain, le constat est que cette aptitude n'est pas toujours conforme aux normes instituées par le code d'hygiène publique. On note entre autres des mauvaises pratiques d'hygiène dont les défécations dans la nature, la mauvaise évacuation des ordures ménagères, le non traitement des puits, la rareté de puits perdus, l'absence d'eau et de savons à proximité des lieux d'aisance, etc.

En somme, pour doter les populations du même habitus en matière d'hygiène et d'assainissement de base, il faut donc les conditionner. Cela veut dire qu'il faut développer en eux de bons réflexes en introduisant progressivement les normes relatives au code d'hygiène publique dans l'éducation familiale et scolaire. Ce travail se réalise plus ou moins sur le terrain mais rencontre de nombreux obstacles. Ce qui renvoie à une observation des méthodes et politique de vulgarisation du code. D'où la référence au pallier en profondeur de Gurvitch et à l'anarchie pour expliquer la gestion de l'hygiène au niveau des ménages. Pour rendre cette politique efficace, il faut aussi une régularité et des mesures dissuasives pour faire respecter les règles. C'est l'une des conditions nécessaires pour développer l'esprit de discipline chez la nouvelle génération comme l'a souligné Durkheim dans l'éducation morale. Une méthodologie adéquate a été nécessaire pour conduire le processus d'analyse à son terme. Qu'en est-il ?

## CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE

Ce sujet a pour ambition, de comprendre la genèse des comportements des communautés en matière d'hygiène à Abomey-Calavi. La recherche empirique est alors partie de l'état des lieux, d'abord du dispositif et des équipements sanitaires dont disposent les communautés et ensuite de leurs connaissances en matière d'hygiène.

Cette étude purement qualitative cherche à comprendre les logiques qui sous-tendent les comportements des acteurs impliqués dans la gestion de l'hygiène et l'assainissement de base.

Mais avant d'aller sur le terrain constater les faits, certains auteurs qui avaient abordé des sujets similaires ont été consultés pour voir le niveau où ils se situent dans le débat. C'est ce qui nous a conduits à une recherche documentaire pour mieux effectuer la recherche empirique.

### 2-1 : Recherche documentaire et sources orales

Dès que nous avons eu l'idée du sujet, nous nous sommes rapprochées de certaines personnes ressources pour mieux nous éclairer sur les spécificités relatives au secteur.

Une recherche documentaire à été entreprise par la suite pour faire l'état des connaissances sur le sujet. Elle nous a conduites dans les centres de documentation d'Abomey-Calavi et de Cotonou. D'abord, le centre de documentation de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH), la bibliothèque centrale de l'Université d'Abomey-Calavi(UAC), le centre de documentation du Centre Béninois de Recherche Scientifique et Technique (C.B.R.S.T ont été visités. Dans ces centres, les ouvrages généraux ainsi que des mémoires de maîtrise et de thèses relatifs aux problèmes de l'environnement, l'éducation sanitaire, aux mutations

familiales, à l'urbanisation et les ouvrages de méthodologie de la recherche en science humaine et sociale ont été consultés.

- Ensuite, les bibliothèques du ministère de la santé (MS), de la représentation de Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (l'UNICEF), de la Faculté des Sciences de la Santé(F.S.S),et du Centre du Réseau pour l'approvisionnement en Eau Potable et l'Assainissement à faible coût(CREPA-Bénin) nous ont permis d'accéder aux revues spécialisées sur la pollution de l'environnement, l'hygiène et l'assainissement en général, l'éducation sanitaire en milieu scolaire, le rapport de suivi de l'Objectif Sept (7) de l'OMD ainsi que des ouvrages de méthodologie, etc.

- Après, les recherches se sont poursuivies dans la salle de documentation de l'Institut National et de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) où les données statistiques sur les Recensements Généraux de la Population et de l'Habitation au Bénin, la dynamique des populations et le degré de couverture en eau potable et assainissement de base des localités ont été consultées. A ce niveau les documents consultés ont permis d'aborder d'une manière générale le sujet de recherche.

A l'étape actuelle de nos connaissances, les travaux antérieurs lus nous ont permis de démarrer le travail bien que leurs auteurs n'aient pas traité de façon spécifique de l'éducation en matière d'hygiène et d'assainissement de base.

Au plan spécifiques, plusieurs ouvrages publiés respectivement sous la direction de FIDESPRA, LASDEL, BOAD, OR-BLEU, PPSSP/ODI ont été d'une grande importance aussi bien dans la définition des concepts que dans l'analyse des données du présent travail. Il s'agit de :

- « *Schéma de développement du secteur de l'hygiène et de l'assainissement dans la commune de Bohicon* »;

- « *la question des déchets et de l'assainissement à Tillabéri, Stratégie d'intervention de la banque ouest africaine de développement dans le secteur de l'eau et de l'assainissement dans les pays de l'UEMOA* » ;
- « *Plan stratégique d'assainissement de Ouagadougou : une approche holistique au problème* » ;
- « *Assainissement et hygiène dans les pays en voie de développement : identifier les obstacles et y apporter des réponses : Etude de cas en République Démocratique du Congo* » ;

De même, les différents mémoires et thèses traitant des problèmes de pollution de l'environnement en milieu rural et urbain, d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement de base, etc. ont été consultés. Il s'agit entre autre de l'Amélioration des services d'assainissement de base de la ville de Nouakchott en République Islamique de Mauritanie (Cissoko1987), police sanitaire béninoise dans la lutte contre les pollutions et nuisances en milieu urbain : cas de la ville de Cotonou, Hygiène alimentaire en milieu scolaire : cas de Cotonou(AHOMANTO2009), Gestion des eaux usées domestiques à Cotonou(Zinsou2001), Activités humaines et pollutions dans le quartier Enagnon, ex-Akpakpa-Dodomey de Cotonou : Etude socio-environnementale(Affognon 1999). Il y a eu également des études sur la qualité de l'eau de puits dans la commune d'Abomey-Calavi réalisées à l'IRSP sous la direction de MAKOUTODE et al qui ont confirmé que l'usage de l'eau de puits contient un danger à Ab-Calavi. Ces études consacrées à l'analyse physico-chimique et bactériologique de l'eau des puits prélevés a montré que tous ces puits contiennent des nitrites, du fer, du manganèse, témoins de pollutions chimique et bactériologique. Ils ont également lié cette pollution est liée au non-respect des conditions d'hygiène publique.

La pertinence de tous ces travaux avec ceux d'Adomou(2007), Mangdad (1996), Nagou (2000) réside dans le fait qu'ils ont abordé le sujet dans certains de ses

aspects. Ils ont fournis beaucoup d'informations pour appuyer les ouvrages cités ci-dessus. Nous avons complété ensuite les informations en visitant certains sites Internet <http://www.rncrbenin.org/>, Google et autres qui nous ont beaucoup aidés tout au long de ce travail.

Parallèlement, des entretiens avec des personnes ressources ont été sollicités et obtenus. Ils étaient destinés à accéder à des informations en pédiatrie, en éducation etc. Dans ce cadre les personnes rencontrées sont ; Monsieur ADANDEDJAN, du pédiatre Youssouf DAOUDA, de deux assistants sociaux, de trois enseignants du primaire, qui nous ont fourni assez de renseignements sur l'éducation en matière d'hygiène et d'assainissement de base.

Nous avons également participé à des travaux de groupes lors d'un stage dans une ONG chargée d'intermédiation sociale dans la commune d'Abomey-Calavi. Les travaux concernaient l'approvisionnement en eau potable et la sensibilisation sur l'hygiène et l'assainissement de base dans les villages dotés de forage.

Le premier travail a consisté à suivre l'ensemble du processus de recyclage des animateurs ayant reçus au paravent des formations de formateurs. Le second travail concernait la formation des relais communautaires sur l'hygiène et d'assainissement de base.

Troisièmement, nous avons assisté les inter-médiateurs sociaux dans plusieurs villages et quartiers de ville de la commune pendant des séances d'animation de groupes dans le même secteur. C'est cette phase pratique du travail qui nous a surtout instruite et motivée dans le choix de ce sujet. Le point de cette phase exploratoire a contribué à élaborer une grille d'observations et un guide d'entretien, premiers outils d'investigation devant servir pour la pré-enquête.

## **2-2 : Outils et stratégie de collecte des données.**

Cette étude touche et la vie quotidienne des membres de la famille et particulièrement celle des ménages. La méthode qualitative (guide d'entretien) a

été utilisée pour mener nos enquêtes. Nous avons procédé à l'observation directe des enquêtés. Pour cela, trois visites intra domiciliaires aux ménages ont été effectuées; l'une sur rendez-vous et les deux autres de façon inopinée. Ce qui a permis de se rendre compte de l'ampleur du phénomène.

Pour compléter ces observations directes, des entretiens individuels semi-structurés ont été menés pour comprendre les stratégies d'évacuation des déchets, l'implication des enfants dans les travaux domestiques ainsi que les facteurs probables d'influences.

Des entretiens de groupe ont été également utilisés à l'endroit des parents pour compléter les données collectées individuellement. Les entretiens avec les structures publiques et privées sont effectués dans les lieux de travail des enquêtés. Certains entretiens ont été systématiquement enregistrés. Des images ont été prises lors de certaines visites des sites mais par une mauvaise manipulation de l'appareil, beaucoup étaient grillées.

Nous avons également durant toute l'étude, un carnet de notes dans lequel nous mentionnions toutes les observations qui nous ont beaucoup servi aussi bien dans la collecte que dans l'analyse des données.

### 2-3. Outils d'analyse des données

Le mécanisme qui conduit de la perception et de la représentation relative aux pratiques d'hygiène de base est complexe. Les concepts constructiviste structuralisme, l'esprit de discipline et l'anarchie peuvent s'appliquer à cette réalité

En effet, selon Bourdieu, il existe une relation permanente entre le monde social et les individus. Ceci s'explique par le fait qu'il existe dans le monde social des structures objectives, indépendantes de la conscience et de la volonté des individus qui sont capable d'orienter ou de contraindre leurs pratiques ou leurs représentations. Donc ceci fait appel à un ordre préétabli qu'il faudrait

obligatoirement respecter. Comparativement à la situation actuelle d'Abomey-Calavi, il existe des règles bien établies (Code d'hygiène publique, Loi-cadre sur l'environnement, etc.) et des institutions spécialisées qui devraient indiquer les comportements à adopter pour éviter la contamination ou la pollution du milieu de vie. Ainsi, quoi qu'en soit la position social ou géographique d'un individu sur le territoire communal, il devrait être suivi de près afin d'homogénéiser les comportements de tous. Ceci depuis le cercle familial jusqu'aux différents lieux de travail. Ce faisant, tous les membres de la communauté auraient des schèmes de perception, de pensée et d'action semblables et uniformes. Ce sont alors les éléments constitutifs de l'Habitus. Dans la commune d'Ab-Calavi, les comportements observés s'expliquent par le fait qu'au cours du processus de socialisation des individus, les valeurs véhiculées contenues dans les documents juridiques ne sont pas vulgarisée de manière appropriée. La régularité et la contrainte n'ont pas accompagné le processus. Car comme l'a notifié Durkheim dans L'Education morale (1992), la formation de l'esprit de discipline a obligatoirement besoin de l'autorité pour se cristalliser dans le subconscient d'un individu. Or, à la question de savoir « qui devrait exercer cette autorité », la réponse est plurielle du fait de la politique en vigueur dans la commune ainsi que partout dans le pays. Le pays a choisi le régime démocratique comme modèle de gouvernance mais dans la pratique, il demeure dans l'anarchie par sa gestion de l'hygiène et de l'assainissement de base. L'Etat central a établi des normes en matière d'hygiène de base mais les communautés à la base ont des pratiques non conformes et chacun essaye de la gérer selon ses moyens et à sa guise. L'Etat a choisi la décentralisation comme approche de gouvernance. Mais l'absence des mesures d'accompagnement a poussé les communautés à agir exactement comme dans les sociétés segmentaires où chaque clan se gère de manière autonome. Ceci n'a pas permis une appropriation du contenu des règles instituées par le Code d'hygiène publique. Ce qui a facilité le foisonnement des comportements antihygiénique de même que la proximité des dépotoirs aux habitations dans la

commune. En somme, l'analyse des données cadrée sur le constructiviste structuralisme de Bourdieu, l'anarchie et la formation de l'esprit de discipline de Durkheim a permis d'envisager une bonne pratique de la démocratie et une approche de Développement Conduit par les Communautés elles-mêmes pour remédier à cette situation.

L'ensemble des outils élaborés conformément aux exigences de la problématique abordée a permis d'aborder efficacement les acteurs pour la collecte des données sur le terrain lors des enquêtes proprement dites.

## 2-4 : Enquête proprement dite et échantillonnage

La collecte des données a été réalisée de manière discontinue et a duré quatre mois (Janvier, Février, juin, et Juillet 2013).

Pour comprendre les logiques et interactions sociales autour des pratiques étudiées, diverses catégories de personnes et d'institutions ont été abordées.

Les acteurs étatiques impliqués dans la conception de la politique nationale d'hygiène et d'assainissement ont été interrogés. Dans cette catégorie, il y a les agents des Ministères de la Santé (M.S) à travers la DHAB, de l'Intérieur, de la Sécurité et de la Décentralisation (MISD) ayant la tutelle des communes et le Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme (MEHU).

Au plan local, certains agents des services déconcentrés de ces ministères ont été aussi interrogés. Il s'agit du Responsable Information Education Communication (RIEC) de la SHAB, de deux assistants d'hygiène de la commune, d'un pédiatre et d'un agent du service d'épidémiologie de l'HZ, d'un infirmier et d'une sage-femme exerçant dans les centres de santé d'arrondissement de Godomey et de Womey.

Les autres acteurs interrogés relèvent d'institutions telles que les services techniques de la mairie, les ONG et autres structures privées exerçant des activités de promotion d'hygiène sur le terrain.

Pour mieux comprendre leurs rôles dans ce processus, les agents de structures de pré-collecte d'ordures ménagères, des animateurs d'AERAMR et du service technique de la mairie chargés de l'eau potable, de l'hygiène et l'assainissement ont été interrogés.

Tableau I : Tableau récapitulatif des personnes ressources des secteurs public et privé rencontrées

Catégorie de personnes ressource	Responsable à l'Information, l'Education et à la Communication	Assistant d'hygiène de la commune d'Abomey-Calavi	Pédiatre de l'HZ Ab-Calavi-So-Ava	Chef service épidémiologie de l'HZ Ab-So-Ava	Infirmière et sage-femme des centres de santé d'arrondissement de Womey et de Godomey	ST de la mairie	ONG AERAMR et COSGAC	Technicien d'action sanitaire et enseignant	Total
Secteur d'activité	Public	Public	public	Public	Public	public	Privé	public	
Effectifs enquêtés	1	2	1	1	2	2	6	5	20

*Source* : enquête du terrain

Toutes ces catégories d'acteurs s'associent pour intervenir au niveau de la communauté à la base.

L'accès aux ménages s'est fait après des entretiens avec les relais communautaires de la localité qui ont facilité ce processus.

Compte tenu de la complexité et de la dynamique du problème étudié, la méthode du choix raisonnée a été privilégiée. Mais celle-ci est complétée par la méthode aléatoire surtout dans la sélection des quartiers.

Etant donné qu'il s'agit d'une enquête qualitative, les spécificités recherchées sont celles susceptibles de permettre des analyses pertinentes se rapportant au sujet. Pour cette raison, la sélection des quartiers de ville et de villages est basée sur les spécificités et les divergences identifiées lors de nos missions d'animation dans tous les quartiers et villages de la commune d'Abomey-Calavi lors de notre stage professionnelle dans une ONG (AERAMR). Le choix des arrondissements

est basé sur les critères de proximité avec Cotonou, de couverture par le programme (PHA) et de ruralité définie dans le Plan de Développement Communal (PDC).

La répartition des ménages est faite en fonction du nombre de ménage estimé issu de la projection dans chaque quartier lors du RGPH3. Ce qui nous amène à retenir les arrondissements d'Abomey-Calavi, d'Akassato et celui de Godomey. Dans ces arrondissements, les quartiers présentant des aspects ruraux et couverts par le PHA étaient majoritaires. Les deux quartiers non couverts par le PHA étaient prisent comme témoins pour vérifier les hypothèses et voir s'il y aura une différence dans les attitudes, connaissances et pratiques étudiées. Ainsi les quartiers de villes ou de village suivants ont été retenus pour l'enquête.

**Tableau II : Tableau récapitulatif des enquêtés dans les ménages**

Commune	Arrondissements	Villages/ quartiers de villes	Quartiers de villes et de villages	Nombre de		Effectif des enquêtés (dans les ménages)	
				Ménages enquêtés	Focus group	RC	Autres membres de ménages
Abomey- Calavi	Abomey-Calavi (U)	X Kansoukpa	Déguénonhoué	6	1	2	8
			Abamè	7	0	1	10
			Sovihoué	8	1	2	8
	Akassato (R)	X Glo- Tokpa	Kohogbo	7	0	1	10
			Dofon	5	1	2	8
			Guévié	8	1	1	9
			Dogboko	9	0	1	10
	Godomey (U)	X Kpodji- Les Monts	Kpodji-Les- Monts	8	1	0	10
			Womey	15	0	0	17
	Godomey (U)	Togoudo	Tankpè	15	0	0	16
Total	3	4	10	88	5	10	106

**Source : Enquête du terrain**

Cette démarche a permis d'enquêter 172 personnes dans les ménages, 20 personnes ressources, 102 parents (à raison d'un ou de deux parents par ménage), 6 enfants, et huit (8) domestiques. Soit au total 192 personnes touchées par l'enquête. A cet effectif, le seuil de saturation est atteint.

Le choix des enquêtés s'est fait comme suit : dans un quartier cible, les ménages des relais communautaires sont les premiers à être contactés et interrogés. Vient le tour des autres ménages. Dans une rue ou une ruelle choisie au hasard, nous entrons dans une maison et nous demandons s'il y a des enfants de douze (12) ans au moins. Ces ménages sont systématiquement sélectionnés pour l'enquête parce

que c'est avec les enfants de cet âge que l'on peut réellement apprécier le comportement ainsi que le contenu des messages véhiculés pendant les séances de sensibilisation et de l'éducation au sein de la famille. Les ménages dans lesquels les deux parents sont présents et ayant au moins un enfant sont prioritaires. Dans le ménage, le guide d'entretien est administré à la mère ou la tutrice, à l'enfant même s'il est présent et au chef de ménage. Les femmes sont sollicitées que les hommes parce qu'elles sont plus impliquées dans les activités d'hygiène et proches des enfants de par leur rôle dans le processus de leur socialisation. Ceci explique la réalisation d'un plus grand nombre de focus groups avec les femmes (03) contre (02) avec les hommes dans cinq quartiers de ville ou de village. L'effectif des participants au focus est de 12 pour les femmes et 10 pour les hommes. Les entretiens individuels ont lieu dans les ménages accompagnés de l'observation des récipients de stockage de l'eau de boisson, les eaux de vaisselle, les douches, les latrines s'il y en a, les poubelles, etc.

Donc l'échantillon par choix raisonné a été utilisé pour sélectionner aussi bien les enquêtés que les sites de l'enquête. (Voir le tableau n° à l'annexe1). En ce qui concerne le choix des ménages, le cahier de nomenclature des villages et quartiers de ville d'Abomey-Calavi a été d'un grand recours.

Les données qualitatives ont été ordonnées et hiérarchisées selon les grandes tendances. Mais les travaux ne s'étaient pas déroulés sans difficultés.

## 2-5 : Difficultés

Le déroulement des travaux sur le terrain a connu beaucoup de difficultés.

Premièrement, la recherche documentaire a été malheureusement interrompue de nombreuses fois consécutivement d'abord par des problèmes de maladie et ensuite par d'autres responsabilités familiales.

La seconde difficulté est liée à la réticence des enquêtés (surtout les parents) parce qu'ils nous confondaient au départ aux politiciens qui leur auraient fait à plusieurs reprises des promesses non tenues. Dans les localités rurales, nous sommes

confondues aux agents de renseignement au service de la police sanitaire. Mais grâce aux relais communautaires, nous avons pu gagner leur confiance et mener à bien les entretiens.

Nous avons également rencontré des difficultés liées à l'absence des données statistiques fiables sur les effectifs réels des nouveaux immigrants dans les localités ciblées. Ce qui aurait pu nous aider dans l'échantillonnage. Notons qu'au niveau des arrondissements, de même qu'au niveau des archives de la mairie d'Abomey-Calavi, il n'y a aucun document qui présente des données récentes sur le plan d'action. Il n'y a pas non plus un plan d'hygiène et d'assainissement de la commune (PHAC). Ceci n'a pas facilité le travail sur le terrain.

Les coupures intempestives d'électricité ont aussi ralenti le travail car les photos ont été reprises à plusieurs reprises.

Il y a eu également le problème de mobilité de certains répondants prestataires de service qui sont absents de leur poste de travail pour diverses raisons. L'entrevue avec les employées de maison (bonnes) est difficile. Les employeurs n'aimaient pas du tout laisser les bonnes discuter avec nous. Beaucoup ont suggéré répondre à leur place. C'est pour cette raison que nous visitons les domestiques en leur absence. Ces difficultés ont perturbé la durée du déroulement des activités mais pas le processus de méthodologie adoptée.

Ce processus méthodologique a permis d'obtenir des données rendant compte de la situation autour de la problématique abordée notamment les initiatives relatives à la promotion de l'hygiène et de l'assainissement dans la commune ;

## CHAPITRE 3 : PROMOTION DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT DE BASE DANS LA COMMUNE D'ABOMEY CALAVI

### 3-1 : Brève présentation de la commune d'Abomey-Calavi

#### 3-1-1 : Situation géographique, administrative et démographique

La commune d'Abomey-Calavi est située au sud de la République du Bénin dans le département de l'Atlantique. Elle est limitée au nord par la commune de Zè, au sud par l'Océan Atlantique, à l'est par les communes de Sô-Ava et de Cotonou, et à l'ouest par les Communes de Tori-Bossito et de Ouidah. C'est la commune la plus vaste du département de l'Atlantique avec une superficie d'environ 539 km<sup>2</sup>.

Au plan administratif, cette commune compte soixante-dix (70) villages et quartiers de villes inégalement répartis sur neuf (9) arrondissements que sont : Abomey-Calavi centre, Akassato, Godomey, Glo-Djigbé, Hêvié, Kpanroun, Ouèdo, Togba et Zinvié. (INSAE : RGPH3 ; 2002)

Chaque village ou quartier de ville est dirigé par un chef qui est sous l'autorité des conseillers d'arrondissement et de la commune. Le conseil communal actuel compte 37 conseillers dont 5 femmes élus et installés suite aux élections de 2008.

Au plan démographique, la population de la commune d'Abomey-Calavi est complètement phagocytée par la ville de Cotonou pour des raisons d'urbanisation comme l'indique les statistiques du RGPH 3 de l'INSAE ci-dessous.

**Tableau III** : Projection de l'évolution de la population de la commune d'Abomey-Calavi  
(2002-2012)

<b>Arrondissements</b>	<b>RGPH2 1992</b>	<b>RGPH3 2002</b>	<b>Taux accr (%)</b>	<b>2007</b>	<b>2012</b>
<b>Akassato</b>	11 159	17 197	4,42	19 888	22 623
<b>Godomey</b>	46 132	153 447	12,77	177 458	201 865
<b>Glo-Djigbé</b>	9 317	12 827	3,25	14 834	16 874
<b>Hévié</b>	7 058	13 450	6,66	15 555	17 694
<b>Kpanroun</b>	6 463	7 421	1,39	8 582	9 763
<b>Ouèdo</b>	7 595	10 067	2,86	11 642	13 243
<b>Togba</b>	5 911	18 674	12,19	21 596	24 566
<b>Zinvié</b>	11 591	13 212	1,32	15 279	7 381
<b>Abomey-Calavi</b>	21 281	61 450	11,19	71 066	80 840
<b>Commune d'Abomey-Calavi</b>	126 507	307 745	9,30	355 900	404 849
<b>Département de l'Atlantique</b>	529 546	801 683	4,23	927 128	1 054 641
<b>Bénin</b>	4 915 555	6 769 914	3,25	7 829 250	8 906 047

*Source* : Tableau inspiré du cahier des villages et quartiers de ville du département de l'Atlantique. (INSAE, RGPH3 2002)

Ce tableau montre un taux d'accroissement élevé (9,3%) qui fait le triple du taux national (3,2%). Cette population est également caractérisée par une hétérogénéité du point de vue ethnique avec une dominance des Aïzo (32,6%) et des Fon (28,9%). On note aussi la présence des autres ethnies telles que les Toffin, les Adja, les Yorouba, les Dendi, les Baatombou, et autres. Cette caractéristique a été confirmée par les résultats de nos enquêtes sur le terrain. Cette population est constituée de sous-groupes sociaux formant des familles au sein desquelles se

déroule la vie quotidienne. On note aussi dans la commune des infrastructures socio communautaires.

### 3-1-2 : Infrastructures socio communautaires

L'observation des infrastructures scolaires, sanitaires et hydrauliques est incontournable dans l'étude de la problématique d'hygiène et de l'assainissement de base.

En effet, l'éducation occupe une place importante dans le processus de socialisation au sein d'une société. Ainsi, la commune d'Abomey-Calavi dispose d'un grand nombre d'établissements d'enseignement primaire, secondaire et supérieur qui appuient les parents dans l'éducation de la population.

Sur le plan sanitaire, cette commune forme avec celle de Sô-Ava une zone Sanitaire. Elle abrite également l'hôpital de zone (HZ) ainsi que plusieurs autres formations sanitaires. Ces dernières jouent un rôle important dans la mesure où c'est en leur sein que se situe le service d'hygiène et d'assainissement de base. Dans cette même zone sanitaire, le sous-secteur d'hygiène et d'assainissement de base est animé par Sept (7) agents dont un technicien d'hygiène, deux assistants à Sô-Ava. La commune d'Abomey-Calavi avec ses neuf arrondissements ne disposent que de quatre assistants d'hygiène assistés de deux relais communautaires par quartiers de ville et de village. Mais depuis 2009 les activités de sensibilisation sont suspendues sur le terrain. Ce qui engendre des problèmes environnementaux notamment ceux de l'eau potable et de l'évacuation des déchets dans toute la commune.

Par rapport à l'accès à l'eau potable, le taux de couverture varie d'un arrondissement à un autre. Tandis que 7,21 % des ménages ont accès à l'eau de la SONEB, les autres s'approvisionnent dans des forages et la grande partie de la population de la commune utilise l'eau de puits pour tout usage domestique.

**Tableau IV** : Situation actuelle de desserte et besoins futurs en points d'eau potable

Arrondissement	Taux de desserte	Besoins en points d'eau (PE) par an		
		2012	2013	2014
Akassato	19,27	167	183	200
Glo-Djigbé	115,8	125	136	149
Hêvié	18,25	131	143	156
Kpanroun	44,66	72	79	86
Ouèdo	29,26	98	107	117
Togba	31,55	182	199	217
Zinvié	44,59	129	141	154
Calavi (Kansounkpa)	71,24	23	26	28

**Source** : DST/Mairie d'Abomey-Calavi/ PDC deuxième génération, 2012

De la même manière le problème d'évacuation des déchets se pose avec acuité aussi bien au niveau des établissements classés (écoles, marchés, places publiques et centres de santé) qu'au niveau des ménages.

Pourtant, il existe de nombreuses initiatives et dispositions légales en matière de promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base.

### 3-2 : Initiatives relatives à la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base

#### 3-2-1 : Brève présentation des normes réglementaires

##### En matière d'hygiène publique

Elles sont nombreuses mais visent le même objectif : celui de rendre sain le cadre de vie des populations afin de protéger leur santé et de protéger les ressources naturelles pour permettre aux générations futures de mieux vivre. Il s'agit de :

- La Constitution du 11 décembre 1990 en ses article 27 et 28 qui stipulent respectivement que : « Toute personne a droit à un environnement sain, satisfaisant et durable et a le droit de le défendre. L'Etat veille à la protection de l'environnement ». Et « Le stockage, la manipulation et l'évacuation des déchets toxiques ou polluants provenant des usines et autres unités

industrielles ou artisanales installées sur le territoire national sont réglementés par la loi.»

- Le Code d'hygiène décrit les règles d'hygiène publique, à respecter et sert de base pour la définition des dispositifs à mettre en œuvre dans chaque composante de l'assainissement et l'adoption de comportements adaptés.

Lesdites règles concernent l'hygiène des places publiques et des plages, l'hygiène des habitations, l'hygiène des denrées alimentaires, l'hygiène de l'eau pour diverses utilisations, l'hygiène sur les voies publiques, l'hygiène des établissements classés, et l'hygiène relative à la lutte contre le bruit et la lutte contre la pollution du milieu naturel. En ses articles 2, 3, 4, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 19, 34,35, 59, 67, 69, 70, 72,75, 76, 77, 78,80, etc ... ce code indique des comportements à suivre rigoureusement au quotidien dans les habitations.

- la politique nationale d'assainissement élaborée en 1995 définit les responsabilités institutionnelles et propose des options technologiques appropriées pour les différentes composantes de l'assainissement.
- Les lois sur la décentralisation : loi 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin confère à la commune la maîtrise d'ouvrage dans le domaine de l'assainissement sur son territoire dans le respect de la stratégie sectorielle, des réglementations et des normes nationales en vigueur. Cette loi responsabilise, par exemple, les communes aux activités de collectes et de traitement des ordures ménagères produites dans les ménages.
- La loi N° 98- 030 du 12 février 1999 portant loi-cadre sur l'environnement pose le problème en ses articles 15, 16, 28, 38, 74, 112, 113 définit les comportements adéquats et des sanctions en cas d'infraction. Par exemple, les articles 15 et 16 et 28 indique que : «Nul ne doit émettre, déposer, dégager, rejeter ou permettre l'émission, le dépôt, le dégagement, l'enfouissement ou le rejet dans l'environnement d'un contaminant au-delà de la qualité ou de la

concentration prévue par des lois et règlements » ; « Quiconque est responsable ou a connaissance de la présence accidentelle dans l'environnement d'un contaminant doit aviser les autorités compétentes sous peine de poursuites pénales » et « Les déversements, écoulements, rejets, dépôts directs ou indirects de toute nature pouvant provoquer ou accroître la pollution des eaux sont interdits, sous réserve des dispositions de l'article 38.

- Le code de l'eau
- Le programme national d'assainissement de base élaboré en 2003 présente les stratégies et activités formulées et à mettre en œuvre pour cinq ans. Ce document est actuellement en cours de reformulation pour intégrer les nouvelles données. Le décret n° 97-624 du 31 décembre 1997 portant structure, composition et fonctionnement de la police sanitaire
- L'arrêté interministériel portant réglementation des activités de collectes, d'évacuation, de traitement et d'élimination des matières de vidange en République du Bénin ;
- Le nouveau code de l'eau votée en 2010, etc.

Ces dispositions légales et réglementaires sont complétées par des stratégies sous-sectorielles qui détaillent les modalités de mise en œuvre des politiques. Il s'agit de :

- document de mise en œuvre de la promotion de l'hygiène et de l'assainissement (PHA) validée en 2007 ;
- stratégie nationale d'assainissement des eaux usées en milieu urbain adoptée le 5 décembre 2007 pour la période de 2008 à 2015 ;
- stratégie nationale de gestion des déchets adoptée en 2008 ;

Toutes ces conditions sont normalement prévues pour canaliser les comportements des acteurs à la base afin d'améliorer leur cadre de vie.

L'observance de ses règles est en principe obligatoire et quiconque n'obéit pas à ces principes devrait subir la répression conformément à des dispositions spécifiques prévues à cet effet.

### 3-2-2 : Mesures dissuasives de lutte contre le non-respect de l'hygiène et de l'assainissement de base.

Selon nos enquêtés, ces mesures sont de plusieurs ordres :

Il y a celles formellement définies dans le code d'hygiène.

Le code d'hygiène dans son chapitre IV traite des pénalités applicables aux non-respects des dispositions définies dans les chapitres précédents.

C'est par exemple les cas des transgresseurs des articles 2 stipulant que « Tout dépôt d'immondices, ou de détritrus sur les trottoirs, les chaussées, rues et places publiques est interdit » et 13 « Tout occupant d'une habitation ayant une façade sur une rue est tenu d'assurer la propreté des abords immédiats » Le contrevenant sera passible d'une amende de 2000 à 20000 francs. Sa peine sera portée au double en cas de récidive.

Ensuite les articles 18 et 19 stipulant que « Dans les concessions, les ordures ménagères doivent être conservées dans les poubelles réglementaires. Tout dépôt d'ordures à l'intérieur ou à l'extérieur des habitations, non conformes à la réglementation est interdit ». Ensuite, « Est interdite, la conservation dans les habitations des objets ou récipients de toute nature, boîtes vides, décombres, épaves de véhicules ou autres, susceptibles de constituer des gîtes à larves de moustiques ». Tout contrevenant à ces deux règles est frappé d'une amende de 3000 à 30 000 francs CFA et sa peine sera portée à double en cas de récidive.

- L'article 9 de la même loi dit que : « En zone rurale, il peut être procédé à l'enfouissement ou à l'incinération des ordures dans un endroit aménagé à cet effet situé à plus de 200m des dernières habitations et à plus de 50m d'un point d'eau.... ».

- L'article 10 « interdit de construire sur la voie publique des puisards, fosses septiques ou tout autre ouvrage d'assainissement ».
- L'article 12 « interdit formellement d'uriner ou de déféquer aux abords des voies publiques. » tout contrevenant aux dispositions des deux articles sera passible d'une amende de 50 000 à 500 000 francs CFA, etc.

Ainsi, toutes ces dispositions montrent théoriquement qu'il y a une volonté politique de contraindre les populations à adopter des comportements hygiéniques dans la sphère domestique.

Mais la mise en œuvre de ces dispositions se situe dans un cadre institutionnel dont les prérogatives sont bien définies.

A côté de ces normes relevant de la sphère administrative voire judiciaire, on note à l'échelle sociale ou communautaire, le sentiment de gêne qu'éprouvent les personnes qui ont été surprises en flagrant délit de mauvais comportements hygiéniques.

Par exemple lors de nos visites inopinées intra domiciliaires, les chefs de ménages ou les femmes nous présentent systématiquement des excuses pour n'avoir pas mis des choses en ordre avant notre arrivée. Cet acte apparemment simple exprime que ces acteurs sont conscients que la mauvaise pratique d'hygiène est nuisible pour la société. Dans toutes les sphères évoquées, il existe des acteurs qui à travers leurs différents rôles influencent la situation de l'hygiène et de l'assainissement dans le milieu.

### 3-3 : Rôle des acteurs chargés de la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base.

Plusieurs catégories d'acteurs interviennent directement ou indirectement dans la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base. Ils relèvent souvent :

#### 3-3-1 : Institutions publiques

L'Etat à travers quatre départements ministériels et leurs services déconcentrés :

- Définit la politique nationale du secteur de l'assainissement et planifie sa mise en œuvre ;
- Ajuste et actualise la réglementation, les normes, la définition des options techniques principales ;
- Assure l'orientation et la coordination des actions de l'Etat et des partenaires du secteur ;
- Fixe des objectifs sectoriels et recherche les financements nécessaires ;
- Accompagne et facilite le processus de transfert des compétences et des ressources nécessaires à l'exercice de ces compétences ;
- Apporte une assistance-conseil aux communes au travers d'actions d'information, de formation et d'assistance technique ;
- Finance certains investissements lourds dépassant la capacité de financement des communes et de l'intercommunalité tels que les décharges finales, les stations de traitement des eaux, des travaux d'assainissement fluvial ;
- Définit des programmes de recherche ;
- Evalue le secteur, etc.

Tous ces rôles sont répartis aux niveaux des Ministères de l'Energie et de l'Eau(MEE), du Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature (MEPN), du Ministère de l'Urbanisme, de l'Habitat, de la Réforme Foncière et de Lutte contre l'Erosion Côtière (MUHRFLEC), du Ministère de la décentralisation (MD) et du Ministère de la Santé Publique (MSP). A cela s'ajoute le nouveau ministère de l'assainissement et des OMD.

Jusque-là, aucun ministère n'a le monopole de coordonner la totalité des actions du secteur de l'assainissent.

Par contre, le MSP abrite la Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base (DHAB), participe à la conception et à la vulgarisation des informations en matière d'hygiène conformément au décret N° 2006/396 du 31/07 /06.

En effet, depuis la conférence d'Alma-Ata (1978), il a été décidé dans les recommandations que le secteur de l'approvisionnement en eau potable, de

l'hygiène et de l'assainissement de base soit intégré dans les Soins de Santé Primaire (SSP) pour atteindre l'objectif de la santé pour tous.

La DHAB à travers ses services déconcentrés (SHAB) et autres assure alors une responsabilité très importante dans l'éducation des populations en matière d'hygiène. Selon la réforme de la pyramide sanitaire en vigueur au Bénin depuis 1995, le pays est divisé en trente-quatre (34) zones sanitaires dont celles des départements de l'Atlantique et du Littoral. A ce jour, les départements de l'Atlantique et du Littoral comprennent sept zones sanitaires à savoir : les zones sanitaires Cotonou I et IV, Cotonou II et III, Cotonou V, Cotonou VI, Ouidah-Kpomassè-Torri-Bossito, Allada-Toffo-Zè et celle de Sô-Ava-Abomey-Calavi retenu pour cette étude. Au sein de chaque zone sanitaire existe un service d'hygiène et d'assainissement de base animé par un technicien responsable et des assistants. Le technicien responsable de l'hygiène et de l'assainissement participe aux tâches relatives à la planification, au suivi et à l'évaluation des activités de la zone sanitaire.

A cet effet, il assure l'organisation des activités relatives à la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base sur toute l'étendue du territoire de la zone sanitaire. Ainsi, les activités tournent autour de la supervision, la formation, le recyclage des agents d'hygiène et du personnel de la zone sanitaire. Les activités s'étendent également à l'appui à la recherche ; à la sensibilisation des populations et des élèves sur l'hygiène et l'assainissement de base ; à la gestion des déchets biomédicaux et au contrôle de l'entretien des ouvrages d'assainissement dans la zone sanitaire.

Il est appuyé par les assistants d'hygiène et les relais communautaires sélectionnés au niveau de chaque localité.

### **3-3-2 : Municipalité**

La commune entant que maître d'ouvrage dans le domaine de l'assainissement a une importante responsabilité depuis la loi N°97-029 du 15 Janvier 1999 portant

organisation des communes en République du Bénin. Elle a l'obligation, selon cette loi d'assurer :

- La collecte et le traitement des déchets solides autres que les déchets industriels,
- La collecte et le traitement des eaux usées
- La sensibilisation etc.

A cet effet, la mairie d'Abomey-Calavi a mis en place au niveau de la direction des services techniques un agent chargé de la gestion de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement de base.

Le nombre d'agent de ce service étant limité, la mairie est obligée de faire recourt au service des compétences extérieures du secteur privé.

### **3-3-3 : Secteur privé et autres acteurs**

Cette catégorie d'acteur est constituée d'artisans, des bureaux d'études et des ONG. Il s'agit des :

- Des maçons qui construisent des latrines
- Des bureaux d'études et les ONG qui réalisent diverses prestations : appui et conseil à l'élaboration de la programmation des activités communales, intermédiation sociale, balayage et curage des caniveaux, pré collecte des déchets ménagers solides, etc.

Il y a également les écoles publiques ou privées qui sont chargées de la sensibilisation des élèves sur les bonnes pratiques d'hygiène, le fonctionnement et l'utilisation des latrines.

De même, les centres de santé privés comme publique sont chargés d'appuyer les agents d'intermédiation sociale dans les programmes de promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base. Au sein des centres départementaux de santé se trouve la police sanitaire pour contrôler la mise en œuvre de la réglementation nationale et communale en matière d'hygiène. Donc la police sanitaire à laquelle fait recourt Abomey-Calavi est logée à la SHAB à Ganhito.

### 3-3-4 : Communautés

Elles sont à la fois les acteurs et les bénéficiaires des dispositifs pour l'amélioration de l'assainissement. Elles jouent un rôle primordial dans l'identification des activités à mener et dans leur mise en œuvre. Elles participent directement au financement de l'assainissement en réalisant des ouvrages individuels pour l'évacuation des excréta, des eaux usées et pour la pré collecte des déchets solides. Elles désignent deux relais communautaires par localité pour assurer au quotidien la promotion de l'hygiène et de l'assainissement au niveau local. Elles s'appuient également sur les groupements et associations pour la diffusion et la mise en œuvre des réformes.

Donc, théoriquement plusieurs structures ont la responsabilité de veiller à ce que les communautés aient les bonnes pratiques d'hygiène au quotidien. Comment se présente alors la situation dans le quotidien des différents acteurs au sein des ménages ?

## CHAPITRE 4: SITUATION DE L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT DE BASE DANS LE QUOTIDIEN DES MENAGES VISITES

Parmi les concepts clarifiés au début de ce travail, l'hygiène avait été définie comme l'ensemble d'usages, de pratiques, de règles, de méthodes, de mesures et de techniques qui favorisent la santé, en limitant les occasions de contamination ou en diminuant leurs influences. Alors pour apprécier la situation d'hygiène dans des localités visitées, il est nécessaire d'observer certaines de ses composantes telles que l'eau utilisée par la communauté, le mode d'évacuation des eaux usées ainsi que des excréta, la fréquence du lavage des mains à l'eau et au savon, l'hygiène alimentaire et corporelle.

### 4-1 : Hygiène autour de l'eau de boisson

Ce travail ne s'est pas intéressé aux analyses chimiques, ni bactériologie des eaux utilisées dans les ménages visités. Cependant, il s'est servi des résultats d'une autre étude descriptive sur la qualité de l'eau dans la commune d'Abomey-Calavi pour approfondir ses analyses sociologiques. Ce travail s'est plutôt basé sur l'observation des gestes liés au stockage et à la manipulation de cette eau depuis la source jusqu'à la consommation à domicile.

Dans les quartiers de ville et de village visités, les ménages s'approvisionnent en eau à travers des sources variées.

Dans les quartiers Womey et Tankpè, ce sont les puits traditionnels qui fournissent l'essentiel de l'eau destinée pour tous les usages de la famille. Ces puits sont construits sans aucune règle de sécurité pour garantir la qualité de leur eau. Rares parmi ces puits sont traités selon les normes indiquées par les services sociaux de base. Pour garantir la potabilité de l'eau, les ménages utilisent diverses méthodes. Certains couvrent leur puits à l'aide des couvercles en tôle ou en béton. D'autres ajoutent les produits chimiques tels que l'hypo chlorite de sodium (eau de javel)

qu'ils mettent directement dans les puits ou dans les récipients de stockage des eaux déjà puisées. La méthode de puisage des eaux de ces puits sont des récipients munis de corde et /ou de poulie. L'usage de la poulie est relatif à la profondeur du puits. Ces récipients ne sont généralement pas bien entretenus. Par contre, certains propriétaires utilisent des tanks munies des machines immergées ou émergées pour pomper l'eau des puits traditionnels. Ces ménages pour la plupart traitent leur puits à l'aide des granules de l'hypochlorite de calcium. Mais ils ne respectent généralement pas le délai de validité de ces produits.

En saison pluvieuse, les eaux de pluies sont recueillies dans des récipients pour un usage domestique. Certains ménages l'utilisent aussi bien comme eau de boisson qu'à tous les autres usages domestiques (lessive, vaisselle, lavage des mains et même cuisson des aliments.)

Selon les témoignages de certains répondants, l'eau de pluie est naturelle, plus douce et plus facile à boire que la plupart des eaux de forage. Elle est également gratuite et d'accès plus facile.

Par ailleurs, il y a eu une pratique culturelle évoquée lors des entretiens avec les groupes de femmes. Il s'agit du rituel de consommation de l'eau de ruissellement par les nourrissons. L'une des participantes de Sovihoué explique :

*« ..... Ordinairement, lorsqu'un nourrisson pleure sans cesse sa mère va se mettre dans un endroit où l'eau de ruissellement passe lorsque la pluie commence. A l'arrivée des premières eaux, la mère prend dans le creux de sa main un peu d'eau qu'elle donne à boire au nourrisson. L'enfant prend une gorgée et la mère jette le reste. Cette dernière se déplace rapidement pour rattraper le début de ruissellement et prend encore comme au premier geste. S'il s'agit d'un garçon, le geste est répété neuf fois. Mais s'agissant d'une fille, elle prend sept gorgées de cette eau. Après ce rituel, l'enfant se calme automatiquement. L'effet serait immédiat ».*

Ceci lutte efficacement contre l'anxiété et l'irritation des nouveau-nés. Ce rituel de « ayissoun » apaise l'enfant et renforce son système immunitaire... ».

Mais dans l'ensemble, un seul ménage sur les (30) enquêtés dans les quartiers Womey et Tankpè utilise l'eau de forage. Il s'agit d'un forage acquis à titre individuel par un propriétaire qui a récemment émigré de Cotonou.

Dans les autres localités, en plus des puits traditionnels et l'eau de pluie, les ménages s'approvisionnent dans des puits modernes (puits à grande diamètre) et dans des Forages munis de pompe à motricité humaine (FPM). Il s'agit des localités comme Kansoukpa (Déguénonhoué, Abamey et Sovihuoé) et Glotokpa (Dofon, Dogboko, Guévié et Kohogbo).

A Kpodji-Les-Monts, les ménages s'approvisionnaient dans une source de la SONEB. Mais pour des raisons de non paiement de facture, ils ont été suspendus depuis une décennie environ, ce qui explique l'usage des puits traditionnels comme source dominante d'approvisionnement en eau.

Dans tous les ménages visités, l'eau de boisson est stockée à l'intérieur des habitations dans des récipients bien couverts.

A la question de savoir quelles sont les précautions qui entourent les récipients de stockage de ces eaux de boisson, les enquêtés ont répondu qu'ils se ravitaillent tous les deux jours ou tous les trois jours. Ils ont également signalé qu'un récipient de stockage de l'eau de boisson devrait être vidé et lavé à chaque fois que l'eau est renouvelée. Mais ce principe n'est pas partout respecté.

Les gobelets de puisage de l'eau de boisson sont déposés soit au fond du récipient de stockage, soit par terre, ou sur le couvercle. Seulement 34 gobelets sur les 88 observés sont bien positionnés sur le couvercle du récipient. 12 récipients sur 88 n'ont pas de gobelet de puisage. Dans ce cas de figure, tous les récipients peuvent être utilisés lors prélèvement pour la consommation de l'eau. A la première visite intra domiciliaire, 34% des récipients n'avaient pas de gobelet de puisage. Mais à notre deuxième passage, c'est seulement 14 % des récipients qui sont sans gobelet.

Cependant, l'eau destinée aux autres usages domestiques tels que la cuisine, la vaisselle, la toilette corporelle et la lessive sont mal ou pas du tout couverts.

De même, lors du transport de l'eau de la source jusqu'au niveau de leur utilisation, sur 523 cas observés, 297 récipients n'ont pas été couverts. Les enquêtés estiment que le peu de temps que dure le transport ne pouvait pas permettre la contamination de l'eau. Par ailleurs, les alentours des points d'eau sont plus ou moins propres sauf que dans 17 cas, les puits traditionnels sont à proximité des latrines. La distance de sécurité n'est pas respectée pour garantir la potabilité de l'eau car les latrines sont de véritables foyers de prolifération des microbes et de propagation des infections. De même, les eaux usées et les ordures ménagères sont gérées au niveau individuel dans les ménages.

#### 4-2 : Mode d'évacuation des eaux usées

Le problème de l'évacuation des déchets domestiques solides comme liquide se pose avec acuité sur tout l'ensemble du pays. Au Bénin, environ 89 % déversent les eaux usées dans la nature. En milieu urbain comme en milieu rural, il n'existe aucun réseau collectif d'assainissement dans la commune. (EMICoV 2010)

L'évacuation des eaux usées ménagères se fait de manière individuelle. Ce sont des eaux qui proviennent de la cuisine, de la douche, de la lessive etc.

Sur le terrain, diverses méthodes sont utilisées pour évacuer ces eaux. 46 ménages sur les 88 utilisent des puisards pour les eaux de douche. Et parmi ces derniers, 25 ménages utilisent aussi bien des douches munies de puisard que des douches sans puisard. Pour la plupart de ces cas, ce sont les parents qui utilisent les douches à puisard mais les enfants, les collatéraux et les domestiques utilisent des douches sans puisard.

De même, 12 ménages possèdent des puits perdus dont 5 en mauvais états. Donc 20 ménages sur les 88 n'ont ni de puits perdus ni puisard pour recueillir les eaux usées provenant de la douche. Signalons que dans les ménages visités, le nombre de douches va de 1 à 4. Quant aux eaux usées provenant de la cuisine, de la lessive et autre activité domestique, elles sont jetées dans la nature sans aucune autre

précaution. Il arrive très souvent que ces eaux usées soient jetées ensemble avec des débris de nourriture aux mêmes endroits que les déchets solides et parfois des fèces des enfants.

#### 4-3 : Mode d'évacuation des excréta

Par rapport aux lieux d'aisance, il existe une disparité entre les localités visitées. Les nouvelles habitations possèdent toutes des latrines. Ceci explique le fait que dans certains endroits où il y a une forte concentration de nouvelles habitations, il existe également un nombre élevé des latrines. Mais ce sont des latrines familiales. Dans de nombreuses concessions qui abritent beaucoup de ménages, les latrines sont partagées par ces derniers. C'est par exemple le cas des localités de Womey et de Sovihoué. Dans ces mêmes localités, les ménages utilisent plus de latrines que ceux des autres localités. Ceci est lié à l'arrivée de beaucoup de nouveaux acquéreurs dans ces milieux. Sur les 38 ménages enquêtés, 26 possèdent des latrines dans leur maison. Parmi ces 26 ménages, 7 possèdent des latrines à chasse d'eau. Ces latrines sont situées à l'intérieur des habitations. Tous les 7 ménages ont en plus des latrines à chasse, d'autres latrines en cabine situées à l'extérieur des habitations réservées aux visiteurs.

Par contre dans les 7 autres localités, il y a une minorité de ménages qui disposent de latrines. Notons également que la plupart de ces latrines ne sont ni bien entretenues ni bien utilisées. De nombreuses latrines traditionnelles sont construites sans aucune règle de sécurité. La superstructure est quelque fois constituée de matériaux précaires tels que les vieilles tôles, des branchages de palmier ou de cocotier, etc. En dehors des latrines à chasse d'eau, les trous de défécation de la majorité d'entre elles sont ouverts. Beaucoup parmi ceux qui sont fermés le sont avec des couvercles non appropriés. Rares sont des latrines qui disposent de balais dans leur cabine. Rares sont également des ménages qui disposent d'eau et de savon à proximité de leurs latrines. Dans beaucoup de latrines, on note la présence des insectes tels que les cafards, les mouches ainsi

que les papiers qui traînent sur les cabines. Ces cabines dégagent des odeurs nauséabondes.

Au cours de nos investigations, nous avons également constaté que de nombreuses latrines en construction sont restées inachevées. Les raisons évoquées pour justifier cet état de chose sont : la faible capacité financière et la sous information des ménages ou bien les litiges domaniaux ou encore la mort du chef de ménage qui a entamé ce projet de construction de latrine. Mais dans la majorité des cas, de nombreux ménages font encore leur besoins dans la nature. Les raisons évoquées pour justifier cela sont la faible capacité financière et la sous information des ménages ou bien les litiges domaniaux ou encore la mort du chef de ménage. Par ailleurs, les jeunes enfants pour la plus part font leurs besoins soit à même le sol dans la cours ou dans les pots. Ces fèces sont ensuite enterrées sur place dans la cour ou bien jetés dans la poubelle ou sur les tas d'ordures ménagères situées non loin des concessions.

En somme, chaque ménage essaye d'évacuer ses excréta selon ses propres stratégies. Il en est de même pour les ordures ménagères.




#### **4-4 : Mode d'évacuation des ordures ménagères**

Cette étude ne s'est pas préoccupée de la gestion technique ou financière des ordures ménagères. Elle s'est seulement préoccupée de la description des normes et des pratiques relatives à leur évacuation du ménage. Ainsi, il a été remarqué sur le terrain que les ménages sont des grands producteurs d'ordures ménagères. Du fait de leurs activités pour la survie de leurs membres, les ménages produisent au quotidien une grande quantité d'ordures. Celles-ci ne sont rien d'autres que des résidus issus de la cuisine, des restes de nourritures, etc. A ces types de résidus s'ajoutent ceux issus du nettoyage de la cours, des chambres et des alentours de la concession. Le rôle de nettoyage de la maison est culturellement assuré par les femmes et les filles du fait de la division sociale du travail.


Selon nos investigations, 70% des enquêtés ont déclaré que les déchets domestiques qu'ils produisent dans les ménages sont collectés dans des poubelles avant d'être jetés dans des trous ou dans la nature non loin des concessions. Ces trous sont creusés pour enterrer les ordures ou bien ayant servi de mottes de terre pour la construction des maisons. Les poubelles sont pour la majorité des cas des récipients en état de dégradation, des sacs de ciments ou des sachets. Ils sont souvent ouverts et déposés soit à l'entrée des maisons ou dans un coin de la cour. Mais chez une minorité, elles sont constituées de tonneaux ou des récipients en plastique bien fermés.

Dans la plupart des ménages, les poubelles sont vidées les matins et les soirs après chaque balayage. Une fois le tas constitué, les ordures sont enterrées ou brûlées afin de diminuer leur ampleur.

Dans d'autres cas, les ménages se sont abonnés aux structures de pré collecte qui viennent ramasser les ordures dans leur maison une ou deux fois par semaine à titre payant et selon un contrat à durée déterminée. Ces dernières les acheminent vers les points de décharges communes. Ces structures utilisent des brouettes et des tricycles à cette fin. D'autres même se servent des véhicules hors d'usage, non immatriculés pour transporter ces ordures comme le montrent les photos N° 1 ; 2 et 3 ci-dessous.

		
<p><u>PhotoN°1</u></p>	<p><u>Photo N°2</u></p>	<p><u>PhotoN°3</u></p>
<p><b>Commentaire :</b> Les photos de terrain prises en mars 2013 présentant l'état du matériel de collecte des ordures ménagères dans le milieu étudié. Ce véhicule, sans numéro matricule transporte les ordures ménagères dans les agglomérations d'Agori, Zogbadjè, Tankpè et Womey.</p> <p><b>Source :</b> BOKINI, Mars 2013</p>		

Les points de regroupement des ordures ainsi transportées sont le plus souvent des parcelles vides non encore exploitées par leur propriétaire toujours à l'intérieur des habitats. Ceci explique la présence de nombreux dépotoirs sauvages dans les localités par couru est elles les photos N°4 ; 5 et 6 ci-dessous.

		
<u>Photo 4</u>	<u>Photo 5</u>	<u>Photo 6</u>
<p><u>Commentaire</u> : Les photos ci-dessus présentent des carrés vides transformés en dépotoirs sauvages à Tankpè et à Womey.</p> <p><u>Source</u> : BOKINI, Mars 2013</p>		

La proximité de ces ordures nécessite une hygiène corporelle et alimentaire rigoureuse.

#### 4-5 : Hygiène corporelle

Celle-ci concerne le lavage des mains à l'eau et au savon, la toilette corporelle, l'hygiène des ongles, des dents, des cheveux et le lavage des vêtements.

Des investigations sur le terrain ont montré que le dispositif pour le lavage des mains à l'eau et au savon est inexistant dans de nombreux ménages. A peine 10% des ménages disposent d'endroit aménagé pour se laver les mains. Pour la majorité des cas, le lavage des mains se fait avant et après les principaux repas et l'usage du savon se fait à titre exceptionnel.

Par contre, tous les ménages disposent de douche qui varie selon leur standing de vie. Tous les enquêtés ont unanimement reconnu qu'il est indispensable de se laver au moins deux fois par jour et surtout la nuit avant d'aller au lit. Les femmes ont déclaré qu'il faut également deux bains pour les enfants. Mais dans ce cas, qu'il n'est pas bon de laver un enfant dans une douche externe lorsqu'il fait déjà

sombre. Lorsqu'il fait sombre, il faut le laver dans une bassine à l'intérieur des habitations afin d'éviter que les esprits maléfiques le perturbent. Il en est de même pour les femmes enceintes.

Ensuite, il a été signalé que le nettoyage des ongles doit être fait toutes les deux semaines pour les femmes et toutes les quatre semaines pour les hommes.

S'agissant des dents, tous les enquêtés ont déclaré que le brossage des dents devrait être fait le matin au saut du lit et les soirs au couché. Mais pour environ 25% des enquêtés, les dents devraient être nettoyées après chaque repas. Selon les femmes, le nettoyage des dents se fait dès leur apparition chez les enfants. Cependant lorsqu'il s'agit de l'hygiène des ongles, elle se fait régulièrement selon le rythme de croissance de l'enfant. Lorsque l'enfant commence à ramper, il faut lui nettoyer très souvent ses ongles afin d'éviter les infections.

Il en est de même pour les cheveux qui sont des indicateurs important de l'hygiène. Selon les enquêtés, il est nécessaire de prendre soin de ses cheveux. Ceux qui ont les cheveux longs doivent les laver régulièrement et ceux qui les ont courts doivent les couper une à deux fois par mois. Cela permet à la cure chevelure de respirer. Cela permet également un confort et une bonne santé.

Par ailleurs, il est indispensable de laver régulièrement les habits. Selon nos investigations, le ménage doit faire une séance de lessive chaque semaine, pour éliminer les microbes et la sueur. Le lavage des habits dans les ménages relève généralement de la responsabilité des femmes et des enfants. Il se fait dans la cour ou quelques fois aux abords des points d'eau potables. Il est constaté sur le terrain que les habits une fois lavés sont séchés au soleil soit sur les cordes exposées dans la cour des concessions, par terre ou sur des herbes. En dehors de tous ces éléments ci-dessus évoqués, l'étude s'est également intéressée aux précautions qui entourent les aliments que consomment les enquêtés.

## 4-6 : Hygiène alimentaire et cohabitation des animaux domestiques

Cette étude ne s'est pas intéressée au détail de l'alimentation des enquêtés, elle s'est seulement intéressée aux pratiques autour de l'alimentation en étroite liaison avec la problématique étudiée. Les observations lors des visites intra domiciliaires ont été d'un grand apport à ce niveau.

Lors de ces visites, le constat est que beaucoup de ménages ne prennent pas soins de leurs ustensiles de cuisine. Les eaux de vaisselles sont laissées dans les récipients du matin jusqu'au soir. Les marmites déjà utilisées sont laissées ouvertes. De même, les assiettes et les bols utilisés ne sont pas lavés après leur utilisation. Ils sont entassés dans un coin de l'arrière-cour ou dans la cour et ceci accompagné d'un pullulement des mouches et autres animaux domestiques.

Ce phénomène est dû au fait que dans ces localités, les ménages font l'élevage des animaux à domicile. Nombreux sont des ménages qui n'aménagent pas des enclos pour leurs animaux. Parfois certains enferment ces animaux dans les habitations pour éviter des vols qui s'opèrent régulièrement les nuits.

De façon globale, ces quelques mesures d'hygiène ci-dessus décrites expriment le quotidien des ménages visités.

Est-ce qu'elles sont suffisantes pour garantir la santé des membres des ménages visités ? Sinon quelles analyses suscite leur situation ?

La réponse à ces questions fait l'objet du prochain chapitre.

## CHAPITRE 5 : PERCEPTIONS DES ACTEURS SUR LES QUESTIONS D'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT DE BASE

La situation d'hygiène et d'assainissement dans les localités visitées n'est pas reluisante lorsqu'on la compare aux normes en vigueur.

Les différents acteurs intervenant dans ce domaine éprouvent des difficultés à établir les normes dans les pratiques quotidiennes.

Dans l'ensemble, ces difficultés relèvent du dysfonctionnement au niveau de l'éducation sanitaire. Ce dysfonctionnement se manifeste aussi bien au niveau de la définition de la politique d'hygiène que de sa mise en œuvre.

### 5-1 : Organisation des acteurs dans la conception de la politique d'hygiène.

Au Bénin, la politique d'hygiène est conçue et organisée par des institutions publiques en collaboration avec la collectivité locale depuis l'avènement de la décentralisation.

Ainsi, environ cinq ministères ont la responsabilité de définir les programmes d'hygiène et d'assainissement de base et les stratégies de leur mise en œuvre. Mais le MSP par la direction de la DHAB est celui qui est chargé de la mise en exécution de ses programmes en aidant les communes à faire le choix des méthodes et technologies appropriées. Sur le terrain, il se pose un véritable problème d'intégration horizontale et verticale des activités ce qui ne permet pas une synergie des efforts.

L'intégration horizontale consiste à relier et à coordonner toute la gamme des services de développement. Une bonne intégration doit prendre en compte l'interdépendance des différentes structures assurant la salubrité et à la propreté des places publiques et des ménages. Ce qui n'est pas le cas dans la commune d'Abomey-Calavi. Chaque structure prend ses initiatives et développe ses stratégies sur le terrain. C'est exactement comme dans une société anarchique où

l'absence de l'autorité centrale fait place à plusieurs autorités familiales. Ce faisant, l'impact ne sera pas maximisé sur le terrain.

Par exemple un responsable du collectif des structures de pré collecte des ordures ménagères ignore l'existence des services déconcentrés de la DHAB et de l'hydraulique de la commune. Ce collectif regroupe cent trente-trois structures actives dans sept arrondissements sur les neuf que compte la commune.

De la même manière, un agent d'hygiène de la commune ne connaît pas l'existence du collectif des structures de pré collecte des ordures ménagères. Il n'y a donc pas une collaboration avec ces dernières. Ceci prouve que nombreuses parmi ces structures travaillent de façon parallèle. Or, sur le terrain les deux interviennent pour la même cause : celle d'aider les ménages à mieux évacuer les déchets qu'ils produisent au quotidien.

De même, il se pose un problème d'intégration verticale dans ce secteur de l'hygiène. Cette dernière est assurée par le service déconcentré de l'hydraulique de l'Atlantique et du Littoral, les agents d'hygiène, la DST de la mairie, et des ONG partenaires de la mairie. Tous ceux-ci appuient les ménages à améliorer leur assainissement. Leur travail consiste à sensibiliser les ménages sur le péril fécal, et sur la construction des points d'eau et celle des latrines. Mais toutes les localités ne bénéficient pas de ces sensibilisations. Elles sont limitées aux localités dans lesquelles les points d'eau potable sont réalisés. Car les séances de l'IEC sont des mesures d'accompagnement des réalisations des points d'eau potable et des latrines. C'est dire que selon cette logique, l'utilisation appropriée d'un point d'eau potable est subordonnée à la pratique d'IEC. D'où les autres localités sont laissées pour compte. Donc il existe une politique sélective de sensibilisation des ménages.

Or, les ménages ne vivent pas en autarcie. Les populations sont en perpétuel mouvements. Elles communiquent entre elles à travers les alliances matrimoniales ou pour des raisons de migration et autres. Dans cette situation, il faudrait nécessairement une régularité de ce travail d'IEC afin de maintenir tous les

ménages au même degré d'information tel que cela se faisait au temps de la Révolution. La régularité ici serait un élément catalyseur du processus d'intériorisation des normes, car comme l'a souligné Durkheim, la régularité est une fonction de la morale, du bien et de ce que le groupe social prescrit. Si au cours des douze (12) premières années, l'enfant est initié aux bonnes pratiques et qu'il voit régulièrement les adultes les répéter, il les reproduira naturellement sans guide à l'âge adulte. N'est-ce pas pour cette raison que certains disent que la répétition est pédagogique.

D'un autre côté, les programmes d'hygiène sont toujours associés à ceux de l'eau potable et de l'assainissement de base. A ces trois composantes s'ajoute le lavage des mains à l'eau et au savon. Cet état de chose ne permet pas de circonscrire convenablement les variables relatives à l'hygiène afin de les budgétiser.

Par ailleurs, il y a un effort d'intégration qui devrait favoriser la gestion des questions d'hygiène : c'est le fait d'intégrer ce secteur aux soins de santé primaire de la médecine préventive. Mais l'inconvénient est qu'elle ne bénéficie pas des mêmes privilèges comme les autres composantes.

De nos investigations, ce secteur est minimisé depuis la définition de la politique jusqu'à la programmation des activités sur le terrain. Comme le témoigne la déclaration d'un assistant d'hygiène :

*« ...le secteur d'hygiène et d'assainissement de base n'est pas encore bien intégré au ministère de la santé. Au fait, la direction de la DHAB est bien là, le bâtiment est bien présent. Nous avons également une direction au niveau du département de l'Atlantique-Littoral (SHAB). Mais quand on descend à la base même, on constate que rien n'a été prévu pour nous. C'est un peu pour vous dire que nous avons été parachutés sur le terrain. De telle manière que même nos responsables hiérarchiques directs qui étaient des médecins chefs n'avaient même pas où nous mettre. Le problème de local se posait déjà. Si un médecin, un infirmier ou une sage-femme*

*étaient affectés avec nous, ils savent automatiquement là où ils doivent rester pour accomplir leur mission. Mais quand ça concerne notre corps, on ne sait pas où nous mettre. Et le cas est général. Ce n'est pas seulement chez nous ici à AB-Calavi ; c'est un problème national. Même notre responsable la technicienne d'hygiène ne travaille pas dans un cadre approprié. ... ».* (Déclaration de M. A. Assistante d'hygiène à Abomey-Calavi)

Le secteur est minimisé par rapport à l'eau par ce qu'en réalité il ne génère pas directement des ressources financière.

En dehors de ce problème, il y a également celui de la formulation de la politique d'hygiène.

## 5-2 : Formulation de la politique d'hygiène et d'assainissement de base

Dans cette rubrique, nous allons parler uniquement du contenu des programmes de sensibilisation.

Sur le terrain, le contenu d'IEC fait référence au péril fécal et précède souvent le début des programmes de promotion des latrines. Les programmes ne sont pas souvent exécutés dans leur totalité et il n'y a pas non plus un suivi à leur niveau. Au cours des discussions avec les responsables d'IEC, il a été signalé qu'entre deux projets, il n'y a pas un suivi des activités d'IEC au niveau des communautés. C'est par exemple le cas du PADSEA 2 qui a duré 3ans sur le terrain et qui n'a pas pu achever ses activités programmées. Dans les départements de l'Atlantique et du Littoral, les relais communautaires qui sont les représentants des institutions d'hygiène publique dans les localités ont été formés sur le premier cycle. Les quatre autres cycles restant sont demeurés inconnus de ces relais jusqu'à nos jours. Les activités se sont arrêtées au niveau du sondage initial. Le premier thème développé au cours de ces formations des relais n'est pas mis en pratique dans les

communautés. Il s'agissait de la promotion des latrines traditionnelles à dalle SANPLAT et de la construction des puits perdus pour les eaux usées des douches. Aujourd'hui, il n'existe pas suffisamment de latrines dans les localités. Nombreuses parmi ces dernières continuent de voir leurs habitants déféquer dans la nature. Le support d'animation élaboré et utilisé est approprié et bien accepté par les ménages. Il s'agit des boîtes à images qui illustrent bien les pratiques à encourager et celles qui sont à bannir.

Les agents d'hygiène interrogés ont déploré un manque de priorité en ce qui concerne le secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base par rapport à la composante eau potable. Cette composante absorbe plus les ressources affectées à toutes les trois.

Ce contexte révélé par les recherches montre qu'en matière d'hygiène et d'assainissement de base, il existe une absence de priorité politique et budgétaire, un manque de rigueur dans l'exécution des activités planifiées ; ce qui ne permet pas une pérennisation et une capitalisation des acquis par les bénéficiaires de ces programmes que sont les ménages.

### **5-3 : Difficultés de mise en œuvre de la politique**

Dans cette étude, seules les difficultés de transmission des normes et des valeurs relatives à l'hygiène au niveau des ménages ont été examinées.

En effet, des discussions faites dans les communautés révèlent une insuffisance chronique d'informations en faveur de l'hygiène. Nombreux parmi les enquêtés ont une connaissance vague sur les conséquences négatives liées à une pratique inappropriée d'hygiène. Ils n'arrivent pas à établir le lien entre les maladies et les pratiques à risque. Chaque catégorie d'acteurs gère ses difficultés à sa manière. Celles-ci sont de plusieurs ordres :

D'une part, il y a un déficit de personnel qualifié au niveau de la DHAB et de la collectivité locale.

Au niveau des services déconcentrés de la DHAB, l'effectif du personnel est très restreint. Les agents sont au total 7 dans la zone sanitaire Sô-Ava-Ab-Calavi. A la question de savoir combien d'agents comptent le service d'hygiène de la commune, la réponse est :

*« Nous avons un problème de sous-effectif, nous travaillons en sous nombre. Nous étions quatre pour toute la commune mais depuis un an environ, une est affectée dans le centre de santé de Godomey et elle ne s'occupe que de l'hygiène du CSA de Godomey. Maintenant nous sommes 5 agents. Mais la particularité est également que l'assistant d'hygiène qui est au niveau de la zone intervient uniquement dans l'hôpital de zone. Toutes ses activités sont centrées sur l'hygiène de l'hôpital ; il n'intervient pas en dehors de l'hôpital. Quant à la technicienne d'hygiène, elle essaie de coordonner tout ce que les autres font.*

*Donc nous ne sommes que deux à assurer l'hygiène et l'assainissement des douze centres de santé, des places publiques et des domiciles. Notons au passage qu'il y a 9 arrondissement à Abomey-Calavi ; ce qui devrait nous faire 9 CSA. Mais l'arrondissement de Godomey est tellement peuplé que le seul CSA en face de l'église ne peut pas satisfaire tout le monde. Pour cette raison, l'Etat à élargir en complétant 3 autres centres de santé pour l'arrondissement ce qui fait 4. Il y a le plus ancien en face de l'église et trois nouveaux dont l'un à Dèkoungbé, un à Cocodji et un à Womey. Donc la commune d'Ab-Calavi compte aujourd'hui 12 centres de santé d'arrondissement. Et nous sommes en nombre très restreint (2) pour faire le travail et c'est ce qui rend le travail très difficile sur le terrain. Nous nous appesantissons sur l'hygiène hospitalière....nous travaillions également avec les relais communautaires dans les localités. Ils sont au nombre de deux, identifiés en respectant le principe du genre : une femme et un homme... » (Déclaration de M.A. assistant d'hygiène à Abomey-Calavi)*

Au niveau du service déconcentré de l'hydraulique, il existe un seul agent de développement communautaire chargé de superviser toutes les activités dans les localités ayant bénéficiées des points d'eau potable. C'est justement ce service qui

fournit les outils de travail aux autres acteurs. Il s'agit des boîtes à outils recommandé par les méthodes PHAST et SARAR adaptées au contexte rural.

Au niveau de la DST de la mairie d'Abomey-Calavi, il existe un seul agent qui s'occupe de l'eau potable, de l'hygiène et de l'assainissement de base. Pour le relayer, la mairie a établi un partenariat avec certaines ONG de la place. La DST supervise les activités de ces ONG sur le terrain. Pour cette raison, un autre service de l'environnement a été créé au niveau de la mairie pour mieux couvrir la supervision qui se fait à un rythme très lent. Ce qui confirme le laxisme avec lequel le secteur est traité.

Au niveau des localités, il existe également des relais communautaires qui se plaignent à leur tour du fait qu'ils sont laissés pour compte parce que depuis 2009, ils ont espéré en vain la poursuite de leur formation pour continuer leurs activités de sensibilisation de leurs pairs. Car il manque de capacité technique pour réussir leur travail sur le terrain.

Ce déficit de capacité technique est relatif à toutes les catégories d'acteurs.

Au niveau du service d'hygiène de la commune, le personnel déclare qu'il est souvent débordé par le travail des centres de santé ; ce qui ne lui laisse pratiquement pas assez de temps à consacrer aux activités de prévention telles que l'éducation à l'hygiène dans les ménages. A cela s'ajoute le déficit logistique qui ne leur permet pas d'apporter un appui convenable aux relais communautaires dans les localités.

*« ...Regardez le cadre dans lequel nous travaillons ; vous voyez son aspect, les moyens de déplacement font vraiment défaut. Il n'y a même pas une seule moto au niveau de toute la commune avec tout ce que nous avons comme charge. Chacun utilise son propre moyen de déplacement... Déjà au niveau des centres de santé le travail n'est pas facile. Nous essayons de veiller sur la propreté de la cour à savoir : le sarclage, le balayage, le nettoyage de la cour. A l'intérieur des centres de santé, nous essayons de voir comment la gestion des déchets biomédicaux se fait. Si les poubelles*

*existent, il faut les utiliser correctement comme l'indiquent les affiches que vous voyez un peu partout. Donc on sensibilise les usagers des centres de santé sur la propreté à l'intérieur des centres de santé, au niveau des unités de soins. Nous vérifions l'adéquation des poubelles, leur étanchéité et leur couleur parce que à chaque type de déchets correspond un type de poubelle donné (confère affiche n° à l'annexe)... ensuite nous intervenons dans les domiciles. A ce niveau, nous nous appesantissons sur l'hygiène alimentaire, l'hygiène de l'eau de boisson, le lavage des mains à l'eau et au savon, l'existence des latrines et leur utilisation. ...nos thèmes de sensibilisation portent sur nos constats sur le terrain.*

*Et la remarque est généralement quand nous allons dans les maisons, même si tout semble être propre, il y a toujours quelque chose à reprocher.*

*Par rapport à l'eau de boisson, si la population concernée ne bénéficie pas d'eau courante et c'est l'eau de puits qu'elle utilise, (puits traditionnels ou à grand diamètre), ces puits sont systématiquement observés. Si nous voyons que la potabilité de leur eau n'est pas garantie, nous les sensibilisons puis nous traitons ces puits-là. Il y a plusieurs techniques de traitement des eaux. Soit on utilise l'hypochlorite de calcium ou l'hypochlorite de sodium ou carrément ont fait le traitement par pot diffuseur. Nous visitons aussi les écoles, les marchés. Nous intervenons également au niveau des boulangeries, des gargotteries (les nourritures vendues dans la rue). Nous intervenons encore au niveau des alimentations, des boutiques pour faire le contrôle de qualité et la péremption des articles vendus et denrées alimentaires, etc. notre champ d'action est trop vaste. C'est pour cela que vraiment notre travail est difficile... ». (Déclaration de M.A. assistant d'hygiène à Abomey-Calavi)*

Dans les conditions ci-dessus évoquées, est-il aisé d'exercer un contrôle social dans les ménages ?

#### 5-4 : Difficultés de répression des contrevenants

Les investigations révèlent deux modes de répression dans les localités visitées : il y a des sanctions traditionnelles et des pénalités.

Sur le plan traditionnel, le ménage qui ne respecte pas les règles d'hygiène fait la honte de sa grande famille. La femme du chef de ménage est pointée du doigt comme l'auteur de cette défaillance en général et elle constitue à son tour une honte pour sa famille d'origine. Car sur le plan culturel, la salubrité relève en grande partie de la responsabilité de la femme selon la division sociale du travail. Dans les milieux visités, toute déviance en matière d'hygiène reçoit automatiquement des sanctions de la part de l'entourage. Ces sanctions partent d'un simple regard accusateur envers le déviant jusqu'aux reproches et à son isolement partiel lors des manifestations populaires.

Par exemple, une femme malpropre n'a pas une bonne renommée dans sa localité. Ses proches évitent de consommer la nourriture qu'elle prépare. C'est un signe de mauvaise éducation. Il faut alors l'envoyer vivre auprès de sa belle-mère pour apprendre à bien entretenir son ménage. Après quelques temps, elle peut retourner chez son mari pour mener une vie normale avec les siens.

Le ménage peut être régulièrement rappelé à l'ordre par l'autorité hiérarchique de la grande famille. Ceci ne favorise pas l'harmonie au sein des familles. Elle est souvent la source des conflits qui peut amener les divorces.

Dans les arrondissements d'Akassato et de Glo-Djigbé, les femmes avaient formé des associations pour assurer l'hygiène des localités.

Chaque semaine, elles se réunissaient pour balayer, à tour de rôle, toutes les concessions de leur localité.

Mais depuis 2010, ces Associations ont cessé leurs activités pour les raisons du décès d'un membre influent et depuis la fin du projet de PDSEA 2.

A côté de cette méthode traditionnelle de répression des contrevenants s'ajoutent les mesures modernes. Et dans ce cas, les procédures sont préétablies depuis la constatation de l'infraction jusqu'aux paiements des pénalités. Ainsi, les

décisions devront suivre des réglementations en vigueur dans le pays après le constat de l'infraction.

Mais dans la pratique, l'autorité publique ne joue pas convenablement son rôle de régulation des pratiques d'hygiène pour des raisons évoquées précédemment. Des investigations sur terrain ont révélé que les répressions ne sont pas fréquentes parce que les plaintes sont rares par rapports aux taux d'infractions observées au quotidien.

Selon l'assistant d'hygiène :

*«...La remarque est que lors des visites intra domiciliaires, même si tout semble être propre, il y a toujours quelque chose à reprocher et très souvent. »*

Ensuite il ajoute :

*« Les gens viennent souvent se plaindre à nous par rapport aux questions d'hygiène. Pour certains, c'est contre leurs voisins. Par exemple, la latrine du voisin peut suinter dans la maison du plaignant. Il y a aussi les cas du non-respect de la distance entre le puits du premier et la latrine du dernier. Puisqu'il faut une distance de 15 à 20 mètres minimum entre un WC et un puits pour éviter la pollution de ce dernier. Ou parfois c'est la parcelle de l'un qui est transformée en dépotoir sauvage par l'autre. Un autre exemple, la dernière fois, un monsieur était venu se plaindre à propos de sa voisine qui vend des poissons fumés. Les deux maisons sont mitoyenne l'une de l'autre. Et au cours des opérations de fumage, la fumée dérange le voisin. Ce dernier a demandé à sa voisine d'aller désormais fumer ses poissons dans la cours. Il lui a parlé en vain, il a fait recours au délégué en vain. C'est pourquoi, il est venu nous voir. Nous lui avons demandé de rédiger une plainte et l'avons orienté vers le délégué pour la signature. Après la pose de signature du délégué, il revient vers nous et nous l'orientons vers notre chef hiérarchique qui est le médecin-chef de la formation sanitaire. Le médecin dépose sa signature et affecte le dossier vers nous. L'agent d'hygiène se rend chez le comptable pour prendre les moyens afin de se rendre sur le terrain. Ainsi, nous nous rendons sur le terrain régler le problème. Après le constat, nous faisons de*

*recommandations et donnons des délais d'exécution. Si c'est des travaux que les contrevenants doivent exécuter sur le champ, ils le font. Mais s'agissant des choses qu'on ne peut pas régler en urgence, nous revenons un autre jour vérifier la suite. Mais nous n'insistons plus après cette intervention puisqu'il y a plusieurs autres domiciles à visiter. En cas de récidive, nous faisons appel à la police sanitaire qui prend la relève car en dehors des domiciles, nous avons aussi des écoles à visiter. Et vous voyez le nombre d'écoles privées comme publiques que nous avons dans notre zone... »(Déclaration de S.S, assistant d'hygiène à Abomey-Calavi)*

Ces différentes situations ci-dessus décrites expriment que la réglementation en matière d'hygiène et d'assainissement en vigueur dans le pays demeure jusque-là inconnue des ménages de la commune. Elle n'est pas vulgarisée et c'est ainsi que s'explique le fossé entre la théorie et la pratique concernant les normes d'hygiène. Comment favoriser alors le processus de socialisation en matière d'hygiène et d'assainissement des acteurs à la base dans la commune d'Abomey-Calavi ?

A l'issue de nos différentes analyses, des approches de solutions sont proposées pour sécuriser les populations. Le prochain chapitre y est consacré.

## CHAPITRE 6 :PERSPECTIVES POUR DES PRATIQUES D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT DE BASE ADAPTEES

L'étude du mécanisme d'appropriation des pratiques d'hygiène et d'assainissement de base en milieu rural d'Abomey-Calavi relève d'énormes difficultés rencontrées par les acteurs. Chaque catégorie d'acteur, malgré tout, essaie de développer des stratégies individuelles ou collectives pour transmettre des normes et des valeurs en matière d'hygiène et d'assainissement de base dans les ménages.

Ainsi pour faciliter le changement de comportements favorables à l'hygiène et à l'assainissement de base, une recherche des perspectives à court et à long terme s'impose. Ces perspectives ne sauraient être considérées comme rigides, immuables ou définitives car notre souci n'est pas d'imposer une attitude mais plutôt d'élargir l'éventail des solutions en vue de permettre une plus large possibilité de choix adapté à chaque situation. De ce fait, tous les acteurs doivent revoir leurs méthodes de travail pour maximiser l'impact des activités dans les localités. Au nombre de ces acteurs, nous avons :

### 6-1 : Ministères

La responsabilité des activités d'éducation sanitaire et de la promotion de l'assainissement et de l'hygiène au Bénin est fragmentée entre différents ministères. En soi, ceci n'est pas un frein mais plutôt un atout ; car les différents aspects du problème seront pris en compte dans la définition de la politique nationale. Et si une structure telle que la DHAB est responsabilisée dans la coordination de ces activités, cela constitue de ce fait une force pour garantir l'efficacité de la mise en œuvre de cette politique sur le terrain. Car au Bénin, plusieurs programmes d'hygiènes ont été exécutés. Il s'agit par exemple de : PADER, PADSEA1, PADSEA2, etc. Mais en examinant l'aspect que présentent les localités visitées, on a l'impression qu'il y a un recule en matière de propreté. Partout les acteurs déplorent ce qui se passe actuellement par rapport à la période

révolutionnaire. Car selon les enquêtés, pendant la révolution l'hygiène du milieu était rigoureusement imposée à tout le monde. Tous les citoyens devaient assainir leur milieu de vie. Et ceci au moins douze fois dans l'année à raison d'une séance par mois.

Donc, l'urgence de l'heure est :

- D'améliorer les méthodes actuelles d'éducation sanitaire.
- De restaurer la politique de salubrité jadis pratiquée pendant la période révolutionnaire sur toute l'étendue du territoire du Bénin.
- D'élaborer une feuille de route pour accompagner cette campagne de masse afin d'uniformiser les comportements dans toutes les localités.

Le processus de décentralisation qui devrait favoriser le progrès dans ce domaine a au contraire retardé les communes. Les mairies devraient envisager la création d'un service d'hygiène et d'assainissement de base en leur sein pour coordonner les activités dans ce domaine. Dans ce service, les activités doivent être exécutées selon un chronogramme établi par les spécialistes. Ce chronogramme doit être imposé à toutes les communes du pays de manière à avoir une uniformisation des comportements.

Par exemple, la DHAB a déjà programmé certaines activités dans chaque commune. Mais ces activités se font généralement de façon sélective. Toutes les localités ne bénéficient pas des séances d'IEC. Seules les localités dans lesquelles les épidémies de choléra émergent ou celles prises en compte par les programmes spécifiques bénéficient de ces sensibilisations. Les méthodes SARAR, PHAST et MARP actuellement utilisées sur le terrain sont appropriées et acceptées par la population. Il importe de les multiplier pour une plus large diffusion et appropriation. Ainsi les localités changeront de visage et les conditions d'hygiène seront améliorées dans un bref délai.

Et pour éviter le retour à la situation antérieure, il faudrait à long terme :

- Imposer la réalisation du Plan d'hygiène et d'assainissement de la commune (PHAC) à toutes les 77 communes du Bénin parce que c'est un document très important qui renseigne sur la couverture et planifie les activités en hygiène et en assainissement de base dans les localités de la commune
- Que le matériel didactique soit mis à la disposition des comités d'hygiène et de manière proportionnelle à l'effectif des populations de la localité concernée.
- Par exemple, l'Etat pourra subventionner des entreprises pour la réalisation des boîtes à outils et des boîtes à images afin d'accélérer la sensibilisation par les pairs. Le principe de subsidiarité serait l'idéal pour accompagner le processus.
- Que les programmes d'hygiènes et d'assainissement soient vulgarisés pour que tout le monde soit au même degré d'information,
- Que toutes les associations qui œuvrent pour l'hygiène soient mises en réseaux pour favoriser une synergie des efforts,
- Impliquer les élus locaux dans la conception des programmes national d'hygiène et d'assainissement de base ;
- Inclure dans la politique de l'hygiène de base la mise en place d'un comité de salubrité dans chaque localité,
- Cibler les nouveaux besoins en hygiène et assainissement de base par le processus d'évaluation participatif. Intégrer ensuite ceux-ci au Code d'hygiène et au programme national d'hygiène et d'assainissement de base en cours d'actualisation.

Ainsi, les principes fondamentaux de la politique de l'hygiène et de l'assainissement seront connus et mis en pratique par la population qui semble ouverte aux réformes à venir à condition qu'elles leur soient financièrement accessibles.

## 6-2 : Elus locaux

Le Bénin s'est depuis une décennie engagé dans un processus de décentralisation qui est dans sa phase active. La loi afférente confère aux communes la responsabilité d'œuvrer pour l'amélioration des conditions de vie de leurs populations.

Il importe donc que l'administration locale s'organise pour vulgariser les textes et lois relatifs à l'hygiène afin d'éclairer les populations à la base. Il urge alors de :

- Prendre le problème d'hygiène et d'assainissement de base comme prioritaire dans la gestion des communes ;
- De dépolitiser les programmes d'approvisionnement en eau potable, d'hygiène et d'assainissement de base ;
- De créer un service d'hygiène et d'assainissement de base au sein des mairies à la DST pour s'occuper de l'IEC et de repère pour les structures de pré collecte des ordures et autres,
- Rappeler les maçons formés par la PHA, étendre leur effectif et les recycler afin de les utiliser pour la construction des puits perdus et des latrines familiales,
- Impliquer des personnes ressources telles que les économistes, les architectes, les sociologues et techniciens d'hygiène dans la mise en œuvre des projets communaux relatifs à l'hygiène,
- créer les comités d'hygiène au niveau de chaque arrondissement avec des règlements intérieurs et des règles de succession uniformes pour toutes les communes;
- créer un comité d'hygiène dans toutes les localités des communes ;
- impliquer toutes les parties résidant dans ces localités dans le même comité notamment les conseillers et les groupements et associations des localités ;
- Coordonner les activités de toutes les localités en créant un comité d'arrondissement.

- Impliquer tous les conseillers communaux, d'arrondissement et des villages dans les activités de salubrité de leur localité.
- D'initier en concert avec tous les conseillers municipaux, d'arrondissement et des villages des reformes concernant l'hygiène du milieu,
- De créer des points focaux d'hygiène et d'assainissement au niveau de chaque ministère comme cela se fait pour le SIDA, et le projet 10000000 d'âmes, 10 000000 d'arbres,
- D'initier également des compétitions « localité propre » avec des récompenses pour encourager les populations à la persévérance ; par exemple, la subvention pour la réalisation d'infrastructure sociale de base dans cette communauté,
- De traiter ce problème avec transparence pour pérenniser les acquis des différentes reformes,
- Créer des points de regroupement des ordures pré collectées dans les ménages afin de préserver les structures des conflits en leur sein et avec la population

L'Etat central appui financièrement et matériellement les communes dans la gestion des affaires locales depuis l'avènement de la décentralisation.

Que chaque commune consacre une part de son budget aux activités d'assainissement et d'éducation à la santé et à l'hygiène, et renforce l'effectif de la police municipale pour servir le service d'hygiène de la mairie est une disposition indispensable.

Il serait judicieux d'instaurer des opérations de collecte d'informations pouvant enrichir les séances d'IEC telles que les chansons, les proverbes et les contes, etc. tel que le font les associations de femmes de certaines localités d'Ab-Calavi.

L'exemple évocateur est celui d'un groupement de femmes appelé Gbénonkpo à Sovihoué (kansoukpa) ayant une série de chansons et slogans relatifs à l'hygiène

et à l'assainissement de base. Au cours d'une séance de sensibilisation, elles chantaient :

*« La malpropreté amène des maladies  
La malpropreté amène des maladies  
Lorsque les enfants vivent dans une maison  
Et lorsqu'une femme veut préparer le repas  
Sa maison doit être préalablement bien nettoyée*

*(Bis)*

*J'étais tranquillement chez moi et le PHA m'a  
envoyée une invitation  
Et j'ai couru pour me présenter au rendez-vous  
J'étais chez moi lorsque la PHA m'a envoyée une  
invitation surprise  
Et j'ai fait diligence pour me présenter au rendez-  
vous  
Le PHA a amené des informations pertinentes aux  
communautés  
Et quiconque met ces dernières en pratiques  
Verras sa maison très assainie*

*(Bis)*

*As-tu déjà ramassé ? Yoa, as-tu déjà ramassé ?  
Les ordures qui jonchent ta maison.*

*(Bis)*

*Mon mari me reproche la malpropreté  
Parce que je ne balaie pas  
Donnes-moi le balai pour que je le fasse moi-  
même ».*

(Chant de mobilisation d'un groupement de femme de la localité Sovihoué à Kansounkpa ; arrondissement d'Ab-Calavi)

Les mairies gagneraient en traitant avec rigueur le choix des relais communautaires pour qu'ils ne soient pas tous du même groupe politique parce que l'hygiène est l'affaire de tous les citoyens. Il est aussi important que les règlements intérieurs soient élaborés, les mandats des relais bien déterminés et uniformes dans toutes les communes.

Le zonage de la commune sera d'une grande utilité car permettra de situer les responsabilités de chaque structure, et d'accélérer le processus de réalisation de la décharge finale initié par la Banque Mondiale pour desservir les 5 communes du « Grand Nokoué » notamment Porto-Novo, Sèmè-Kpodji, Cotonou, Ab-Calavi et Ouidah. Avec le Zonage, chacun aura une bonne reconnaissance des limites de son habitat à entretenir. Cela permettra d'inculquer aux jeunes générations l'appropriation du principe de responsabilité et la cristallisation des schèmes de patriotisme. Ainsi, les actes de vandalisme observés au quotidien seront progressivement éradiqués.

Toutes ses dispositions évoquées permettront de créer un environnement qui contraint progressivement les populations à se conformer ou à promouvoir des pratiques saines en manière d'hygiène et d'assainissement. Ainsi la jeune génération par effet d'habitus changera progressivement leur comportement en faveur d'un environnement propre tel que cela se fait au Ghana et ailleurs.

### **6-3 : Communautés et ménages**

L'étude révèle une récurrence des maladies liées à l'insalubrité dans les formations sanitaires de la commune. Tous les ans, les cas de choléra sont enregistrés. La fièvre typhoïde, la dysenterie, les vers intestinaux et le paludisme sont des maladies récurrentes dans la commune. Les attitudes hygiéniques non favorables à la santé des populations sont aussi perceptibles sur le terrain. Il s'agit de parcelles vides transformées en dépotoirs sauvages disséminées un peu partout, certains urinent ou crachent un peu partout, des animaux qui divaguent partout dans les localités. Cette situation est la manifestation de la méconnaissance de la

réglementation en vigueur dans le pays. C'est pour cette raison qu'une réorganisation des acteurs à la base est imminente.

Le travail de sensibilisation et de mobilisation des populations doit commencer par la connaissance de leur mode d'organisation. Il urge d'identifier toutes les structures de la société telles que les ONG, les associations, les leaders d'opinion, les notables, les chefs religieux afin qu'ils puissent prendre une part active dans la promotion des comportements sans danger en matière d'hygiène et d'adoption des équipements d'hygiène et d'assainissement.

Les aspects concernant la promotion de l'hygiène et de l'assainissement devraient être renforcés dans les programmes d'éducation formelle et informelle.

Les méthodes de pédagogie et d'andragogie sont indispensables. La répétition et le suivi devraient être de rigueur.

- Reprendre les séances de salubrité au moins une fois par mois dans les localités. Car la répétition est pédagogique dit-on. Ceci permettra à la jeune génération de participer aux actions collectives, seul moyen de développer en eux la socialité, la sociabilité, l'esprit de discipline, l'attachement au groupe d'appartenance ainsi que l'esprit patriotique.
- Encourager les initiatives locales de nettoyage des habitations et des places publiques,
- Faire un plaidoyer auprès des chefs religieux musulman de la commune afin qu'ils introduisent la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base dans les messages religieux adressé aux fidèles. Pour rendre opérationnel cette idée, initier l'évaluation participative des besoins en hygiène au niveau de toutes les structures sociales afin de recueillir toutes les idées qui contribueront à mettre en place un programme accessible à tous.
- Introduire des manuels en langue sur le lavage des mains et élaborer des cours spécifiques sur la pratique

- Renforcer les IEC sur la construction et une la bonne utilisation des latrines, des poubelles, des douches, des points d'eau potable et de l'utilisation de ces eaux dans les ménages,
- Créer des points de regroupement des ordures dans toutes les localités de la commune

Et à long terme, il faut :

- Mettre en place dans chaque quartier une brigade d'hygiène, collaborant étroitement avec les chefs quartiers, les conseillers de quartiers, les ONG locales, les agents d'hygiène du centre de santé,
- Mettre les chaînes de radio et de télévision à contribution en organisant des émissions spéciales hygiène et assainissement de base en langue et en français.

Au niveau des ménages, la demande en matière d'assainissement est très faible ou non-existante et les comportements en matière d'hygiène laissent à désirer. Ceci est dû à l'ignorance des bénéfices liés à la santé que peut tirer des bonnes pratiques d'hygiène et des installations d'assainissement.

La culture africaine responsabilise la femme dans les activités d'hygiène et d'assainissement de base. Donc chaque femme doit apprendre rigoureusement à ses enfants les bonnes pratiques d'hygiène. Et les hommes doivent aussi appuyer leur femme à encadrer les enfants et à les rappeler à l'ordre. Pour ce faire, chacun d'eux essayera d'être au maximum propre afin de donner un bon cadre de référence pour les comportements de leurs enfants car comme l'a souligné Raymond KOUDOU KESSIE :

*« Un enseignement de la morale, aussi bien conçu soit-il, n'a aucune valeur éducative s'il n'est pas appuyé, secondé et prolongé dans l'expérience personnelle par des exemples et des modèles vivants, visibles et repérables quotidiennement dans la société par l'enfant . Une société où domineraient l'injustice, les*

*inégalités, l'impunité du vol pour certaines catégories fournira par elle-même cette école parallèle active qui formera plutôt la tendance antisociale de l'enfant même en présence d'un cours de civisme et de morale en classe». (Koudou Kessié, 1996)*

Ceci paraît logique car l'imitation joue un rôle essentiel dans la socialisation des enfants qui sont l'avenir de demain.

## CONCLUSION

La présente étude sur le Mécanisme d'appropriation des pratiques d'hygiène et d'assainissement de base dans la commune d'Abomey-Calavi qui avait pour objet de rendre compte des perceptions, des connaissances et attitudes des acteurs à la base, d'analyser le processus de coordination des actions et d'identification des obstacles à l'application des mesures de lutte contre les mauvaises pratiques d'hygiène est arrivée à son terme. Elle a permis d'avoir une vision plus ou moins claire des méthodes de mise en œuvre des politiques et programmes d'hygiène et d'assainissement de base dans la commune.

A la lumière des investigations, on note que dans la commune d'Abomey-Calavi, la question de l'Hygiène et de l'Assainissement de base est caractérisée par :

- la persistance des comportements non favorables à l'hygiène telle que l'usage de l'eau des puits non entretenus, l'évacuation inappropriée des eaux usées et des ordures ménagères,
- l'insuffisance et la mauvaise utilisation des ouvrages d'assainissement de base dans la majorité des ménages ce qui entretient la persistance de la défécation dans la nature et des dépotoirs sauvages dans toutes les localités,
- l'insuffisance d'information des populations sur le code d'hygiène publique et autres textes,
- le manque de ressources financières par de nombreux acteurs (ménages),
- l'absence de répression aux contrevenants,
- Toutes ces pratiques observées sont corrélées à :
  - un manque de priorité à tous les niveaux de la hiérarchie sociale.
  - une gestion anarchique dans un régime démocratique de même qu'une absence de cohésion des acteurs. Cette méthode de gestion ne peut pas permettre une synergie des efforts en la matière,
  - Un manque d'autorité et un recul par rapport à la période révolutionnaire pendant laquelle la salubrité était au cœur de toutes les actions politiques tant au niveau de la mobilisation que de l'exécution des tâches.

- l'absence de rigueur dans la mise en œuvre du programme national de l'hygiène et de l'assainissement de base par la DHAB,
- l'insuffisance de personnel et de matériels de travail au niveau du service d'hygiène,
- l'insuffisance de contrôles et de suivi des activités d'hygiène dans les localités entre les programmes consécutifs,
- l'absence de contrôle de qualité des eaux de puits consommées par la population, etc.
- la défaillance de la mairie à mettre en place un service d'hygiène et d'assainissement de base autre que le service de l'eau potable,
- l'absence du zonage de la commune et du PHAC,
- l'absence de motivations et de synergie au niveau des initiatives nationales et locales en faveur de l'hygiène du milieu,
- L'étouffement des innovations techniques en l'absence d'un lien fort entre les possibilités existant et leur application sur le terrain. Ce fut l'exemple des latrines à dalle SANPLAN, des plastiques pour laver les mains et les poubelles adaptées à chaque types d'usages promus par CREPA et/ ou l'ONG Bethesda. Cette ONG avait mis en place à la disposition de certains ménages de la commune des poubelles conçues et vendues à 8000F CFA pour faciliter le tri des déchets au niveau individuel. Mais toutes ces initiatives techniques sont soldées par des échecs répétés. La question fondamentale est de savoir à qui incombe la responsabilité des échecs ? Et comment les contourner ?

Au regard de nos analyses, cette responsabilité est partagée entre l'Etat central, la collectivité locale, le secteur privé et les ménages. La seule alternative est de trouver des approches en urgence afin d'inverser la tendance.

La première action serait d'appuyer financièrement des ménages dans la réalisation des ouvrages d'assainissement de base par les subventions. Cette méthode est nécessaire mais elle n'est pas suffisante pour rétablir l'équilibre car la

mise en place des infrastructures d'assainissement devrait s'accompagner d'un rigoureux moyen d'assimilation et du respect des règles d'hygiène. Dans ce sens, un programme d'Information, d'Education et de Communication (IEC) en direction de la population pour lui faire acquérir des comportements favorables à la préservation de la santé devient une priorité. Et dans l'immédiat, il faudrait restaurer la journée de salubrité abandonnée depuis l'avènement du renouveau démocratique. Il faudrait également prendre en compte l'aspect genre dans le processus de socialisation des enfants afin que tous les acteurs dans l'avenir soient dotés du même schème ou habitus en matière d'hygiène. Il y va de l'intérêt de tous parce que l'ignorance des règles d'hygiène conduit à une mauvaise protection des nourritures vendues dans la rue. Et comme l'a dit un penseur : « l'éducation d'un peuple se juge par son maintien dans la rue. Car si tu vois la grossièreté dans la rue, tu es sûr de la retrouver aussi dans les maisons. »<sup>5</sup> Donc une lutte efficace contre l'insalubrité et l'incivisme des populations dans la sphère publique doit commencer d'abord dans la sphère domestique. Car comme l'a dit Joseph KI-ZERBO (1993,):

« *L'éducation est le logiciel de l'ordinateur qui programme l'avenir de la société* ». Alors, pour donner le statut de **localité propre, ville propre, commune propre et pays propre** au Bénin du futur, la politique d'éducation à l'hygiène doit prendre la dimension holistique afin d'atteindre le niveau du Ghana tel que le souhaitent la plupart des citoyens. Les enquêtes ont montré que les questions d'hygiène et d'assainissement de base correspondent aux préoccupations réelles partagées par les populations locales, qui ont des attentes fortes dans ces domaines, et qui considèrent que l'Etat et les pouvoirs politiques ont des devoirs en la matière (et déplorent donc leurs manquements et leurs insuffisances).

<sup>5</sup> Tiré de l'Etude de texte du CEPE béninois de l'année académique, 2000

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AFFOIGNON A., 1999, *Activités humaines et pollution dans le quartier Enagnon, ex Akpakpa Dodomey de Cotonou : étude socio environnementale*, manuscrits, 76 pages.
- Angélique Roux, « *De l'usage à la pratique : les processus d'appropriation. Emprunts à la théorie de la structuration et empreinte du chercheur* », *Communication et organisation*. 17 pages. [En ligne], 31 | 2007, mis en ligne le 01/07/2010. <http://communicationorganisation.revues.org/168>. Consulté le 15 /10/2012. URL
- Banque Mondiale, 2002, *Plan stratégique d'assainissement de Ouagadougou : une approche holistique au problème d'une ville*. Fiche N°10 de la série L'Or Bleu du Programme pour l'Eau et l'Assainissement-Afrique (PEA-AF). 8 pages.
- Banque Mondiale, 2002, *Promotion de l'hygiène au Burkina-Faso et au Zimbabwe : Nouvelle approche pour un changement de comportement*, Fiche N°7 de la série L'Or Bleu du Programme pour l'Eau et l'Assainissement-Afrique (PEA-AF), 8 pages.
- BIAOU G. (2005), *Dimension économique et sociale du Développement durable*, CPU, 283 pages.
- BOAD, 2010, *stratégie d'intervention de la Banque Ouest Africaine de Développement dans le secteur de l'eau potable et de l'assainissement dans les pays de l'UEMOA*, 57 pages. <http://www.boad.org/LinkClick.aspx?fileticket=JAEqV8qskow%3D&tabid/188/language/fr-FR/Default.aspx>. Consulté le 24/07/2012
- BOURDIEU P., *Le sens pratique*, Paris, Minuit, 1980, 500 pages.
- CISSOKO A. 1987, *Amélioration des services d'assainissement de base de la ville de Nouatchott en République Islamique de Mauritanie*, UNB, manuscrits, 84pages.

- CREPA Niger, *Formation en genre dans le secteur de l'approvisionnement en eau potable, de l'hygiène et de l'assainissement : méthode SARAR/ PHAST*, 56 pages, manuscrits.
- DADJON., P et KPONDEHOU H .G., 2005, *Hygiène alimentaire en milieu scolaire : cas de Cotonou*; Mémoire de maîtrise professionnelle, manuscrit, 68 Pages.
- DHAB, 2010, *Guide d'élaboration et de mise en œuvre du Plan d'Hygiène et d'Assainissement Communal*, 99 pages.
- DHAB, 2010, *Guide d'élaboration et de mise en œuvre du Plan d'Hygiène et d'Assainissement Communal*, 99 Pages.
- Global Water Partner hip (GWP), *Partenariat National de l'Eau du Bénin : Dialogue, Concertation, Action entre les acteurs pour mieux gérer les ressources en eau*, 103 pages.
- GRAVIER M, et TOLEDO A., 2006, *L'art de la thèse*, Paris, La Découverte pp 1-70.
- GRAWITZ M., 1993, *Méthodes des sciences sociales*. Paris, DALLOZ, 815pages.
- INSAE, 2004, *cahier des villages et quartiers de ville ; département de l'Atlantique*, DED, Cotonou, pp1-14.
- INSAE, 2010, *Enquête Modulaire Intégrée sur les conditions de vie des ménages (EMICoV) : enquête de suivi*, des Principaux indicateurs, pp 1-106.
- LASDEL, 2003, *La question des déchets et de l'assainissement à Tillabéri*, 71 pages. <http://www.9hahonou.pdf>. Consulté le 28/07/2012
- LEROY J.B, 1986, *La pollution des eaux*, Paris, PUF, 128 pages.
- MANGDAH G., 1996, *Déterminant de la gestion de l'eau potable dans la sous-préfecture de Toffo*, manuscrits .79 pages.
- MISD, 2001, *Atlas monographique des communes du Bénin*, pp 1-13.
- MMEE, 2007, *Stratégie nationale d'assainissement des eaux usées en milieu urbain (2008-2015)*, 34 pages.

[http://www.Stratégie nationale d assainissement des eaux usées en milieu urbain 2008-2015. pdf](http://www.Stratégie_nationale_d_assainissement_des_eaux_usées_en_milieu_urbain_2008-2015.pdf). Consulté le 15/08/2011.

- MORELLA E., FORESTER V et BANERJEE G.S, 2008, *Diagnostics des Infrastructures nationales en Afrique : l'état de l'assainissement en Afrique subsaharienne*, 12 pages. <http://www.acid-background-paper-13-sanit-sect-summary-fr.pdf>. Consulté le 24/07/20212.
- MS, 2009, *Rapport d'exécution du budget programme 2009 de l'hygiène et de l'assainissement de base*, 77 pages.  
[http://www.Rapport d execution BPO 2009 DHAB .pdf](http://www.Rapport_d_execution_BPO_2009_DHAB_.pdf). Consulté le 24/10/2013
- MS, 2010, *Guide d'élaboration et de mise en œuvre du Plan d'Hygiène et d'Assainissement Communal*, 99 pages.
- MSP, 1990, *Projet d'adduction d'eau et d'assainissement en milieu rural : manuel de formation des formateurs des membres du comité de développement socio-sanitaire à leur rôles et responsabilités au sein du village*, 135 pages.
- MSP, 1998, *Plein feux sur la question de l'assainissement : La salubrité de l'environnement*, PP 1-17.
- MSP, 2003, *Programme National d'hygiène et d'assainissement de base (PNHAB)*, 86 pages.
- MSP, 1982, *Dimension humaine de l'eau et de l'assainissement*, 258 pages.
- MSP, 2003, *Programme national d'hygiène et d'assainissement de base*, Cotonou, 96 pages.
- MSP, 2004, *Atteindre les OMD en matière d'eau potable et d'assainissement : évaluation des progrès à mi-parcours*, Cotonou, 33 pages.
- MSP, 2004, *Investissent en faveur de l'eau et de l'assainissement améliore la santé et les résultats économiques, Relevé épidémiologique hebdomadaire*, PP190-1992.
- MSP/CREPA, 1998, *Approche genre dans le secteur de l'eau et de l'assainissement en milieu scolaire*, 65 pages.

- MSP/MMEH, 2001, *Actes de l'atelier d'harmonisation des approches et procédures en matière de promotion de latrines familiales, de l'hygiène, de l'assainissement et de l'approvisionnement en eau potable dans les écoles et les centres de santé*. 70 pages.
- OMS, 2007, *Assainissement et hygiène dans les pays en voie de développement : identifier les obstacles et y apporter des réponses. Etude de cas en République Démocratique du Congo*, 56 pages.  
[http://www.pseau.org/outils/ouvrages/tearfund\\_assainissement\\_et\\_hygiene\\_dans\\_les\\_pays\\_en\\_voie\\_de\\_developpement\\_identifier\\_les\\_obstacles\\_et\\_y\\_apporter\\_des\\_reponses\\_etude\\_de\\_cas\\_en\\_republique\\_democratique\\_du\\_congo\\_2007.pdf](http://www.pseau.org/outils/ouvrages/tearfund_assainissement_et_hygiene_dans_les_pays_en_voie_de_developpement_identifier_les_obstacles_et_y_apporter_des_reponses_etude_de_cas_en_republique_democratique_du_congo_2007.pdf). Consulté le 28/02/2013.
- OMS, 2007, *Fiches techniques sur le PEV*, 135 pages.
- OMS, UNICEF, EIER- SIDA, 1995, *Education sanitaire et hygiène du milieu dans les écoles de l'Afrique de l'ouest francophone*, Ouagadougou, 36 pages.
- PAM, 2009, *Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition (AGVSAN)*, 168 pages
- QUIVY R, et CAMPENHOUDT L. V., 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, DUNOD, 283pages.
- SATIN M., SELMI B., 2006, *Guide technique de l'assainissement*, Paris, *Le Moniteur*, 696 pages.
- SOULE A., 1996, *Analyse du fonctionnement des régies de collecte et d'évacuation des ordures ménagères dans les quartiers de la ville de Parakou*, Bénin, manuscrits, 72 pages.
- VIGNON A. E. C., 2000, *Contribution à la lutte contre l'insalubrité à Cotonou*, CEFORP, manuscrits, 64 pages
- ZINSOU E. C, 2001, *Gestion des eaux usées domestiques à Cotonou : Comportement des acteurs*, manuscrits, CEFORP, 65 pages.

# ANNEXE

## OUTILS DE TRAVAIL

### Guide d'entretien individuel en direction des ménages

*Toutes les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles.*

A. Identification
Département
Commune
Arrondissement
Semi urbain/rural (semi urbain=1, rural=2)
Quartier/village
Localité/hameau
Date : jour/...../...../mois /...../...../année/...../...../
Chef de ménage : Sexe/Masculin/...../ Féminin/...../
Situation matrimoniale : ( ) marié ( ) célibataire ( ) veuf/veuve

## I- Modèle d'organisation de la communauté

1. Quel est le modèle d'organisation de la localité ..... en termes de pouvoir ou de hiérarchie sociale ?

## II- Caractéristiques des ménages

2. Nous voudrions, maintenant, des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage. (chef de ménage, nombre de femme, nombre d'enfant, autres parents, nombre de filles, nombre de garçons, nombres d'enfants scolarisés).

3. De quelle ethnie êtes-vous ? Et quelle religion pratiquez-vous ?

4. Quel est le motif principal qui vous a poussé à vous installer ici ?

5. Selon vous qu'entend-t-on par hygiène du milieu ?

## III- Condition de vie des ménages (eau potable, assainissement et hygiène).

6. D'où vient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?

7. Dans quel récipient stockez-vous cette eau et quelles précautions prenez-vous pour garantir sa potabilité ?

8. Faites-vous habituellement quelque chose pour rendre l'eau plus propre avant de la boire ? (Par exemple la faites-vous bouillir ou la filtrez-vous ou bien ajoutez-vous un produit quelconque avant de l'utiliser comme eau de boisson ?)

9. A quelles autres sources vous approvisionnez-vous en eau pour les autres usages domestiques ? (cuisson des repas, vaisselle, lessive, toilette corporelle, etc.)

10. Où jetez-vous habituellement les eaux usées issues de la vaisselle, lessive, douche, etc. ?

11. Comment et à quelles occasions doit-on se laver les mains ? (Si possible demandez à voir l'endroit le plus souvent utilisé pour se laver les mains et vérifier les objets qui s'y trouvent).
12. Quel genre de toilettes la plupart des membres de votre ménage utilisent ?
13. Veuillez décrire comment vous utilisez et entretenez ces toilettes ?
14. Ces toilettes appartiennent-elles exclusivement aux ménages qui les utilisent ou bien s'agit-il de toilettes publiques ou communautaires ?
15. Comment évacuez-vous les selles de vos enfants qui sont incapables d'aller seuls aux toilettes ?
16. Selon vous qu'est-ce qui peut être à l'origine de la défécation dans la nature ?
17. Comment remédier à cette pratique ?
  
18. Comment évacuez-vous les déchets ménagers solides produits dans les ménages ?
19. Existe-t-il des structures d'évacuation des ordures ménagères dans votre localité ? Expliquez comment elles fonctionnent.
20. Comment doit-on prendre soins de notre corps notamment les ongles, les cheveux, les vêtements, etc. ?

#### IV. La perception de la communauté sur les maladies relatives à l'insalubrité.

21. Quelles sont les principales maladies que l'on rencontre dans votre localité ?
22. Selon vous comment peut-on faire pour éviter ces maladies ?
23. Pensez-vous que le non observance des règles d'hygiène a un lien avec ces maladies ?
24. Sinon quelles peuvent être les conséquences de la mauvaise pratique d'hygiène au niveau du ménage et de la communauté entière ?

25. Que proposez-vous pour une amélioration des pratiques actuelles d'hygiène dans les ménages?

V. Les structures d'éducation à l'hygiène

26. Selon vous comment la famille devrait-elle inculquer une bonne pratique d'hygiène à ses jeunes membres ?

27. A quel âge devrait-on soumettre l'enfant à ce processus ?

28. Existe-t-il des structures qui interviennent en matière d'hygiène dans votre localité?

29. Parmi elles, lesquelles assurent la sensibilisation de la population et quels genres de messages véhiculent ces informateurs ?

30. Existe-t-il un système de répression pour infléchir le comportement des populations par rapport à l'insalubrité ? Expliquez.

31. A qui incombe la responsabilité de la propreté des places publiques dans votre localité ?

32. Traditionnellement comment se gérait la question d'hygiène et d'assainissement dans les localités ?

33. En quoi consiste la journée de salubrité et quel en est l'intérêt ?

34. Avez-vous l'habitude de participer aux journées de salubrité ? A quand remonte votre dernière participation à cette opération ?

VI. Habitude et médias

35. Quelles sont vos différentes sources actuelles d'information sur la promotion d'hygiène et d'assainissement de base ?

36. Quelles autres sources vous renseignent sur l'hygiène du cadre de vie ?

Nous sommes à la fin de notre entretien. Avez-vous d'autres préoccupations qui n'ont pas été abordées jusque-là?

***NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOTRE COLLABORATION !***

## **Guide d'entretien individuel en direction des personnes ressources**

*Toutes les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles.*

1. Parler nous des questions d'hygiène et d'assainissement de base en République du Bénin et dans votre zone d'intervention.
2. Parlez-nous du mécanisme de fonctionnement des services d'hygiène et d'assainissement de base.
3. Quelles sont les normes en matière d'hygiène et d'assainissement de base au Bénin?
4. Rapport de collaboration entre votre service et les autres structures (Publiques comme privées) intervenant dans la sphère domestique.
5. Comment appréciez-vous l'état de salubrité dans les ménages au niveau des communautés ?
6. Existe-t-il un système de répression pour infléchir le comportement des Populations par rapport à la salubrité ? Expliquez.
7. Quelles sont les principales maladies liées à l'insalubrité que vous

Enregistrez habituellement dans les centres de santé ?

8. Que proposez-vous pour une amélioration des pratiques actuelles d'hygiène dans les ménages?
9. Quelles sont vos différents canaux d'information sur la promotion d'hygiène et d'assainissement de base à l'endroit des communautés à la base ?
10. Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'exercice de votre fonction ?

Nous sommes à la fin de notre entretien. Quelles sont les autres préoccupations qui n'ont pas été abordées au cours de cet entretien ?

**MERCI POUR VOTRE COLLABORATION !**

## Guide d'entretien individuel en direction des agents d'hygiène

*Toutes les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles.*

A. Identification
Département
Commune
Arrondissement
Semi urbain/rural (semi urbain=1, rural=2)
Quartier/village
Localité/hameau
Date : jour/...../...../mois /...../...../année/...../...../
Nom du centre de santé

### Modèle d'organisation de la communauté

1. Quel est le modèle d'organisation dans votre zone d'intervention en termes de pouvoir ou de hiérarchie sociale ?
2. Depuis quand êtes-vous devenu(e) agent d'hygiène ?

## **Formation et recrutement**

3. Veuillez décrire la formation initiale que vous avez reçue pour vous préparer à votre rôle en tant qu'agent d'hygiène (Date, durée et thèmes abordés).
4. veuillez décrire les formations supplémentaires (recyclages) que vous avez reçues pour vous permettre de jouer votre rôle.
5. Comment avez-vous été installé après votre choix en tant qu'agent d'hygiène ?
6. Etes-vous informé des textes et lois en matière d'hygiène et d'assainissement de base ?
7. Avez-vous le sentiment d'être bien formé sur le PHA ?

## **Outils de travail**

8. Avez-vous les matériels dont vous avez besoin pour faire votre travail suivant les normes ? Par qui, quand et comment recevez-vous ces matériels ?
9. Pouvez-vous nous dire en quoi consiste votre travail sur le terrain ?  
Exemple d'un planning mensuel.

## **Supervision et évaluation de l'agent d'hygiène ?**

10. Depuis combien de temps êtes-vous affecté à ce poste ?
11. Existe-t-il un plan d'hygiène et d'assainissement de base dans votre zone d'intervention ?
12. Selon vous, la salubrité, c'est l'affaire de qui ?

## **Supervision et évaluation du relais communautaire**

Vous sentez-vous concerné par les questions d'hygiène et d'assainissement dans les ménages de votre zone d'intervention ? Si oui veuillez décrire votre rôle dans ce secteur ?

15. Existe-t-il d'autres agents ayant qualifications affecté dans votre zone dans ce cadre ? Si oui en quoi consiste leurs activités principales ?
16. Existe-t-il un équipement minimum pour permettre à ces agents d'effectuer leur travail ? Si oui parlez-nous-en ?
17. Comment appréciez-vous l'état de salubrité dans cette zone ?
18. Existe-t-il un système de répression pour infléchir le comportement des populations par rapport à la salubrité ? Expliquez.

**La perception des agents d'hygiène sur les maladies relatives à l'insalubrité.**

19. Quelles sont les principales maladies que l'on rencontre dans votre zone d'intervention ?
20. Quelles sont les principales maladies liées à l'insalubrité enregistrez-vous habituellement dans votre zone? Expliquez ?
21. Quelles peuvent être les conséquences de la mauvaise pratique d'hygiène au niveau du ménage et de la communauté entière ?
22. Que proposez-vous pour une amélioration des pratiques actuelles d'hygiène dans les ménages ainsi que dans votre zone de supervision?
23. Quelles sont vos différentes sources actuelles d'information sur la promotion d'hygiène et d'assainissement de base ?

Nous sommes à la fin de notre entretien. Quelles autres préoccupations avez-vous qui n'ont pas été abordées jusque-là ?

**MERCI POUR VOTRE COLLABORATION !**

## Guide d'entretien individuel en direction des agents de santé

Toutes les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles.

A. Identification
Département
Commune
Arrondissement
Semi urbain/rural (semi urbain=1, rural=2)
Quartier/village
Localité/hameau
Date : jour/...../...../mois /...../...../année/...../...../
Nom du centre de santé

1. Quel est le modèle d'organisation de la localité ..... en termes de pouvoir ou de hiérarchie sociale ?
3. Depuis combien de temps êtes-vous affecté à ce poste ?
4. Existe-t-il un plan d'hygiène et d'assainissement de base dans votre zone d'intervention ?
5. Selon vous, la salubrité, c'est l'affaire de qui ?
6. Vous sentez-vous concerné par les questions d'hygiène et d'assainissement dans votre zone d'intervention ? Si oui veuillez décrire votre rôle dans ce secteur ?
7. Existe-t-il un personnel ayant qualifications affecté dans votre zone dans ce cadre ? Si oui en quoi consiste ses activités principales ?
8. Existe-t-il un équipement minimum pour permettre à ces agents d'effectuer leur travail ? Si oui parlez-nous-en ?
9. Parlez-nous du système de suivi des activités salubrité de votre centre de santé?

10. Comment appréciez-vous l'état de salubrité dans les ménages de cette communauté ?
11. Existe-t-il un système de répression pour infléchir le comportement des populations par rapport à la salubrité ? Expliquez.
12. Quelles sont les principales maladies que l'on rencontre dans votre zone d'intervention ?
13. Quelles sont les principales maladies liées à l'insalubrité enregistrez-vous habituellement dans votre centre? Expliquez ?
14. Quelles peuvent être les conséquences de la mauvaise pratique d'hygiène au niveau du ménage et de la communauté entière ?
15. Que proposez-vous pour une amélioration des pratiques actuelles d'hygiène dans votre centre ainsi que dans les ménages?
16. Quelles sont vos différentes sources actuelles d'information sur la promotion d'hygiène et d'assainissement de base ?

Nous sommes à la fin de notre entretien. Quelles sont les autres préoccupations qui n'ont pas été abordées jusque-là?

**MERCI POUR VOTRE COLLABORATION !**

## Guide d'entretien adressé aux relais communautaires

*Toutes les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles.*

A. Identification
Département
Commune
Arrondissement
Semi urbain/rural (semi urbain=1, rural=2)
Quartier/village
Date : jour/...../.... /mois /..../..../année/..../..../
Relais communautaire Sexe/Masculin/..../ Féminin/..../
Situation matrimoniale : ( ) marié ( ) célibataire ( ) veuf/veuve

### Modèle d'organisation de la communauté

1. Quel est le modèle d'organisation de la localité ..... en termes de pouvoir ou de hiérarchie sociale ?
2. La salubrité, dans votre localité c'est l'affaire de qui ?
3. Depuis quand êtes-vous devenu(e) relais communautaire ?
4. Veuillez décrire comment vous avez été recruté (e) et installé après votre choix en tant que relais communautaire ?
5. Qui d'autre vous aide à faire votre travail de Relais communautaire

6. Veuillez décrire la formation initiale que vous avez reçue pour vous préparer à votre rôle de relais communautaire
7. Avez-vous le sentiment d'être bien formé sur le PHA ?
8. Etes-vous informé des textes et lois en matière d'hygiène et d'assainissement de base ?
9. (citez quelques-uns)
10. Qui vous supervise dans votre travail du relais communautaire ?
11. Quand avez-vous reçu la dernière visite ?
12. **Que font vos superviseurs lorsqu'ils/elles vous rendent visites ?**
13. Quel type d'appui recevez-vous en travaillant comme relais communautaire ?
14. Que feriez-vous si vous n'êtes plus relais communautaire ?
15. **La communauté au sein de laquelle vous travaillez vous fournit-elle des appréciations sur votre travail ?**
16. Quelles sont les informations que vous enregistrez dans votre cahier d'activité et sur votre carte communautaire ?
17. Comment les superviseurs utilisent-ils ces informations collectées ?
18. Comment se géraient les questions d'hygiène et d'assainissement de base avant votre intervention sur le terrain ?
19. Avez-vous constaté un changement positif depuis votre intervention dans la localité ?
20. Connaissez-vous des ménages ou des personnes qui résistent au changement de comportement par rapport à la PHA ?
21. Quelles sont les causes de ces résistances ?
22. Quelles solutions préconisez-vous pour corriger les résistances ?
23. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en tant que relais communautaire ?

24. Que proposez-vous pour une grande mobilisation de la communauté en faveur d'une bonne pratique d'hygiène et d'assainissement de base ?

Quelles sont les autres préoccupations que vous avez par rapport à l'hygiène et l'assainissement de base ?

***Merci pour votre collaboration.***

# TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	2
REMERCIEMENTS .....	3
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	4
LISTE DES TABLEAUX ET PHOTOS .....	6
RESUME.....	7
ABSTRACT .....	8
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE 1 : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE .....	13
1-1: Problématique.....	13
1-1-1 : Problème.....	13
1-1-2 : Objectifs .....	17
1-2 : Etat de la question.....	18
1-3 : Clarification conceptuelle.....	25
1-4 : Justification du thème et du cadre de l'étude .....	29
1-4-1 : Raisons subjectives .....	29
1-4-2 : Raisons Objectives .....	30
1-4-3 : Choix du cadre de l'étude .....	30
1-5 : Paradigme de référence sur les pratiques d'hygiène des populations .....	32
CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE .....	34
2-1 : Recherche documentaire et sources orales .....	34
2-2 : Outils et stratégie de collecte des données. ....	37
2-4 : Enquête proprement dite et échantillonnage .....	40
2-5 : Difficultés .....	44

CHAPITRE 3 : PROMOTION DE L’HYGIÈNE ET DE L’ASSAINISSEMENT DE BASE DANS LA COMMUNE D’ABOMEY CALAVI .....	46
3-1-1 : Situation géographique, administrative et démographique.....	46
3-2-2 : Mesures dissuasives de lutte contre le non-respect de l’hygiène et de l’assainissement de base.....	52
3-3 : Rôle des acteurs chargés de la promotion de l’hygiène et de l’assainissement de base.....	53
3-3-1 : Institutions publiques .....	53
3-3-2 : Municipalité .....	55
3-3-3 : Secteur privé et autres acteurs.....	56
3-3-4 : Communautés.....	57
CHAPITRE 4 : SITUATION DE L’HYGIENE ET DE.....	58
L’ASSAINISSEMENT DE BASE DANS LE QUOTIDIEN DES MENAGES VISITES .....	58
4-1 : Hygiène autour de l’eau de boisson.....	58
4-2 : Mode d’évacuation des eaux usées.....	61
4-3 : Mode d’évacuation des excréta.....	62
4-4 : Mode d’évacuation des ordures ménagères.....	63
4-5 : Hygiène corporelle.....	65
4-6 : Hygiène alimentaire et cohabitation des animaux domestiques.....	67
5-1 : Organisation des acteurs dans la conception de la politique d’hygiène....	68
5-2 : Formulation de la politique d’hygiène et d’assainissement de base .....	71
5-3 : Difficultés de mise en œuvre de la politique .....	72
5-4 : Difficultés de répression des contrevenants .....	76

CHAPITRE 6 : PERSPECTIVES POUR DES PRATIQUES D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT DE BASE ADAPTEES .....	79
6-1 : Ministères.....	79
6-2 : Elus locaux.....	82
6-3 : Communautés et ménages .....	85
CONCLUSION .....	89
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	92
ANNEXE.....	96
OUTILS DE TRAVAIL.....	96
TABLE DES MATIERES .....	109