

824 SNDA89



enda t.m.
équipe r.u.p.

54, rue Carnot x Moussé Diop
B.P. 3370 Dakar

☎ 22 09 42

téléx: 51456 endatm sg

fax publ.: 221-22 07 02

Environnement et Développement du Tiers Monde
ENDA - TM
Relais pour le développement
Urbain Participe (R. U. P.)
B.P. 3370
Dakar - Sénégal
Tél. : 22.42.29/21.60.27 — Téléx 456 ENDA - TM SG

INTERNATIONAL REFERENCE CENTER
FOR URBAN COMMUNITY WATER SUPPLY AND
SANITATION (IRC)

**RAPPORT D'EVALUATION DE
L'ACTION SANTE - FEMMES ET
ENVIRONNEMENT
A DALIFORT - DAKAR - SENEGAL**

Contrat no. 11-432-60060841
Projet no. 87 2234.0-03.100
avec GTZ / GATE
B.P. 5180
6236 Eschborn 1 - RFA

Rapport fait par:
Mme Olivia Maxwell (médecin)
Mme Anne Mendy (sociologue)
Mme Eveline Waas (géographe)

Décembre 1989

824-SNDA89-7975

1. OBEJECTIFS PREVISIONNELS DE L'ACTION ET HYPOTHESES DE TRAVAIL

Nous reprenons ici comme rappel, les différents étapes de la formulation des objectifs de l'action déjà citées lors de notre rapport d'activité de novembre 88 à juin 89.

1.1. Etapes de formulation des objectifs initiaux

La formulation des objectif de l'action Santé - Femmes et Environnement dans le cadre du projet de restructuration MUH/GTZ à Dalifort a connu trois étapes essentielles que nous rappelons ci-dessous pour poser les termes de référence de l'exécution de l'action par l'équipe Relais pour le développement Urbain Participé (RUP) de ENDA-TM (Environnement - Développement - Action dans le Tiers Monde, organisation internationale à caractère associatif et à but non lucratif avec le siège à Dakar).

1.1.1 Première étape

Les objectifs initiaux de l'action Santé - femmes et environnement à Dalifort ont été élaborés d'un commun accord avec le projet de restructuration MUH/GTZ dont le contenu pour la requête de financement auprès de la GTZ en RFA a été le suivant:

1. Une série d'enquêtes faisant le point sur les travaux et actions menés dans le domaine santé et environnement dans les quartiers périphériques de Dakar et d'autres villes qui dégagent les approches et méthodes mises en oeuvre, ainsi que les résultats obtenus, notamment par l'équipe sénégal-belge travaillant à Pikine, l'ORSTOM et CHODAK-ENDA à Grand-Yoff, AFOTEC (ONG) etc..

2. Des contacts suivis avec les principaux interlocuteurs dans le quartier - infirmier, femmes, ancien comité de santé, notables, enfants, instituteurs etc. - pour dégager le point sur la situation sanitaire ainsi qu'identifier les actions prioritaires à mener.

3. De petites actions concrètes accompagnant les ateliers de formation, enquêtes et contacts sur le terrain permettant de répondre aux besoins immédiats exprimés par les habitants du quartier. Ces actions se situant probablement dans les domaines suivants:

3.1. le soutien et la collaboration active avec le comité de santé de Dalifort

3.2. l'éducation sanitaire

- autour du problème de l'eau:
- les enfants et l'eau, touchant ainsi la prévention des maladies infantiles, les vaccinations et l'hygiène domestique,
- le problème de l'eau potable à la maison et dans le quartier, abordant ainsi l'approvisionnement en eau - soit par la borne-fontaine, soit par le branchement individuel, le stockage surtout de l'eau de boisson et l'évacuation des eaux usées,
- les eaux stagnantes dans certains bas fonds du quartier qui ne posent pas uniquement un problème urbanistique, mais également de santé attirant toute sorte de vecteur de maladie, tels que moustiques et mouches, protection indirecte contre le paludisme
- les liens entre maladie et élevage domestique,
- le stockage et l'évacuation des ordures ménagères,

- une sensibilisation pour la nécessité de réaliser certaines **infrastructures et services sanitaires**,
- l'organisation de **lutte contre les parasites** sous différentes formes,
- et autour de l'**utilisation économique des combustibles**.

3.3. **l'éducation nutritionnelle** à travers la formation d'auxiliaires de santé communautaire pour des séances de démonstration culinaires, de pesées des nourrisson et enfants, de santé familiale etc.

1.1.2 Deuxième étape

Au sein du projet de restructuration MUH/GTZ, la séance de PPO (Planification Par Objectifs) a dégagé une séquence d'objectifs réalisables progressivement dans le temps imparti à ce volet d'action à savoir 12 à 18 mois, qui est la suivante:

1. **Amélioration des conditions d'hygiène** dans des domaines sélectionnés
 - 1.1 élaboration d'un plan opérationnel par ENDA-RUP et les comités
 - 1.2 recherche des problèmes d'hygiène dans le quartier
2. **Sensibilisation des groupes cibles (femmes)**
 - 2.1 programme d'animation: maladies et pratique d'hygiène
 - 2.2 sensibilisation pour des mesures d'infrastructure
3. **Réalisation d'échantillons d'infrastructures avec les habitants**
 - 3.1 choix de domaines d'intervention
 - 3.2 réalisation de mesures test
4. **Instauration d'une coordination avec le Ministère de Santé Publique**

1.1.3 Troisième étape

Ces deux formulations des objectifs ont abouti dans le contrat signé entre la centrale de la GTZ en RFA et ENDA-RUP sous la forme suivante:

1. **Objet du contrat:**

L'opération envisagée a pour objectif **l'intégration durable des femmes aux activités de la communauté et du projet en se concentrant tout d'abord sur les domaines de la santé et de l'environnement.**

Les autres objectifs poursuivis sont d'une part la **formation de groupements féminins autonomes d'auto-promotion** et d'autre part **l'identification d'autres secteurs d'intervention.**

La fourniture de **conseils, des échanges d'informations** ainsi que **l'organisation d'activités communes** permettront de développer des modèles de **participation active des femmes à la planification et à la réalisation de projets d'assainissement urbain.**

2. **Activités:**

- 2.1 **Promotion de l'auto-promotion féminine** dans le quartier Dalifort.

2.2 Organisation à intervalles réguliers d'échanges d'expériences et de rencontres de travail et d'information entre d'un côté les femmes du quartier et, de l'autre le Comité de Santé ainsi que l'autres institutions compétentes.

2.3 Etablissement et mise en oeuvre de programmes de vulgarisation à l'intention des habitantes du quartier dans les domaines de la santé, de l'hygiène et de l'environnement (infrastructure alternative).

2.4 Exploitation des expériences recueillies et conception de solutions praticables pour la mise en oeuvre de stratégies d'auto-promotion féminine dans les domaines retenus.

Il est certain que ces différentes formulations des objectifs se recoupent et reflètent le contexte dans lequel ils ont été élaborées.

Pour chaque phase trimestrielle des objectifs opérationnels sont définis pour guider le travail sur le terrain. Ces auto-évaluations trimestrielles, ainsi que le contact permanent avec la coordination du projet MUH/GTZ et au sein de l'équipe ENDA-RUP nous ont permis de réajuster la mise en oeuvre au fur et à mesure.

Mais au préalable, il nous semble essentiel que les hypothèses de travail sous-jacentes aussi bien au niveau de l'approche que du contenu de l'action soient explicitées.

1.2. Hypothèses de travail

Les hypothèses ci-dessous sont énumérés non pas nécessairement par ordre de priorité, mais en allant du plus général vers le particulier, elles tiennent compte des différents objectifs formulé par les partenaires divers de l'action.

Hypothèses concernant la relation environnement - santé:

- Les problèmes de santé dans des quartiers d'habitat populaire dépendent surtout de l'environnement, pris dans un sens large d'interrelations économiques, sociales, politiques, culturelles et écologiques.
- Pour résoudre les problèmes de santé dans un quartier populaire des actions préventives dans les domaines de l'hygiène, l'habitat, les infrastructures sanitaires et l'environnement doivent être entreprises plutôt que des actions curatives.
- Les principaux sources environnementales des maladies sont la gestion de l'eau (stagnation, stockage domestique, potabilité), des ordures ménagères, des animaux domestiques.

Hypothèses concernant les femmes:

- En faisant une action de santé - femmes et environnement une intégration durable des femmes peut être obtenue dans les activités de la communauté et du projet de restructuration, notamment les aspects de planification et d'assainissement urbain.
- Cette intégration passe par la promotion de groupements féminins autonomes.
- Ce sont les femmes qui gèrent la santé familiale et se préoccupent le plus de l'habitat et de l'environnement.

Hypothèses concernant l'approche:

- Pour obtenir des résultats d'améliorations des conditions d'hygiène et de santé, des séances d'information, de sensibilisation, de vulgarisation, l'éducation et de formation doivent être entreprises.
- Les principaux interlocuteurs pour obtenir les résultats escomptés sont le comité de santé et les femmes en général.

- Pour l'utilisation d'une méthodologie de travail efficace, le point doit être fait sur les types d'interventions déjà pratiqués et les résultats obtenus par d'autres projets dans des domaines semblables.
- Une action localisés dans le domaine de santé femmes et environnement permet de tirer des conclusions plus générales concernant des modèles de participation active des femmes à la planification et à la réalisation de projet d'assainissement urbain et de dégager des stratégies d'auto-promotion féminine.

Ces hypothèses de travail sont là pour être confirmées ou infirmée, elles nous permettent de tenir présents à l'esprit les présupposés que l'on fait trop souvent dans le feu de l'action sur le terrain.

2. MISE EN OEUVRE DE L'ACTION, PROBLEMES RENCONTRES

2.1. Objectifs opérationnels pour le deuxième semestre 1989

Les activités du Comité Santé - Femmes et Environnement prévues dans le plan opérationnel de juillet à décembre 89, construit sur le schéma de planification de la PPO, n'a pas eu rigoureusement la succession préalablement définie.

La recherche des problèmes d'hygiène dans le quartier par le biais notamment des causeries avec les femmes et des projections de film est allée de pair avec la sensibilisation sur les zones et pratiques à risques. Elle s'est poursuivi dans le cadre de l'éducation sanitaire et la médecine préventive. Les différents thèmes de notre programme ont été:

- l'hygiène de l'enfant
- l'hygiène de la maison;
- la lutte contre le péril fécal
- la lutte contre les infections bactériennes et les parasitoses en particulier, le paludisme;
- l'éducation nutritionnelle

La sensibilisation pour des mesures d'infrastructures, appropriées des points de vue environnemental et socio-économique, a abordé les problèmes liés aux déchets liquides (eaux vannes et usées) et solides. Elle a débouché sur des rencontres entre les trois comités du Projet MUH/GTZ qui traitent des problèmes liés: infrastructure - planification et santé. Un ou des modèles d'assainissement avec des infrastructures applicables et acceptables restent à finaliser.

La coordination avec le Ministère de la Santé Publique a été bien consolidée et se poursuit par le biais du Médecin Chef Régional de Dakar, du Médecin de la Circonscription Médicale de Dakar, du Centre National d'Education pour la Santé et surtout avec le Service-d'Hygiène. Bien d'autre contact ont pu être pris.

QUOI ?	QUI ?	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.
HYGIENE AMELIOREE Pesée Consultation Chloroquinisation	CM CM CM	<-----> <-----> <----->	<-----> <-----> <----->	<-----> <-----> <----->	<-----> <-----> <----->	<-----> <-----> <----->	<-----> <-----> <----->
SENSIBILISER Groupes femmes causeries AUDIO-VISUEL ACTIVITES ORGAN. CONTACTS SERVICES FORMATION Sanitaire Nutrition Organ.	OM - AM OM - AM AM AM	<-----> <-----> <-----> <----->	<-----> <-----> <-----> <----->	<-----> <-----> <-----> <----->	<-----> <-----> <-----> <----->	<-----> <-----> <-----> <----->	<-----> <-----> <-----> <----->
INFRASTRUCTURES Ordures ménagères	AM - OM			<----->	<----->	<----->	<----->
CONTACTS MINISTERE Centre Educ. Santé	CM	<----->					
Absence A.M. Absence O.W.			<-----> <----->	<-----> <----->			

2.2. Présentation des activités

Pour la présentation des actions menées dans le quartier pendant ces derniers mois, nous avons choisi de les classer selon le cycle naturel de l'environnement en ce qui concerne l'eau et la nourriture.

Tel que indiqué dans le tableau ci-dessous, pour chaque phase du cycle (en lignes), à savoir, l'approvisionnement, le stockage et la préparation ou manipulation et l'élimination, nous avons distingué quatre approches différentes (en colonnes), d'abord, une sorte de diagnostic des pratiques dans l'environnement du quartier et de la maison, ensuite, un bilan de santé pour les êtres humains, donc les maladies qui apparaissent en conséquences de ces pratiques, ainsi que les nuisances provoquées dans l'environnement, et finalement les mesures préventives et curatives prises ou discutés.

Pratiques dans l'Environnement	Bilan de santé, êtres humains et environnement	Mesures préventives	Mesures curatives
<p>Approvisionnement: eau - nourriture</p> <p>Problèmes discutés: borne-fontaine / branchement individuel -> quantité et qualité de l'eau marché / vendeuses -> qualité de nourriture</p>	<p>mauvaise qualité de l'eau: diarrhées et parasitoses nourriture infectée par mouches ou mal protégée: salmonellose - shigellose - choléra - amibiase - intoxication alimentaire - hépatite infectieuse</p>	<p>causeries sur maladies, sensibilisation et formation à l'hygiène environnementale et alimentaire, posées, idée du moulin</p>	<p>plantes médicinales (traditionnelles et fiches ENDA) collaboration avec dispensaire et service d'hygiène</p>
<p>Stockage et Préparation: eau - nourriture</p> <p>Problèmes discutés: canaris habituels et fûts -> qualité de l'eau repas habituels (enfants et adultes -> qualité et quantité de nourriture</p>	<p>mauvaise qualité de l'eau: diarrhées et helminthiases nourriture infectée par mouches ou mal protégée: salmonellose - shigellose - choléra - amibiase - intoxication alimentaire - hépatite infectieuse - dysenterie malnutrition</p>	<p>cf. ci-dessus + films + canaris à robinet - "lave-main", protection contre insectes - démonstrations culinaires et cantine de farine</p>	<p>plantes médicinales (traditionnelles et fiches ENDA) collaboration avec dispensaire et service d'hygiène</p>
<p>Elimination des déchets liquides et solides</p> <p>Problèmes discutés: excréta - eaux vannes, eaux usées (douches - lessive - cuisine), ordures ménagères</p>	<p>maladies transmises par mouches, moustiques puces, rats, contacts directs ou indirects avec excréta ou déchets: dont shigellose - choléra - amibiase - paludisme - salmonelloses- intoxication alimentaire - hépatite infectieuse</p>	<p>cf ci- dessus + journées d'assainissement visites à domicile et dans le quartier chloroquinisation</p>	<p>plantes médicinales (traditionnelles et fiches ENDA) collaboration avec dispensaire et service d'hygiène</p>
<p>Moyens d'élimination des déchets liquides ou solides ou Infrastructures privées</p> <p>défécation sauvage - latrines - fosses à fonds ouvert rejet des eaux usées dans rues, alentours du quartier et marigot dépôt d'ordures dans bacs SIAS ou dans alentours du quartier</p>	<p>maladies des êtres humains cf. ci-dessus + pollution de la nappe phréatique et de l'environnement</p>	<p>cf ci- dessus + causeries sur avantages et inconvénients de différents types d'infrastructures visites à domicile et dans le quartier Alternatives ou Infrastructures appropriées: WC fosse étanche - WC fosse séptique - Fosse toutes eaux avec épandage - puisard - poubelles - ramassage porte-à-porte des ordures - plus de bacs SIAS</p>	

2.2.1 L'approvisionnement en eau et nourriture

Le thème de l'approvisionnement soulève les questions de qualité et de quantités d'eau accessible ou disponible par ménage. Actuellement l'alimentation en eau se fait pour la majorité des familles grâce à la **borne-fontaine publique**. Pour 7000 habitants que compte le quartier de Dalifort, il en existent quatre. Seulement 2 % (environ 15 ménages) possèdent un **branchement individuel** dans leur parcelle. Notons à cette occasion que plusieurs de ces branchements individuels sont coupés à l'heure actuelle pour des problèmes de non-paiement des factures. On peut se poser la question s'il s'agit là uniquement d'un phénomène conjoncturel ou d'un manque de ressources monétaires plus général...

La qualité de l'eau normalement disponible par ces deux moyens ne pose pas de problèmes majeurs. Ce n'est qu'à partir du moment où l'eau est transporté dans les bassines vers la maison et dans les récipients de stockage qu'une contamination peut subvenir.

Il convient de noter que la politique actuelle du Ministère de l'Hydraulique et de la SONEES (Société Nationale d'Exploitation des Eaux au Sénégal) en matière d'alimentation en eau des ménages tend vers une diffusion des branchements individuels. Les raisons invoquées sont le gaspillage de l'eau au niveau des bornes-fontaines et les coûts consécutifs pour la Commune. La solution de bornes-fontaines payantes a été envisagée un moment donné, mais sa mise en oeuvre a été ajournée pour des raisons politiques (mesure relativement impopulaire en période d'élection...).

Le problème de l'approvisionnement en eau a ressurgi dans le Comité de Santé lors de la réalisation de la zone d'extension. Cette dernière accueille les habitants recasés, ayant été contraints à déménager à cause de la restructuration, c'est-à-dire l'élargissement des rues et l'évacuation de la zone d'inondation.

Le Comité a posé les problèmes dûs, d'une part, à la grande distance qui sépare la borne-fontaine des maisons, et, d'autre part, au risque de pollution de l'eau avant la consommation, c'est-à-dire pendant le trajet vers la maison. Une solution provisoire est en voie d'exécution pour pallier à cela, à travers l'achat (par le projet MUH/GTZ) de tuyaux permettant de raccorder une bouche d'eau vers la zone d'extension en attendant la mise en service du réseau d'eau prévu dans le plan de restructuration (cf. aussi chapitre eaux usées à ce propos).

Il subsiste un certain nombre de personnes, habitant vers la limite Est du quartier, nombre probablement en augmentation avec la réalisation de la zone d'extension, qui continuent à s'approvisionner en eau dans les **puits naturels**. Ce sont des **céanes**, des trous d'eau creusés directement dans la nappe affleurante, également utilisées pour l'arrosage des jardins.

Les femmes du Comité ont constaté qu'avec les eaux des ces céanes certaines femmes viennent faire le linge, certaines viennent même puiser cette eau pour la consommation et que les enfants y jouent, se baignent. avec les risques d'accident que cela comporte Elles ont donc pris l'initiative d'aller rencontrer les responsables des habitants, situés à la limite de la zone d'extension, pour les avertir des risques que comporte l'utilisation de ces eaux polluées par les fosses d'eaux vannes à fonds ouvert à proximité de ces puits naturels.

Les femmes ont rencontré également les propriétaires des jardins dans lesquels se trouvent ces céanes pour discuter des conséquences pour la santé et solliciter leur appui pour lutter contre cette pratique.

En ce qui concerne la **nourriture** deux questions ont été discutées. Premièrement le problème de l'hygiène crée par les **vendeuses ou vendeurs au marché et dans le quartier, plus spécialement devant l'école**. Une sensibilisation par les femmes du Comité auprès de ces personnes a commencé. L'objectif serait à terme d'éliminer la vente à même le sol et d'encourager la protection des aliments exposés avec des moustiquaires.

Dans le même ordre d'idée, le Comité a lancé l'idée d'acquisition d'un **moulin** pour les céréales. Certaines femmes continuent la manière traditionnelle du pilage des aliments, mais beaucoup parmi elles envoient les enfants pour faire moudre les céréales dans le quartier voisin de Hann par la machine. Cette manière de faire comporte plusieurs dangers pour la santé selon les femmes du quartier. D'une part, les enfants ne transportent pas soigneusement la nourriture, l'abandonnent en cours de route pour jouer, donc elle se salit, et d'autre part, le chemin entre Dalifort et Hann est relativement long et les enfants doivent traverser des routes à grande circulation automobile avec le risque d'accident que cela comporte.

L'idée d'achat d'un moulin permettrait aux femmes du Comité d'allier la poursuite de l'**objectif d'amélioration de santé en même temps que la réalisation d'une activité économique**. Pour le moment les discussions tournent autour des modalités d'acquisition d'un tel moulin (sous forme de prêt, avec ou sans subvention) et sa gestion.

2.2.2 Le stockage, la préparation ou la manipulation de l'eau et de la nourriture

Un certain nombre de causeries a porté sur des **maladies liées à l'eau**. L'eau devient vecteur de maladies à partir du moment où elle est infectée par des agents pathogènes dus à un stockage ou une manipulation dans des conditions de mauvaise salubrité.

La diarrhée: ce sujet nous a paru très important, vu l'hivernage, où l'on note une recrudescence des cas avec sa complication majeure, la déshydratation aiguë qui décime la population infantile en particulier.

Au cours des discussions nous avons noté la différence que font les femmes entre la **dysenterie**: "bir ou teigne" et les autres diarrhées "bir bou daw" Cette dernière ne semble pas atteindre le même degré de préoccupation que la première. Pour la dysenterie, les femmes ont avancé des étiologies (causes) et des traitements.

Les causes citées pour la dysenterie par les femmes sont la constipation et la fatigue, la première relève en fait d'un autre type de problème et la deuxième est plutôt une conséquence.

Pour donner une formation sur les véritables étiologies, l'animation a donc porté durant cette période sur la sensibilisation aux problèmes de l'hygiène, causes de ces maladies.

Le **traitement traditionnel** de la dysenterie est fait d'aliments et de plantes locaux tels qu'une décoction d'un mélange de feuilles de grenade et de raisin ou de l'eau de riz et pain de singe etc...

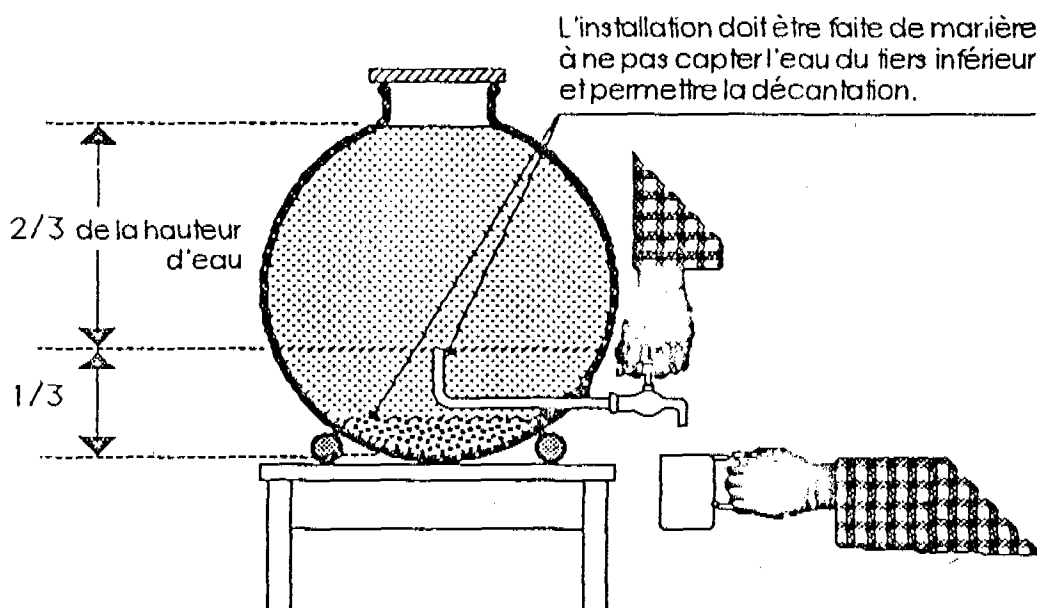
Ces recettes correspondent aux recherches menées sur les plantes médicinales par ENDA, publiées dans le recueil de **Fiches de Plantes Médicinales**. Un exemplaire du recueil des Fiches a été diffusé dans le Comité de Santé.

Au stade de complication de la dysenterie, le traitement traditionnel avancé par les femmes est celui de la brûlure avec une clé chaude pour la résorption du prolapsus rectal combiné avec la récitation de versets Coraniques. Cet acte est fait par des initiés. Les causes, les pratiques à risque, ainsi que le traitement de la médecine moderne ont été exposés, en insistant sur les traitements traditionnels positifs par les aliments et les plantes et la réhydratation par voie orale domestique.

Comme exemples de **mesures préventives** dans le cadre de l'hygiène et l'eau, un programme d'animation autour du **canaris à robinet** a été mené. La différence avec le canaris traditionnel (récipient en béton ou en poterie pour stocker l'eau) où à chaque prise d'eau un bol, pas toujours propre, est plongé dedans, il est muni d'une robinet. Posé sur une table ou un socle, il permet donc d'avoir de l'eau propre.

Pour ces canaris à robinet, des contacts avaient été pris dans un premier temps, avec une ONG locale, AFOTEC. Mais n'ont pas pu aboutir à cause de la surcharge de travail de celle-ci. La réalisation d'un certain nombre de canaris à robinet se poursuit avec le Centre Communautaire des Technologies Appropriées à la Santé (CCTAS). La fabrication se mènera avec un artisan du quartier formé à cet effet. L'acquisition de cet équipement se fait avec la participation financière conjointe des femmes et d'ENDA-RUP. La gestion des canaris -pilote sera confiée aux femmes du Comité qui ont défini une stratégie d'animation et de vulgarisation autour d'eux.

Amélioration possible:
un canari avec un robinet



(Dessin tiré de: Quand il n'y a pas d'architecte, par Pierre Nicolas, ENDA-RUP, 1988, p. 87)

Le deuxième type d'équipement du foyer discuté comme mesure préventive est le "**lave-main**". La pratique habituelle est qu'avant de manger, on présente une bassine d'eau où chacun lave ses mains, le premier bénéficie d'eau propre, mais les suivants se trempent les mains dans les saletés des précédents. Le "lave-main" consiste en une bouilloire combinée avec une bassine munie d'une sorte de passoire. Ainsi l'eau sale recueillie dans le récipient n'est plus touchée, chacun bénéficie d'eau propre dans la bouilloire. Cet équipement est facile à fabriquer par les artisans de Dalifort. Les contacts ont été pris pour que le CCTAS forme un apprentis ou artisan à cette technique.

Par le biais des affiches distribuées aux femmes du comité montrant les diverses phases de développement psychomoteur de l'enfant et ses besoins, la causerie a débouché sur les maladies dues à une **mauvaise alimentation**. La malnutrition est une des dominantes pathologiques du quartier, constatée lors des pesées d'enfants. Le problème de nutrition se pose surtout lors du sevrage, le passage du lait maternel à d'autres aliments pour les petits enfants.

La reconnaissance de la malnutrition par la population est un préalable nécessaire à l'éducation nutritionnelle. Elle se fera par la tenue de **démonstrations culinaires** dont les modalités ont déjà été abordées. Mais cette action a été mise en veilleuse par l'arrivée de l'hivernage (saison de pluie) avec notre priorité première qui est celle de la lutte contre les parasitoses.

Néanmoins, des contacts ont été pris depuis le mois de juillet avec le Centre d'Education National pour la Santé et l'Office de Recherche pour l'Alimentation et la Nutrition en Afrique (ORANA) qui nous ont apporté leur appui, ainsi qu'avec ENDA-CHODAK ayant déjà une expérience dans ce domaine, pour les modalités pratiques.

2.2.3 Elimination des déchets liquides et solides

L'élimination des déchets liquides et solides commence par **l'hygiène à la maison**, ce fut l'un de nos premiers sujets de causerie avec l'objectif de sensibiliser à la salubrité dans les concessions.

La projection des films sur l'hygiène et l'eau, les visites à domicile, et les journées d'investissement humain ont fait partie des activités autour de ce thème.

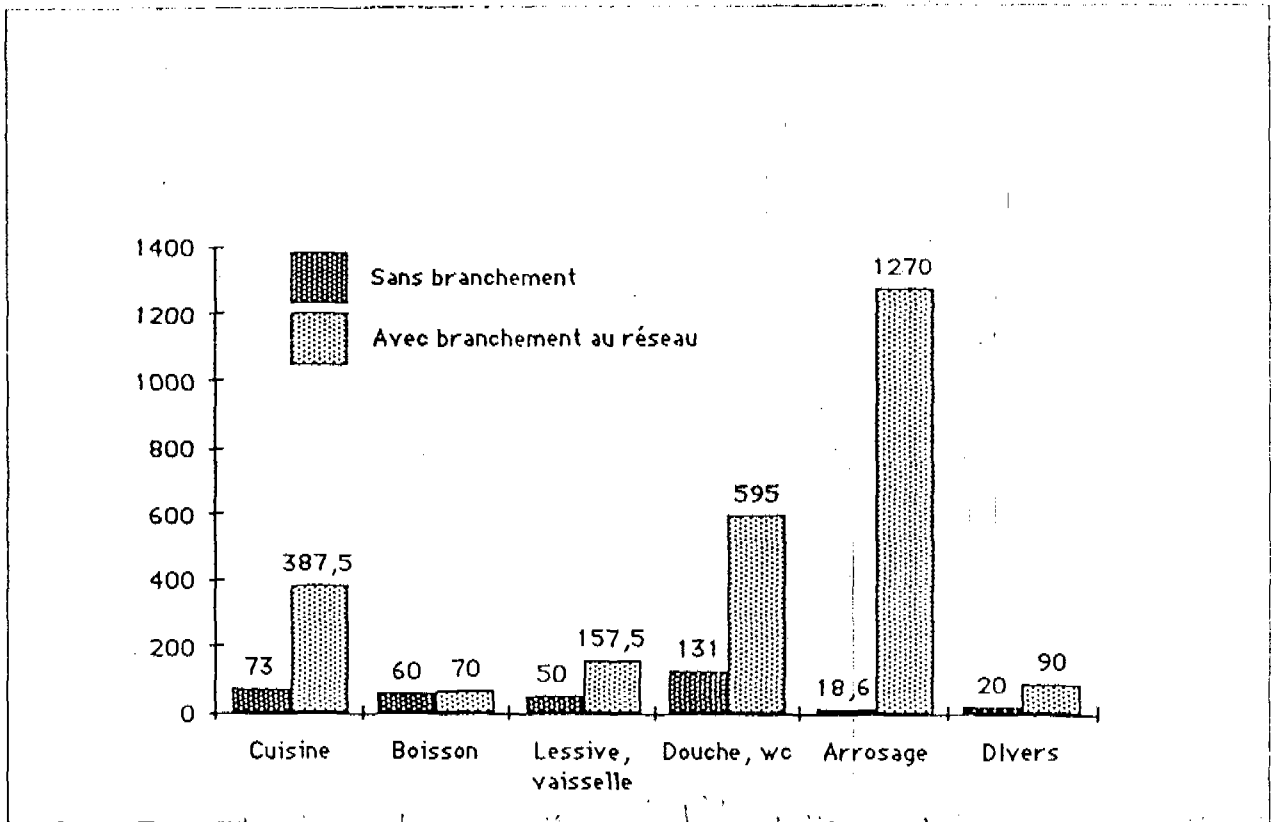
Les **eaux stagnantes** dans le quartier posent un problème particulier dans le quartier depuis une série de saisons de pluies abondantes, les nappes phréatiques ayant été rechargées, des marigots et des zones d'inondations se forment. Par ailleurs, l'évacuation des eaux usées de cuisine et de lessive forment également des mares dans les rues et dans les zones de dépôts de déchets. Ces eaux stagnantes sont les gîtes privilégiés pour les moustiques et toutes sortes d'autres vecteurs de maladies.

Dans la **lutte contre les infections bactériennes et les parasitoses**, nous avons abordé la prévention des pyodermites, communément appelés "boutons", celle des parasitoses intestinales et du paludisme.

Ainsi une discussion a tourné autour des occupations des enfants qui pendant leur loisir, surtout lors des vacances scolaires, vont jouer aux marigots. Quelles sont les précautions d'hygiène à prendre, à défaut des pouvoir les occuper avec d'autres jeux.

Un autre problème, qui pourrait se poser à moyen ou voire court terme, est celui des **eaux usées** dont la solution d'élimination n'est pas encore définitivement trouvée. Ceci nous inquiète, d'autant plus que du côté de la Commune, la priorité semble de plus en plus être donnée à l'approvisionnement d'eau par branchements individuels. Ceux-ci entraîneraient une augmentation de la consommation d'eau potable au sein des familles et corrélativement celle des eaux usées aussi.

D'après une petite enquête menée dans le quartier de Dalifort à partir de trois foyers ayant des branchements privés et trois autres sans branchement, il s'est avéré que les premiers consomment une fois et demie le volume d'eau utilisé par ceux qui n'ont pas de branchements.



"Les femmes de la famille A vont chercher l'eau à la borne-fontaine. La consommation familiale est de 362.6 litres, soit environ 35 litres par personnes par jour. La famille B est titulaire d'un branchement, elle s'adonne au maraîchage. Sa consommation s'élève à 2570 litres, soit 257 litres par jour et par personne. La famille B consomme 7 fois plus d'eau que la famille A. Il est vrai que le branchement individuel a permis de cultiver un vrai champs maraîcher, 1270 litres sont utilisés par cette nouvelle activité. (...)

Quantités d'eaux usées ménagères produites: Une famille de 10 personnes disposant d'une borne-fontaine à proximité de son domicile consomme environ 300 litres d'eau par jour et en rejette 150. Une famille équivalente disposant d'un robinet à la maison consomme 1200 litres par jour et en rejette 900, soit 6 fois plus. On peut dire que l'eau à la maison multiplie les problèmes d'assainissement au moins par 6."

(Schéma et textes p. 57 et p. 97, tirés de : Quand il n'y a pas d'architecte, par Pierre Nicolas, ENDA-RUP, 1988)

Sensibilisé par le film "L'eau et l'hygiène" le comité a beaucoup insisté pour attirer l'attention sur les eaux stagnantes du **bas-fonds** situé au milieu du quartier. Elles causent des problèmes d'hygiène et de santé puisque devenues **dépotoir à ordures et vidoir à eaux usées** sans compter les moustiques ou autres vecteurs de maladies que l'on peut trouver dans ces eaux.

Pour lutter contre les moustiques, les femmes ont proposé de verser du pétrole dans le bas-fonds. Mais le Chef de Brigade du Service d'Hygiène, consulté à cette occasion, a interdit une telle pratique polluante pour la nappe phréatique. Il a conseillé d'utiliser un produit chimique qu'il nous indiquerait par la suite. Notons à cette occasion que la collaboration avec les services administratifs n'est pas toujours suivi par des actions immédiates dû à leur manque de moyens, notamment pour les déplacements.

Dans ce contexte de discussion de maladies causées par les déchets liquides et solides, une introduction sur le **paludisme** nous a été faite par le chef de poste, l'infirmier de Dalifort.

Les causeries suivantes ont mis en évidence les mesures simples à prendre à la maison devant un enfant fébrile avant de l'amener au dispensaire, moyens permettant d'éviter la complication de l'hyperthermie chez l'enfant: les convulsions communément appelées "cirses"

Ce thème a débouché sur deux actions:

Tout d'abord des **investissements humains** ou journées d'assainissement pour ôter et détruire les ordures, boîtes de conserve et autres gîtes à moustiques avant les premières pluies. Ces actions organisées par les femmes ont eu lieu les 2 avril et 13 août 1989, et dont la première fut supervisée par le Service d'Hygiène.

Il s'agit de journées d'assainissement, généralement prévues et dont l'information est diffusées au moins une semaine à l'avance, avec un rappel du griot - chanteur ou chanteuse professionnel(le) traditionnel(le) - la veille. L'opération débute vers 9 heures du matin, souvent après un autre passage du griot à travers le quartier. Les femmes du Comité se responsabilisent pour superviser l'action dans les différentes zones du quartier par groupes de 2 ou 3 personnes. Chaque groupe passe par une rue différente et vérifie que le balayage soit fait, aussi bien à l'intérieur que devant chaque maison, que les ordures soient jetées dans les bacs et les eaux usées vidées en dehors du quartier. Elles regardent aussi s'il n'y a pas de débris de canaris ou de bouteilles, et éventuellement des boîtes de conserves vides qui traînent. Tous ces détritiques, servant de gîtes pour des vecteurs de maladies, sont évacués. Si une maîtresse de maison ou un marchand de boutique est pris en faute, une amende symbolique de 25 ou 50 F CFA, selon le cas, leur est imposée, en plus de la demande de faire le nettoyage nécessaire. Cette procédure est bien perçue par la population et l'amende en général acceptée. L'argent ainsi recueilli sert à alimenter la caisse du Comité permettant de financer d'autres activités.

Il est certain que ce genre d'actions ponctuelles sont très efficaces pour mobiliser et sensibiliser la population. L'effet pédagogique pour l'évacuation des ordures ménagères est certain puisque des bacs sont mis à disposition et une grande majorité les utilise. Par contre, les causes profondes des conditions médiocres de salubrité dues à un manque d'évacuation adéquate des eaux usées et des excréta ne peut être résolue avec des journées ponctuelles d'assainissement. C'est là qu'intervient le besoin en infrastructures d'assainissement individuel, semi-collectif ou collectif, nous en parlerons plus loin.

La deuxième action entreprise est la **chimioprophylaxie contre le paludisme** par la chloroquinisation. Notre souci initial était de protéger surtout les groupes à risque - femmes enceintes et enfant de 0 - 5 ans - faute de pouvoir protéger toute la population. Cette vision de la chloroquinisation a été supplantée par celle des femmes du comité voulant permettre l'accès à tous, lors des discussions ayant trait à la gestion de cette action. Les décisions suivantes ont été retenues:

La commande des produits se fera par l'intermédiaire du dispensaire de Dalifort dans le souci de respecter la coordination avec les structures médicales en place, support de la pérennité de nos activités (cf. organigramme des structures médicales de Dakar).

La chloroquine sera mise à la disposition de tout habitant de Dalifort. Elle sera gratuite à tout malade détecté lors des séances de pesée. (Celle-ci est payante à 50 F CFA) La nivaquine sera vendue à un coût moindre que celui des pharmacies aux autres personnes. L'argent récupéré servira à relancer d'autres commandes et à financer d'autres activités du groupe.

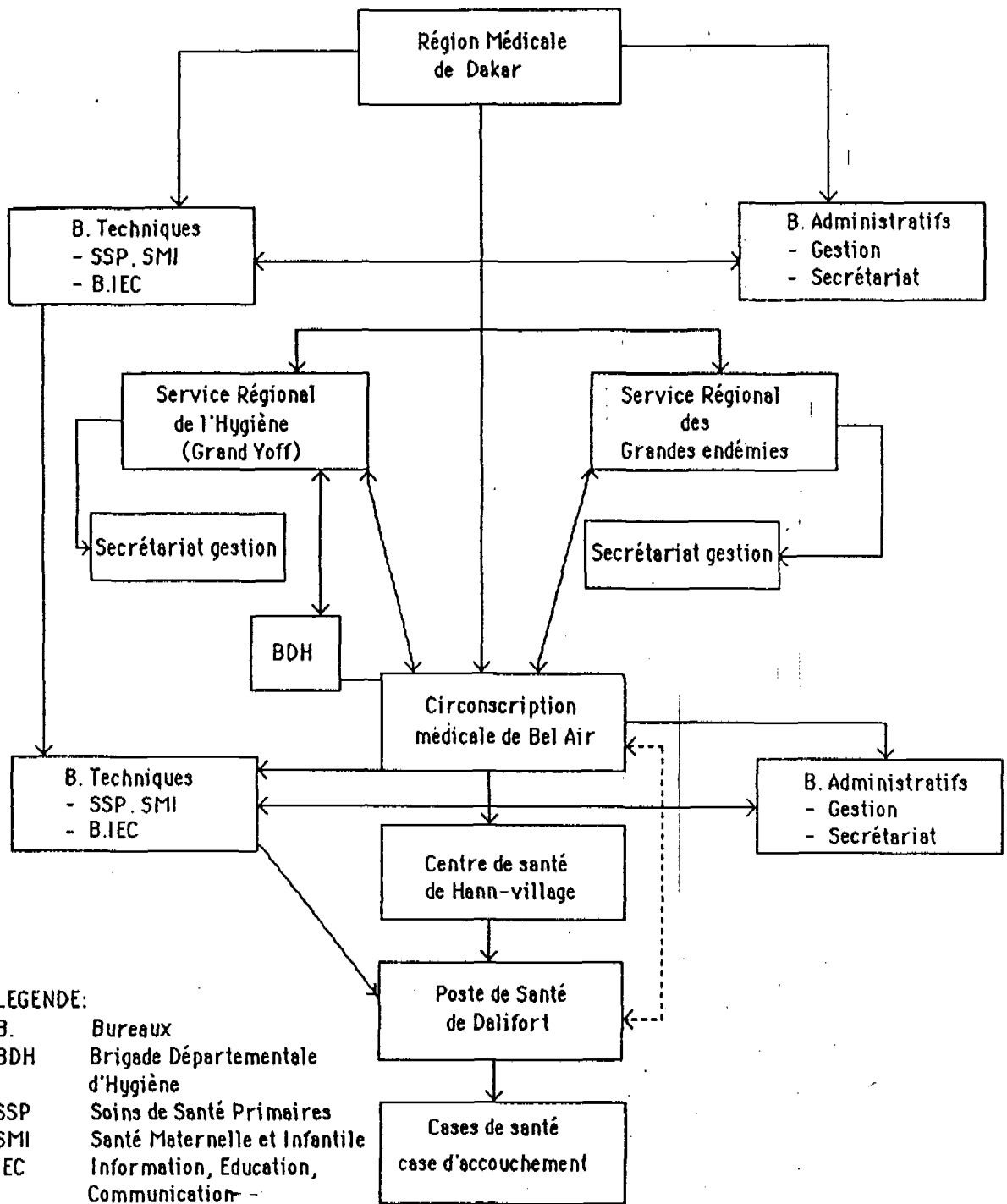
La chloroquinisation a été freinée par la rupture de stock du produit au niveau de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, voie habituellement utilisée par le dispensaire. Non seulement il n'y avait plus de médicaments, mais en plus l'argent donnée pour la commande était également resté bloqué pour un moment. D'autres alternatives de fourniture du médicament ont été discutées, des contacts ont été pris pour soit un emprunt auprès du Médecin Chef de Bel Air, ou l'achat à un tarif légèrement plus élevé à la SIPOA (Société Industrielle Pharmaceutique de l'Ouest Africain). La SIPOA était en fait à l'origine de la rupture de stock et vient d'être réapprovisionnée.

Nous avons opté pour cette dernière solution. La chloroquinisation va donc démarrer, une fois les formalités administratives de commande effectuées.

La prévention du paludisme reste d'actualité, malgré la fin de l'hivernage, à cause de l'endémicité de cette affection, le risque reste élevé en effet. Le paludisme demeure plus préoccupant que jamais, les rapports mensuels du dispensaire viennent confirmer cette assertion en nous en indiquant le pic au mois de septembre avec un taux qui reste élevé jusqu'au mois de mars.

A la même époque où la gestion de la chloroquine a été discuté, la mise sur pied d'une pharmacie a été posée par le Comité des femmes. Cette question a été vivement débattue avec les femmes au niveau du quartier et avec les collègues des autres équipes du projet MUH/GTZ. L'idée est venue des nombreux accidents constatés dans le déroulement des opérations de recasement. Les modalités pratiques de cette pharmacie ont ainsi été discutées avec les uns et les autres, et le consensus tiré est que la gestion reviendrait aux femmes, mais la pharmacie serait confiée au chef de poste qui en superviserait ainsi l'utilisation. De fait, il s'agirait de renforcer la dotation en médicaments de la pharmacie du dispensaire sous forme de subvention.

ORGANIGRAMME DE STRUCTURE DE LA REGION MEDICALE DE DAKAR



Le **péril fécal** a été l'objet des causeries mais aussi un des principaux thèmes de discussion après la projection du film "l'Hygiène et l'eau" réalisée avec le concours de l'équipe audio-visuel de ENDA-TM. L'accent a été mis sur les **maladies liées aux "mains sales"**: tels les **infections bactériennes, salmonelloses, choléra... et les parasitoses intestinales** et les mesures d'hygiène ~~simple~~ ^{simples} à prendre en attendant qu'une solution satisfaisante soit mis en œuvre (WC, édicules publics...). Malgré les causeries menées dans ce sens, les habitants du quartier, plus particulièrement les enfants, à défaut d'autres solutions, continuent de faire les besoins aux lisières du quartier et même au bord du marigot.

Un cas de **choléra** a été signalé durant cette période d'hivernage, dans le quartier. Les **précautions d'urgence** ont été prises par le Service d'Hygiène pour endiguer tout risque d'épidémie. Les femmes du Comité, de même que l'infirmier ont remarqué une recrudescence des maladies dysenteriformes durant cette période de pluies (cf. plus haut dysenteries et diarrhées).

Les discussions concernant les alternatives à trouver au problème actuel de l'**évacuation des ordures ménagères** continuent avec les femmes. Une nouvelle benne a été placée dans le quartier par la SIAS.

Nous ne pouvons pas dire qu'un grand pas ait été fait dans le sens des propositions concrètes vers un système alternatif de ramassage ou de recyclage alternatif, compte tenu des barrières socio-culturelles. Il n'est pas bien vu dans la culture locale de fouiller les poubelles. Les femmes l'expriment ainsi, en disant "qu'elles ne se voient pas, ni elles, ni les autres habitants du quartier en train de récupérer des déchets en vue d'un éventuel recyclage".

Par ailleurs, il existent également des barrières économiques à la réalisation d'un système alternatif de collecte des ordures ménagères. L'aspect participatif du Projet de "Restructuration de l'Habitat Spontané" du MUH/GTZ fait que tous les coûts des réalisations telles que adduction d'eau, réseau électrique, édicules publics, voiries, borne-fontaines etc..., sont répercutés sur les prix des parcelles. Dans ce contexte, les femmes, sans rejeter définitivement une solution payante de ramassage des ordures assurée par la population, hésitent à se prononcer pour une telle formule.

Nous avons tenté de présenter la question dans le sens de la **création d'emplois** pour les jeunes, même si cette idée a suscité leur intérêt, elles ne sont pas encore décidées à passer à l'action. A notre avis, nous pensons que si cette hésitation peut les inciter à acquérir le réflexe nécessaire pour aller elles-mêmes vider les ordures ménagères dans les conteneurs disposés à cet effet par la SIAS, l'objectif de la sensibilisation pour l'hygiène sera malgré tout atteint. Pour l'heure, on constate qu'environ 30 % des ménages continuent à vider leurs ordures dans les dépôts sauvages aux alentours de Dalifort. plus

2.2.4 Moyens d'élimination ou infrastructures privées

Des discussions ont abordés à plusieurs reprises les moyens à mettre en oeuvre pour éliminer les déchets liquides et solides, c'est-à-dire les infrastructures d'assainissement privé. La réalisation des infrastructures communautaires se fait par le projet MUH/GTZ, néanmoins les femmes ont exprimé un certain nombre de remarques et craintes quant à ce sujet.

Une causerie autour du problème de l'évacuation des eaux usées a montré les hésitations des femmes vis-à-vis de la solution du **puisard semi-collectif**. Il s'agirait de construire un puits filtrant pour quatre parcelles qui permet d'évacuer les eaux de douches et de cuisine. Le problème soulevé par les femmes du Comité est celui du

paiement de la construction et de l'entretien, se fera-t-il proportionnellement au nombre d'usagers par parcelle ? Elles préféreraient nettement des **puisards individuels**. Cette solution semble avoir la réserve des techniciens du MUH/GTZ pour des raisons de stabilité de terrain.

Nous espérons que l'achèvement des travaux de l'**édicule public**, fournira un début de solution au problème d'élimination des excréta. Nous disons début, car cet édicule est situé dans la zone de recasement, donc un peu distant de certaines habitations de l'ancien quartier, ce qui laisse supposer que, en attendant que l'autre édicule en terre stabilisée à côté du marché, soit prêt, les gens vont continuer à se soulager dans la nature.

Les remarques émises par les femmes lors du semestre passé en ce qui concerne la localisation d'édicules publics ne semblent pas avoir eu leur portée. Par exemple, l'édicule sur la place de la zone d'extension est bien exposé, qui est-ce qui aimerait y amener un visiteur pour faire ses besoins... ? La préférence pour les **toilettes privées** continue à être la solution souhaitée à terme par les femmes.

Par ailleurs, lors des visites à domicile, nous avons rencontré certains recasés qui ont déjà construit au niveau de leur habitations des **toilettes avec fosse à puits perdu**. Etant donné que le fonds est ouvert, il permet une infiltration des eaux vannes et usées (des WC et douches) directement dans le sol. Nous avons évalué avec les femmes le coût de ce type de construction et il s'avère que il est presque égal à celui d'un fosse septique correctement faite.

propos
Abel
AHC

En tenant compte de l'effet de multiplication et des conséquences de ce type de construction sur la **pollution de la nappe phréatique**, des rencontres vont être organisées entre le Comité des infrastructures, le Comité de santé et des utilisateurs afin de dégager un prototype satisfaisant pour tous.

En ce qui concerne l'infrastructure à mettre en place pour l'**évacuation des ordures ménagères**. Les femmes ont signalé leur réticences quant à un système alternatif de ramassage ou de recyclage pour des raisons socio-culturelles et économiques (cf plus haut). Des discussions parallèles quant au **nombre de bacs** placés par la SIAS par le Comité d'infrastructures sont en cours. Faut-il à ce moment donc envisager d'autres solutions alternatives, les motivations feraient probablement défaut. D'autant plus que la SIAS a déjà ajouté une benne ces derniers temps.

Une fois que le débat au niveau des autorités sera tranché, nous saurons comment orienter la sensibilisation, soit en faveur d'une meilleure discipline autour des bennes ou en faveur d'un système de ramassage alternatif créant des emplois.

Néanmoins, nous continuerons l'animation dans le sens d'une recherche de solution alternative en visant aussi bien l'objectif d'amélioration des condition d'hygiène que celui de création d'emploi. Des contacts ont été pris avec le Centre Communautaire des Technologies Appropriées à la Santé qui a conçu et fait des expériences dans d'autres quartiers périphériques avec une **charrette pour la collecte de porte-à-porte** des ordures ménagères. Cette idée semble séduire le Comité, mais les femmes veulent d'abord aller visiter ces expériences.

2.2.5 Contacts

Des contacts plus ou moins permanents ont été maintenus avec certains acteurs pouvant influencer directement ou de loin sur certaines décisions concernant des questions corrélatives à la santé.

Ainsi nous avons rencontré:

- Monsieur NDao, **conseiller du Maire de Pikine** pour discuter de la politique communale d'adduction d'eau;
- Monsieur Moussa BA de la **Direction de l'Hydraulique et de l'Assainissement Urbain** pour voir quelles étaient les possibilités que peut offrir son département dans la résolution du problème des eaux usées.

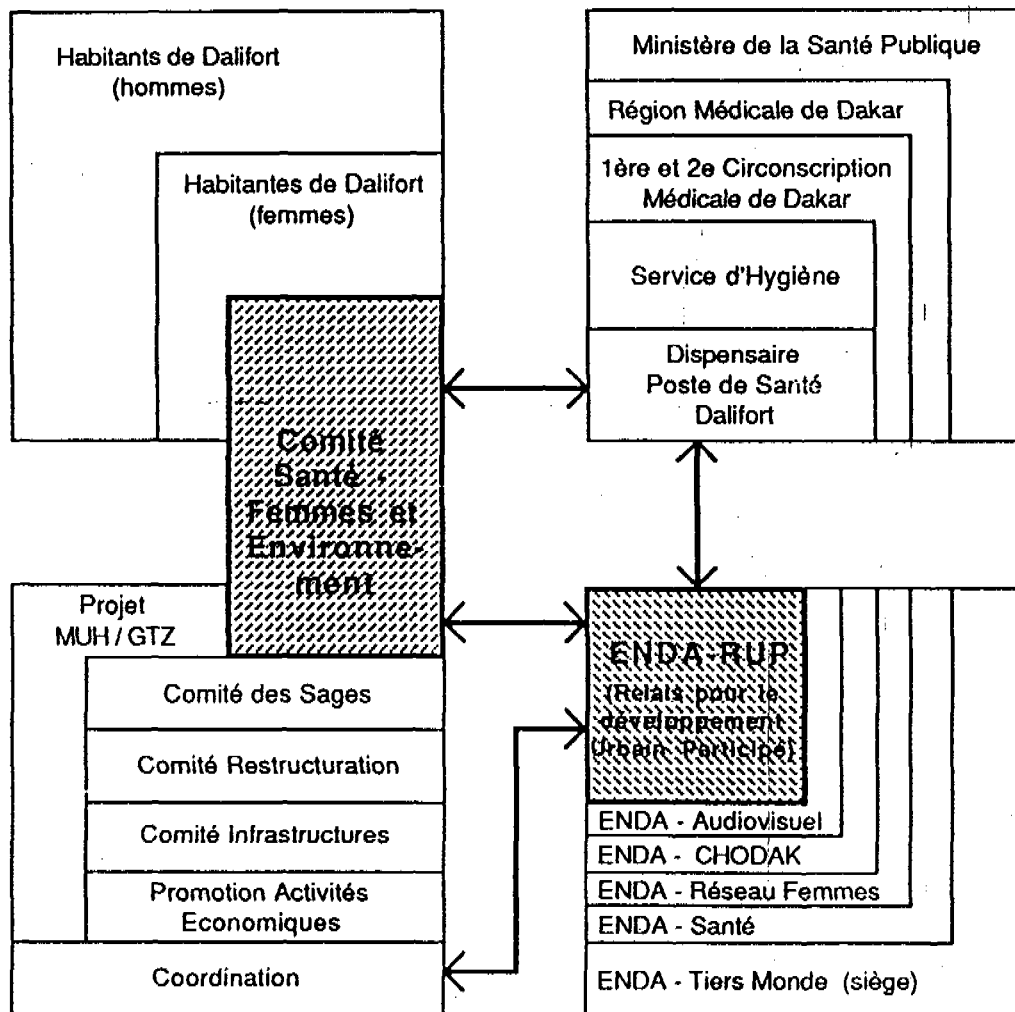
Pour des conseils, des appuis ou de la documentation écrite ou audio-visuelle, nous avons établi ou renforcé les relations avec:

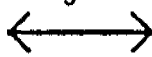
- Le médecin Chef de la **1ère Circonscription Médicale** qui supervise le poste de santé de Dalifort, nous avons parlé des modalités pratiques de la chloroquinisation, de la formation des femmes du Comité et de la subvention éventuelle de la pharmacie du dispensaire;
- Au **Centre National d'Education pour la Santé (CNES)**, le film "Nutrition - pays du Sahel" nous a été prêté;
- L'**Office de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition (ORANA)** intervient dans les quartiers périphériques où se pose le problème de malnutrition. Une collaboration s'est instaurée avec elle pour mettre sur pied un programme d'information, d'utilisation des produits locaux dans l'alimentation des malnutris, de promotion d'activités économiques par le biais de la prise en charge nutritionnelle.
- Monsieur Cheikh Thiam, coordinateur du **Centre Communautaire de Technologies Appropriées à la Santé (CCTAS)** pour la diffusion d'information et de technologies auprès des ménages telles que le canari à robinet, le "lave-main", la charrette de ramassage d'ordures etc. La formation d'artisans de Dalifort par le CCTAS permettra de produire et vendre ces objets dans le quartier même.
- La collaboration avec l'**infirmier du dispensaire de Dalifort**, Monsieur Diack, se poursuit régulièrement lors des pesées ou des causeries.

Pour toutes les démarches entreprises, nous avons veillé à ce que les femmes soient au courant et si possible nous accompagnent pour qu'un contact direct s'instaure entre elles et les personnes et institutions.

Ci dessous le schéma illustrant les contacts avec les principaux partenaires:

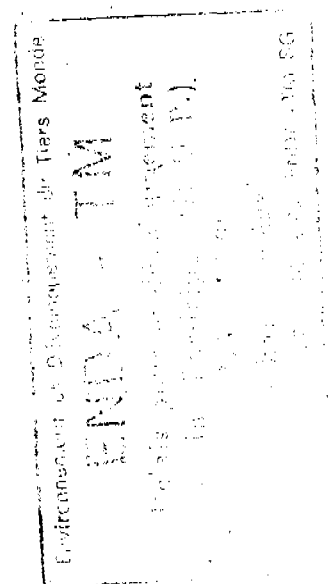
PARTENAIRES DE L'ACTION SANTE - FEMMES ET ENVIRONNEMENT A DALIFORT



Légende:

 relations privilégiées permanentes

Autres Institutions:

- AFOTEC (ONG)
- CCF Christian Childrens Fund (ONG)
- Services Techniques de la Commune
- Projet de Santé Sénégal-Belge
- Centre Communautaire de Technologie Approprié à la Santé
- Office de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition en Afrique
- Centre National d'Education pour la Santé



2.2.6 Supports de communication

A part les causeries lors des réunions et les visites à domicile, un certain nombre d'autres approches pour diffuser de l'information ont été utilisées.

Les films et les affiches servent d'outils de communication, mais aussi de matériel pédagogique. Nous avons pu constater que les projections sont suivies avec beaucoup plus d'intérêt quand le thème a fait l'objet d'une causerie préalable. L'efficacité pédagogique est appréciée lors des discussions succédant immédiatement la projection. L'attention portée au débat prouve que pour les femmes du groupe et les autres, ce genre de "cinéma" n'est pas qu'une activité récréative.

Les films projetés aux femmes pour renforcer la sensibilisation faite lors des causeries sont:

- "Mayanté" montre la solidarité dans le développement
- "l'Adieu au pilon" discute l'introduction de décortiqueuses de céréales (production CRDI)
- "Des fers au feu" montre les possibilités de recyclage à partir de matériaux récupérés.
- "Nutrition - Pays du Sahel" prêté par l'ORANA
- "L'eau et l'Hygiène" (production CRDI)

Ces projections de film se sont faites avec la collaboration de l'équipe ENDA-Audiovisuel.

Par ailleurs, des affiches sur le problème de l'hygiène et des fiches pédagogiques sur les plantes médicinales par ENDA-TM ont été utilisées.

Vers la fin du semestre, nous avons commencé une tentative d'utilisation participative de la vidéo avec les femmes afin de rendre accessible une sorte de bilan d'un an de travail du Comité à un public plus large. Ayant discuté un certain nombre de thèmes, c'est elles qui nous guident pour filmer les images qu'elles souhaitent montrer. Le montage du film se fera à l'ENDA avec les commentaires choisies par les femmes.

3. EFFETS ATTEINTS, IMPACT SUR LA SITUATION DES FEMMES

3.1. La motivation

Durant cette phase-pilote, il y a eu des moments de pointe et d'autres où la motivation du Comité était au creux de la vague. Il est certain que le travail d'animation et de sensibilisation sans préjuger des attitudes et opinions, tout en apportant des innovations est un travail de longue haleine. Parfois il faut ajourner la prise d'une décision ou la réalisation d'une action pour attendre un consensus du groupe. Ces moments de discussions et de négociations que ce soit à l'intérieur du comité ou avec d'autres partenaires découragent par moment et motivent de nouveau lorsque le but est atteint. Aujourd'hui, un an après le démarrage, nous pouvons affirmer qu'un pas a été fait s'agissant des effets et de l'impact sur la situation des femmes sans bousculer leur rythme propre.

3.2. La reconnaissance sociale

Des réserves avaient été émises au départ par des membres d'autres Comités face à la création d'un groupe de femmes traitant de problèmes spécifiques. Tout cela fait désormais partie du passé. Lors d'une rencontre avec les participants avec l'un des Comités, le travail du Comité Santé-Femmes et Environnement a été publiquement

reconnu comme positif. Et outre les encouragements, mandant a été donnée à ces femmes de jouer le rôle de surveillantes permanentes d'hygiène du quartier.

3.3. La prise de conscience et l'appui du quartier

Une discussion dans le quartier a fait surgir la réalité selon laquelle en fait les Comités de Santé - Femmes et Environnement et de Promotion des Activités Economiques sont les deux groupes à être appelées à exister à plus long terme dans le quartier, même après achèvement du "Projet d'Habitat Spontané". Par conséquent, ces deux Comités doivent se rapprocher et continuer à solliciter l'appui de tout le quartier.

Les effets et l'impact sur la situation des femmes ne peuvent être mieux traduits que par ces phrases des femmes: "Aujourd'hui, le dynamisme est plus grand et cela grâce aux femmes les plus motivées. Elles ont eu la patience de nous écouter au début, d'échanger leurs idées avec nous et par conséquent d'inspirer le changement. Cela fait revenir les autres sur leur position. Aujourd'hui quand nous passons à travers les rues du quartier, on nous demande quand aura lieu la prochaine rencontre." disent Kiné, la présidente et Mère Koumba, trésorière du Comité. Salla et Sadio renchérissent: " Nous avons en notre sein un savoir que nous ignorions, il a fallu de la sensibilisation et de l'animation pour établir l'échange d'informations et aussi nous avons appris de petites choses que nous savions pas..."

3.4. De la santé vers des activités économiques

L'animation autour des objectifs du projet engendre de façon graduelle mais accentuée, une aisance des femmes à poser les problèmes relatifs à leur promotion et surtout à vouloir ne plus se limiter à la santé mais à intervenir aussi dans d'autres secteurs. La réflexion est menée dans ce sens. Des idées telles que l'achat d'un moulin à céréales (cf. plus haut) ont été évoquées. Elles ont interpellé le responsable du Comité pour la Promotion des Activités Economiques dans ce sens. Les créneaux arrêtés seront communiqués au prochain rapport.

3.5. La formation

Ce volet a beaucoup été discuté durant cette phase de nos activités, de par l'intérêt qu'il suscite. Les femmes s'expriment: "Nous avons appris beaucoup de choses concernant l'hygiène, la propreté, certaines maladies, l'entretien de la maison etc..., mais maintenant, on veut être formées pour être plus utiles. Par exemple, maintenant que le recasement est engagé, il serait bien que nous soyons présentes sur le terrain aussi."

Un point est à noter, aujourd'hui après un an de sensibilisation, on peut dire que désormais les femmes sont capables de faire la relation entre certaines maladies l'environnement.

La formation souhaitée par les femmes est celle de matrone, mais il va sans dire que toutes ne peuvent acquérir la même formation. Des contacts sont pris avec des autorités médicales pour discuter de la question, voir quelles sont les différentes possibilités et les difficultés.

La formation en éducation nutritionnelle a fait l'objet de beaucoup de débats durant cette période. Elle démarrera de façon effective dans la phase suivante.

La connaissance acquise en matière de santé pourrait également être valorisée sous forme d'activité économique dans le cadre d'une garderie qui pourrait se monter dans la zone d'extension ou à proximité. La clientèle pour ce genre d'établissement pourrait être trouvée dans les lotissements de standing plus élevés en voie d'achèvement à côté de Dalifort.

3.6. La prise de décision

Le premier aspect que nous notons dans ce domaine, est le début d'indépendance par rapport à l'encadrement. Pendant les vacances, des femmes du Comité de Santé, se sont concertées pour continuer les actions en notre absence. D'après elles: "il faut que nous vous montrons que nous sommes capables de continuer l'action sans vous."

Le deuxième aspect, jusqu'ici quand elles avaient un problème, elles en informaient l'encadrement qui prenait les contacts nécessaires. Nous remarquons que maintenant elles prennent leurs responsabilités aussi bien au sein du quartier que par rapport aux autres composantes du projet. Par exemple, quand elles ont vu que la zone des eaux stagnantes devenait un dépotoir d'ordures et un vidoir à eaux usées, elles ont contacté des membres du Comité des Sages, en particulier, les deux délégués principaux du quartier avec lesquels elles ont pu trouver un début de solution.

3.7. L'auto-promotion

S'agissant, de l'auto-promotion des femmes, elles n'ont pas hésité à interpellier le responsable Comité de Promotion des Activités Economiques au niveau du MUH/GTZ afin qu'un dialogue puisse s'établir entre les deux comités. Leur objectif est de voir avec ce comité quelles sont les activités qu'elles peuvent mener en accord avec le volet "promotion des activités économiques".

Le Comité de Santé commence à sentir sa capacité de pouvoir prendre le relais dans la sensibilisation des autres habitants pour la diffusion d'idées nouvelles. Un autre pas vers l'auto-promotion des femmes du quartier sera acquis lors que celles-ci iront de manière indépendante recontacter des organismes officiels présentés lors de cette action pilote pour leur soumettre leur problème sans appui extérieur. La consolidation de la mise en place de ces relais d'auto-promotion font l'objet du travail d'animation de la phase suivante.

4. EVALUATION PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS INITIAUX

Nous reprenons ici, tous les objectifs initialement formulé en le regroupement, afin d'évaluer dans quelle mesure nous les avons atteint et dans quelle mesure ils étaient adaptés aux contexte du quartier, donc doivent peut-être être changés.

4.1. Le point sur les travaux et les actions entreprises par d'autres institutions publiques ou privées a pu être fait. Peut-être pas d'une manière exhaustive et systématique, mais plutôt selon les besoins de femmes dans le contexte de l'action. Les femmes sont très intéressées de rencontrer non seulement les institutions, par exemple d'autres ONG, mais surtout d'autres groupes de base pour constater de visu comment ils ont mis en oeuvre des solutions qu'on leur propose maintenant.

Le but d'insérer le groupe de femmes dans un environnement institutionnel permanent auquel elles pourraient s'adresser ultérieurement semble à notre avis être atteint. Le seul problème qui pourrait se poser est, s'il faudra faire ce genre de démarches par écrit ou par téléphone et non pas oralement, certains moyens risqueront de manquer.

4.2. Les objectifs: éducation sanitaire, amélioration des conditions d'hygiène et sensibilisation des femmes sur des maladies, l'hygiène et des mesures d'infrastructures, ont été réalisés. A notre avis, ce n'est pas pour autant que ces buts ne doivent plus être poursuivis dans les phases ultérieures. Ces objectifs font parti d'un climat permanent et d'un esprit alerte quant aux problèmes sanitaires et

médicaux que nous avons tenté de créer au sein du groupe de femmes qui maintenant commence à le diffuser à son tour dans le quartier. En 1990, nous devons surtout réfléchir avec les femmes sur les approches et les méthodes à utiliser pour transmettre leur savoir aux autres habitantes du quartier.

4.3. **L'éducation nutritionnelle** est effectivement une mesure préventive dont nous avons beaucoup parlé. Pour le moment l'objectif n'est atteint que partiellement. Le rythme relativement lent choisi pour cette activité est volontaire parce qu'à notre avis. L'éducation nutritionnelle ne peut être suivie d'effets positifs, une fois que tout le contexte environnemental de problème d'hygiène et sanitaire a été abordé. Le semestre prochain, nous passerons au stade de réalisation concrète sous forme de démonstrations culinaires

4.5. **La réalisation d'échantillon d'infrastructures** a commencé par la construction des canaris à robinet et des "lave-main". Nous constatons que nous avons du nous contenter surtout au niveau de l'équipement de la maison à cause de la répartition traditionnelle des tâches entre hommes et femmes que nous estimons ne pas pouvoir, ni vouloir forcer vers un changement. Ce ne sont pourtant pas les remarques concernant les infrastructures du quartier qui manquent de la part des femmes, comme nous avons essayé de le faire ressortir pour les puits semi-collectifs et les édicules publics. Les problèmes que nous pensons rencontrer avec la réalisation des infrastructures d'assainissement allant au-delà du cadre strictement familial, seront, d'une part, la reproductibilité de telles expériences par les femmes ultérieurement (manque d'argent) et, d'autre part, l'acceptation des hommes du quartier qu'elles se mêlent de ce genre de gestion.

Par ailleurs, cette activité auquel nous pensons nous consacrer plus intensivement le semestre prochain doit être bien discuté avec le Comité d'Infrastructures du projet MUH/GTZ pour arriver à un programme coordonné.

4.6. **La formation d'un groupement d'auto-promotion** était un objectif que nous ne pouvions qu'influencer indirectement. Il est plutôt le résultat ou la conséquence d'une certaine démarche utilisées dans l'animation et la sensibilisation. Comme déjà indiqué plus haut, les femmes semblent se prendre en charge d'une manière de plus en plus indépendante par rapport aux activités du projet Santé-Femmes et Environnement. Mais l'auto-promotion des femmes ne passe pas uniquement par le fait de se réunir, de discuter et de décider, mais également à travers une certaine autonomie financière qui est nécessaire pour réaliser des activités souhaitées.

4.7. C'est justement ce problème d'autonomie financière qui a amené les femmes à aborder la possibilité de **travailler avec le groupe sur d'autres secteurs d'intervention**. Ce qui suscite le plus l'intérêt au sein du groupe de femmes, est la recherche d'activités économiques rentables liant la santé et la création de revenus. Les idées d'achat d'un moulin, ainsi que le souhait d'acquisition d'une formation professionnelle vont dans cette direction. Nous allons commencer à travailler dans ces secteurs d'une manière plus intense en 1990.

4.8. Un autre groupe d'objectifs a été: **des contacts suivis avec les principaux interlocuteurs dans le quartier - l'intégration des femmes dans la vie active du quartier et du projet MUH/GTZ - un modèle de participation active à la planification et la réalisation de projets de restructuration et d'assainissement**. Objectifs bien ambitieux à travers une petite actions telle que Santé - Femmes et Environnement. Les remarques concernant les infrastructures, l'auto-promotion et les activités économiques montrent le contexte du quartier. A notre avis, il est certain qu'une évolution est amorcée quant à la participation de la femme dans la vie active de Dalifort, mais nous sommes conscientes que le projet Santé -Femmes et

Environnement n'est qu'une contribution. Les femmes du quartier elles-mêmes décideront quel est leur rythme de changement souhaité. Elles examinent les innovations et les propositions qu'une équipe d'animation leur amène, elles les adoptent, mais elles peuvent aussi les rejeter.

Nous avons pu faire le constat à plusieurs reprises que l'introduction d'un modèle de participation active par les femmes à la planification et la réalisation de projets de restructuration et d'assainissement au Sénégal ne pose pas seulement des problèmes au niveau du quartier, mais que même dans d'autres instances l'écoute de nos propres propositions en tant qu'animatrices n'était pas toujours évidente. Une des conclusions que l'on peut tirer de cette expérience, est qu'il n'est peut-être pas nécessairement positif d'avoir uniquement des animatrices ou des professionnels-femmes dans un projet pour les femmes.

4.9. Tenant compte des remarques critiques du **rapport d'évaluation** (PFK par M.Schäfer Mme.Krämer, cf. annexe) du mois de juin 1989 que nous venons de recevoir (en allemand) dernièrement, les réajustements suivant peuvent être constatés.

Au niveau de la **coordination interne** de l'action Santé -Femmes et Environnement, un effort de **meilleur suivi et de planification** a été fait. Les témoins en sont le rapport d'activités intermédiaire du mois de juin 1989 et le plan opérationnel des activités programmés pour la période de juillet à décembre 1989. Ce dernier a été respectés dans les grandes lignes, l'objectif concernant la réalisation d'infrastructures proto-types n'a été amorcé que sous forme de discussions, tandis que l'objectif de coordination avec les institutions médicales et autres a largement été atteint, voir même dépassé, tel qu'indique la liste des contacts pris, citée au chapitre 2.2.5.

Ce travail de coordination à l'intérieur de l'équipe ENDA-RUP a été assuré par Mme Eveline WAAS (géographe) et pendant son absence par Monsieur Jean-Jacques Guibbert (urbaniste) en collaboration avec les animatrices permanentes de l'action Mme Anne Mendy (sociologue) et Mme Olivia Maxwell (médecin). Nous tenons également à rectifier le fait qu'il n'y-a-pas eu de changement du personnel depuis le début de l'action en novembre 1988 (et non pas en janvier 1989, tel que signalé dans le rapport d'évaluation), la coordination est assumée par les responsables de ENDA-RUP de manière collégiale tenant compte des charges de travail des uns et des autres et les animatrices ont été et sont toujours les mêmes.

Pour améliorer la **coordination de l'action Santé -Femmes et Environnement avec les autres composantes du projet Habitat Spontané du MUH/GTZ**, l'intégration de notre équipe dans les sessions de la "Planification Par Objectifs" (PPO = ZOPP) est prévue. Notre équipe a participé à la PPO du mois de juin 1989 et collabore activement à celle du 12 au 15 décembre 1989, actuellement en cours. Les résultats de cette PPO serviront pour définir le plan d'activités de janvier à juin 1990, ainsi que la budgétisation correspondante. Par ailleurs, les animatrices permanentes de l'action assistent toutes les semaines aux réunions des coordination du projet MUH/GTZ.

5. RAPPORT FINANCIER, BESOINS PREVUS ET EFFECTIFS

5.1 BUDGET INITIAL

(Budget proposé pour la signature du contrat avec la GTZ (dépt.312))

1. Personnel

- 1 femme-médecin, mi-temps, 12 mois
(0,5 x 12 x 350'000 F) 2'100'000 FCFA
- 1 architecte ou ingénieur, 2 pers./mois
(2 x 350'000 F) 700'000 FCFA
- 1 animatrice-sociologue, mi-temps, 12 mois
(0,5 x 12 x 350'000 F) 2'100'000 FCFA
- 4 pers./mois d'expert local (eau, eaux usées
ingénierie, vétérinaire, sociologie, communi-
cation etc.)
(4 x 350'000 F) 1'400'000 FCFA
- 1 secrétaire, 2 mois
(2 x 150'000 F) 300'000 FCFA
- 2 enquêteurs-animateurs, 2 mois
(2 x 2 x 150'000 F) 600'000 FCFA

2. Matériel et accessoires pour le travail de terrain

- Equipement de base du médecin 250'000 FCFA
- Médicaments et vaccination 500'000 FCFA
- Accessoires technique pour la réalisation d'objets
de démonstration et de prototypes 300'000 FCFA
- Matériaux de construction et accessoires pour des
proto- types (filtra à eau, douche, toilette,
puisard etc.) 1'500'000 FCFA

3. Formation, information et communication

- construction de modèles de démonstration,
matériel audiovisuel, diaporama, manuel 1'000'000 FCFA

4. Divers

- Transport 500'000 FCFA
- divers (administration, téléphone, ordina-
teur etc.)= 10% 1'100'000 FCFA

Total du budget 12'350'000 FCFA

Conversion en DM: 12'350'000 x 0.006 74'100 DM

ANNEXES:

I. BIBLIOGRAPHIE CONSULTÉE:

Publications ENDA - TIERS MONDE

ROBINEAU (Dr) - L'action santé : élément essentiel du développement environnemental - 1980 - 3p. ,
Santé / Développement / Liens

ENDA Dakar - Sondage : Santé et Assainissement en Afrique en l'an 2 000., s.d 5p.,
Santé / Environnement / Prospective / Afrique

A propos de la santé : réimpression à l'intention de la session de l'île Maurice, nov. , 1978 Doc n° 2,
s.d. - 27 p.,
Santé / Planification / Environnement

CHIKILI (Dr). ; LACOSTE, Y. - Santé et Habitat sous intégré, série Etudes et Recherches n° 6, 1976 -
16p.,
Santé / Habitat / Liens

ROBINEAU L. - Environment and Health in Africa : bibliographic selection : vol II, Occasional Paper n°
29, 1978 - 25p.,
Santé / Environnement / Bibliographie

FABRY M.A. [et al] - Environnement et santé en Afrique, série Etudes et Recherches n° 19, 1977 69p.
Santé / Environnement / Afrique

DE LAUTURE (H) et ROBINEAU (L.) - Matériel d'éducation pour la Santé en Afrique ENDA, série
Etudes et Recherches n° 45 - Dakar, 1979 - 159p.

BUGNICOURT Jacques, Population et Environnement - Dakar, 1982, 64 p.
Santé / Environnement / Liens

BUGNICOURT Jacques, Santé de l'homme et Environnement. - In: " Rapport annuel 1981 du PNUE",
pp. 48 - 51
Santé / Hygiène

BUGNICOURT Jacques, Santé et établissements Humains - In: "Rapport annuel 1987. PNUE",
Nairobi, 1988, pp. 100 - 108

BUGNICOURT Jacques, Santé et environnement [PRAIA] : 1978. 5p
(ENDO, 170, n° 9)

ENGELHARD (P.), SECK (M.), BEN ABDALLAH (T.): Vivre ou Mourir en Afrique, mai 1988, 314 p.
Indicateurs Santé/ Education

Séminaire ENDA-TM: SANTU

GHACHEM, A. - L'influence des facteurs d'ambiance sur la santé des travailleurs et le rendement
humain - 1982 - 9p. (Santu, 17 p.)
Santé / Travail / Sociologie

KHALLAL, Z. Environnement, Santé et nutrition - 1982 - 5p. (SANTU 21)
Santé / Nutrition / Environnement

ARECCHI, A - La santé et la planification de l'habitat. 1982 - 21p. (SANTU 11)

ADEEMUWAGEN, Z.A. - Ecologie humaine et santé publique : une étude de cas sur les programmes
de réinstallation d es populations en Afrique - 1982 - 11p. (SANTU 27)
Santé / Environnement / Homme / Migration / Afrique

SENGHOR D. - Santé et environnement pour quoi ? - 1982. 6p. (SANTU, 12)
Santé / Environnement

Séminaire ENDA-TM: FEDIL

KONFORWON, Dr P. ; NEEWOOR, Dr. R.S. - Les maladies de l'environnement à Maurice - Port Louis, 1978, 8p. (FEDIL, 116, n° 24)
Maladie / Environnement / Maurice

RAMPHUL, Dr. J. - L'influence de l'environnement sur le bilan de santé à Maurice - Port Louis : 1978 - 7p. (FEDIL, 116, n° 23)
Santé / Environnement / Liens / Maurice

TRAORE M.S. Examen de la situation de la zone de barrage de Sélingué- Saint Louis 1985 - 6p. (IMPBAR, 312, n° 15)
Santé / Environnement / Barrage de Sélingué / Mauritanie

BRISCOE, John, ; REACHEM, Richard G. ; RAHAMAN, MUJIBUR, M. - Evaluation de l'effet sur la santé approvisionnement en eau, assainissement et hygiène . - Ottawa ; IDRC, 1987 - 84p.
Approvisionnement / Eau / Assainissement / Santé

PINED C. S. ; SCHNARE, David W. ; WADE MILLER G. ; Environmental sanitation and integrated health delivery programs - Washington : American Public Health Association, 1981 - 82p. (International Health Programs Monograph series n° 4)

BABOU, Malick - Vers une éco-santé à Richard Toll ? : critique d'un environnement socio-culturel en transition comme structure pathogène . Dakar : Université Cheikh Anta DIOP - Institut des Sciences de l'Environnement, 1982 - 114p. (mémoire DEA en Sciences de l'Environnement)
Santé / Environnement / Population / Sociologie

SEBINA, Dr. D. - Health, nutrition and rural environment and development planning - Gaborone : 1976. - p. 155 - 161 (AFRO, 113 n° 31)
Nutrition / Santé / Développement rural / Environnement

REELFS, D.A. - Les problèmes sanitaires dans le polygone de la sécheresse et leurs relations avec l'environnement. Niamey : 1974 - 15p. (Polsec, 120, n° 22)
Santé / Environnement / Zone sub - aride / zone aride

HAZENGO, R. The African environment and sanity. - Nairobi : 1974 - 10p. (KENDEV, 120, N° 44)
Santé / Environnement / Afrique

Autres Publications:

ORGANISATION MONDIALE POUR LA SANTE (OMS - Genève)

La fixation des normes en matière d'environnement : recommandations à l'intention du décideur / éd. sous la dir. de H.W. de KONING - Genève : OMS, 1989 - 102p.
Environnement / Santé / Pollution / Législation

Aspects sanitaires de la lutte contre la pollution de l'environnement : Planification et exécution des programmes nationaux (rapport d'un comité d'experts de l'OMS) Genève : OMS, 1974 - 60p
Série de rapports techniques

Coordination intersectorielle et aspects sanitaires de la gestion de l'environnement ; une étude de pratiques en cours dans divers pays. par Morris SCHAEFER. - Genève : OMS 1981 - 136p. (Cahiers de santé publique n° 74)
Santé / Environnement






















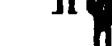


L'Urbanisme et l'Aménagement urbain dans leurs rapports avec l'hygiène du milieu (rapport d'un comité d'experts de l'OMS) - Genève : OMS, 1965 - 71p. (série de rapports techniques n° 297)
Hygiène / Urbanisme / Santé

Manuel de l'Aménagement de l'Environnement en vue de la démoustication : eu égard plus spécialement aux vecteurs du paludisme. Genève : OMS, 1985 - 291p. (OMS, Publication Offset, n° 66)
Environnement / Paludisme / Moustique

SILLONVILLE (F.): Guide de la santé au village. Docteur Maumouna parle avec les villageois. IPD, Karthala, 1985, 204 p.

II. MALADIES LIÉES AU PROBLEMES D'ASSAINISSEMENT

(tirés de Quand il n'y a pas d'architecte, par Pierre Nicolas, ENDA-RUP, 1988, pp.133+134)

AGENT	LIEU	MODE DE TRANSMISSION	MALADIE
 blattes/ cafards	déchets organiques dans canalisations	germes pathogènes et oeufs sur aliments non protégés	HELMINTHIASES
 mouche piqueuse	fumier	mécanique	TRYPANOSOMIASE ANIMALE
 mouche tsé-tsé	forte humidité, ombrages, marécages	piqûre	TRYPANOSOMIASE HUMAINE (Maladie du sommeil) ET ANIMALE
 mouche	fèces et urines de porteurs de germes ou de malades	eau, lait produit laitiers, crustacés, aliments contaminés	FIEVRE TYPHOIDE
 mouche	selles des porteurs de germes et des sujets infectés	eau, aliments contaminés	SHIGELLOSE
 mouche	selles et vomissements porteurs de germes	eau, aliments crus contaminés	CHOLERA
 mouche et cafard	matières fécales	aliments, eau	AMIBIASE
 moustique	pondaison sur ou dans l'eau stagnante	piqûres par anophèles: par aedes ægypti:	PALUDISME FIEVRE JAUNE DENGUE
 phlébotomes/ diptères ou moustiques	vivent dans les détritus	piqûre	LEISHMANIOSE FIEVRE A PAPPATACI
 puces	sol, linge sale dans le pelage et niches des chiens et chats	puces de rats	PESTE TYPHUS MURIN
 tiques	dans pelage des des animaux	morsure	MENINGO-ENCEPHALITE BORELLIOSE
 rongeurs: rat noir d'égout et souris	vivent dans les détritus	par les puces par les excreta - aliments par les excreta - eau	PESTE TYPHUS MURIN SALMONELLOSES TENIASE, MELIOIDOSE LYMPHOCYTAIRE LEPTOSPIROSE PARAGONIMIASE
 rat		par morsure	SODOKU
 rat et porc	décharge sauvage	viande infectée	TRICHINOSE
 chien	trainant sur détritus	contact direct ou aliments, boissons contaminés	ECHINOCOCCOSE (HYDATIDOSE)
 homme, chien et porc	décharge sauvage	excréta - aliments	TRICHOCEPHALOSE
 homme, porc	décharge sauvage	excréta - aliments, eau	FASCIOLOPSIASE
 homme, rongeurs	décharge sauvage	contact direct, aliments	HYMENOLEPIASE
 homme	sol, poussière	contact indirect, aliment	BOTULISME
 homme	poussière, air	contact indirect - aliment	INTOXICATION ALIMENTAIRE STAPHYLOCOCCIQUE OU STREPTOCOCCIQUE
 homme	eau contaminée, égout	contact indirect	ASCARIDIASE
 homme	doigt, poussière, eaux d'égout	contact par aliment ou eau contaminés	OXYUROSE
 homme	décharge sauvage	déjections - eau, aliments, contact	HEPATITE INFECTIEUSE (VIRUS A)
 homme	décharge, récupération	plaie infectieuse, coupure	TETANOS

Les problèmes sanitaires liés à l'assainissement

Maladies infectieuses liées à un mauvais assainissement et interventions dans le secteur de l'assainissement

<i>Maladies</i>	<i>Evacuation des eaux usées</i>	<i>Nature des interventions Elimination des excreta</i>
<i>Diarrhées</i>		
<i>diarrhée à virus</i>	-	++
<i>diarrhée à bactéries</i>	-	++
<i>diarrhée à protozoaires</i>	-	++
<i>Polio myélite et hépatite</i>		
	-	++
<i>Helminthiases</i>		
<i>ascarirose, trichocéphalose</i>	+	+++
<i>ankylostomiases</i>	-	+++
<i>oxyure, infection à Hymenolepis nana</i>	-	++
<i>infections dues à d'autres cestodes</i>	-	+++
<i>schistosomiases</i>	-	+++
<i>dracunculose</i>	-	-
<i>infections dues à d'autres vers à hotes aquatiques</i>	-	++
<i>Infections</i>		
<i>Infections cutanées</i>	-	-
<i>Infections oculaires</i>	+	+
<i>Maladies transmises par les insectes</i>		
<i>paludisme</i>	+	-
<i>fièvre jaune urbaine, dengue</i>	++	-
<i>filariose de Bancroft</i>	+++	+
<i>onchocercose</i>	-	-

*Importance relative de l'intervention: +++ grande, ++ moyenne, + faible,
- négligeable (d'après R.C. Ballance et R.A. Gunn, in Chronique OMS,
1984, 38, 251)*

Notwendigkeit Legalisierungsverfahren einzuleiten und Entwicklungspläne aufzustellen, kann meistens nicht gleich mit den Baumaßnahmen begonnen werden. Ein Fonds hingegen kann in Anlehnung an die eventuell bestehenden Spargemeinschaften "tontines" relativ unbürokratisch und rasch etabliert werden und ist ein erster sichtbarer Ausdruck für die Bevölkerung, daß das Projekt konkrete Ergebnisse für das Quartier bringt.

Ergebnis 6: Hygienebedingungen in ausgewählten Bereichen verbessert.

Dieses Ergebnis konnte bei der Projektplanung nicht präzise formuliert werden. Die Diskussionen mit dem Team während der PFK zeigten, was mit dieser Komponente und ihrer Zielsetzung vom Projekt intendiert ist. Durch die Aktivitäten sollen insbesondere die Frauen besser in das Projekt einbezogen werden. Über die Beratung bei der Lösung von Hygiene- und Gesundheitsproblemen soll traditionellen Aufgaben- und Verantwortungsbereichen der Frauen besser Rechnung getragen werden.

Die Durchführung dieser Komponente wurde auf ENDA, eine Nichtregierungsorganisation, übertragen. Die Zusammenarbeit mit dem Projekt wurde durch einen Vertrag zwischen ENDA und GTZ geregelt.

Die Komponente konnte erst spät in die Projektarbeit integriert werden. Aufgrund administrativer Verzögerungen auf deutscher Seite konnte mit der Arbeit erst im Januar 1989 begonnen werden. Dies hat die Integration dieser Komponente sowohl im Team als auch im Quartier erschwert. Hinzu kommt, daß die sozio-kulturellen Rahmenbedingungen in einer überwiegend islamisch geprägten Sozialstruktur einer aktiven Einbeziehung von Frauen in Entwicklung und Nutznießung des Projektes nicht gerade förderlich sind.

Die Aktivitäten sind zunächst schleppend angelaufen. Sie waren zudem wenig praxisorientiert. Studien und Erhebungen überwogen am Anfang. Ein häufiger Personalwechsel auf Seiten von ENDA erschwerte die notwendige Kontinuität hinsichtlich der Koordination und der Integration in das Team und mit den Komitees in Dalifort.

Dies hat sich mittlerweile geändert. ENDA hat eine Kinderärztin und eine Soziologin für die Arbeit im Quartier fest eingestellt. Es werden regelmäßige Treffen mit dem bereits im vorangegangenen Jahr gebildeten Frauenkomitee durchgeführt. Dabei werden Orientierungen hinsichtlich künftiger Aktivitäten in den Bereichen Gesundheit und Umwelthygiene gegeben. Vorrangig sind folgende Aktivitäten geplant und begonnen worden: Ausbildung der Frauen des Komitees in den Bereichen Hygieneerziehung und Ernährung; Durchführung von Impfaktionen und von Desinfizierungsmaßnahmen in den Behausungen im Quartier. Diese Aktionen wurden in Zusammenarbeit mit der (von den Bewohnern vor Projektbeginn errichteten) ambulanten Krankenstation durchgeführt. Weiterhin soll in Zusammenarbeit mit dem Komitee Infrastruktur über die Lösung der Probleme der Wasserver- und Abwasserentsorgung sowie der Fäkalien- und Müllbeseitigung nachgedacht und Testmaßnahmen durchgeführt werden. Obwohl es offensichtlich ist, daß insbesondere der Wasser- und Hygienebereich in den Zuständigkeitsbereich der Frauen fällt, hat bisher keine Koordination der Komponente Infrastruktur mit der Komponente Hygiene und Gesundheit stattgefunden.

Trotz der beschriebenen Probleme ist lobend hervorzuheben, daß sich das Projekt um eine gezielte Einbeziehung der Frauen bemüht. Da die Arbeit noch nicht sehr weit fortgeschritten ist, sollte die Zusammenarbeit mit ENDA auf jeden Fall in der nächsten Phase fortgeführt werden. Dies ist auch im Hinblick auf die Auswertung von Erfahrungen für die Formulierung eines Sanierungsansatzes mit elementaren, wiederholbaren Komponenten notwendig. Dabei sollten die Wirkungen beobachtet werden, die sich aufgrund der Einbeziehung der Frauen in ein Sanierungsprojekt hinsichtlich der Veränderung ihrer Lebenssituation ergeben.

Es erscheint notwendig, baldmöglichst die Koordination innerhalb des Teams und auch mit den Komitees im Quartier zu verbessern. Unterstützt werden kann dies auch durch eine präzisere Definition der anzustrebenden Ergebnisse dieser Projektkomponente. Schließlich sind nicht nur die Zielgruppen im Quartier, sondern auch die Projektmitarbeiter und die beteiligten Institutionen und deren Mitarbeiter hinsichtlich der spezifischen Probleme, Belange und Aufgaben der Frauen in städtischen Spontansiedlungen und möglicher Lösungsansätze zu sensibilisieren.

Eine konkrete Aktivitätenplanung als Teil des Operationsplans sollte dabei Grundlage der Integration der Komponente im Projekt sein und die Teamkoordination unterstützen. Die Projektleitung muß darauf dringen, daß die Arbeitsplanung dieser Komponente das gleiche Qualitätsniveau erreicht, wie in den anderen Projektkomponenten. Sollte sich die Komponente in der nächsten Phase als erfolgreich erweisen, sind die institutionellen Rahmenbedingungen und Träger zu identifizieren, die eine Wiederholung in weiteren Sanierungsprojekten ermöglichen. Die gemachten Erfahrungen sind, wie in den anderen Bereichen auch, entsprechend zu dokumentieren.

Ergebnis 7: Grund und Boden für das Pilot-Quartier dem Projekt zur Verfügung gestellt.

Das Ergebnis ist erreicht worden. Da die Landlegalisierung ein Kernstück jeden Sanierungsansatzes ist, ist die erfolgreiche Lösung dieses Problems in der relativ kurzen Projektlaufzeit als besonders positive Leistung des Projektteams zu erwähnen. Das Quartier Dalifort ist wie alle Spontansiedlungen durch eine illegale Besiedlung charakterisiert. Vom gemeinsam mit der Direction des Domaines und der Direction du Cadastre (Liegenschafts- und Katasteramt im Wirtschafts- und Finanzministerium) ermittelten Bestand an Grund und Boden in Dalifort waren 40 % Privateigentum und 60 % in Staatsbesitz.

Der anvisierte Legalisierungsprozeß soll in zwei Schritten erfolgen. Im ersten Schritt wurde das Projektgelände durch Enteignung in Staatseigentum übertragen. In einem zweiten Schritt soll das Gelände an das Projekt bzw. die Bewohner übereignet werden (siehe auch Ergebnis 8).

Zur Enteignung des Geländes war ein Erlaß des Staatspräsidenten zur Erklärung der Gemeinnützigkeit des Vorhabens und eine Klärung der Regulierung der Enteignungs- und Entschädigungsverfahren erforderlich. Erst mit der Vorlage dieses Erlasses (Decret d'utilité publique) und der schriftlichen Einverständniserklärung der privaten Eigentümer mit