DOCUMENT DE TRAVAIL Juin 2016

Survol des déterminants des comportements sanitaires basé sur les études formatives faites en Haïti

Lise Beck
Consultante, Banque Mondiale

RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
DINEPA
Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement

Table des matières

Résumé 4

1 Introduction 5
1.1 Contexte 5
1.2 Méthodologie 5

2 Principaux résultats 8
2.1 Opportunités 8
2.1.1 Accès et disponibilité 8
2.1.2 Caractéristiques du produit 10
2.1.3 Normes sociales 10
2.1.4 Sanctions et mise en application 11

2.2 Capacités 11
2.2.1 Connaissances 12
2.2.2 Compétences et auto-efficacité 12
2.2.3 Soutien social 13
2.2.4 Rôles et décisions 13
2.2.5 Abordabilité 13

2.3 Motivation 14
2.3.1 Attitudes et croyances 15
2.3.2 Valeurs 15
2.3.3 Moteurs émotionnels, physiques et sociaux 15
2.3.4 Priorités concurrentes 17
2.3.5 Intention 17
2.3.6 Volonté de payer 17

3 Conclusions 18

4 Bibliographie 20

5 Annexe 22

Résumé

Dans le cadre de sa stratégie nationale sur l'eau et l'assainissement, la DINEPA a initié plusieurs études formatives portant, entre autre, sur les pratiques et les comportements sanitaires en Haïti. L'objectif de cette revue est d'identifier les déterminants des comportements sanitaires ressortant de onze études formatives, sur la base du cadre conceptuel SaniFOAM. Ce cadre aide notamment à comprendre les barrières et les moteurs influençant l'amélioration de l'assainissement et permet de mesurer les progressions faites dans les changements de comportements sanitaires (Devine, 2009)

Concernant les opportunités qu'ont les individus d'adopter les bons comportements, on retient qu'elles sont limitées par le manque de latrines, tant au domicile que lors des déplacements et sur le lieu de travail. De plus, les latrines existantes sont de qualité médiocre avec pour conséquence l'insatisfaction de la population. Peu de points de lavage des mains sont présents et utilisés par les ménages, ce qui fait que la pratique du lavage des mains est rare.

Un certain nombre de capacités fait défaut à la population afin qu'elle adopte des comportements appropriés : si les risques sanitaires liés à la défécation à l'air libre sont globalement connus, la population manque d'information sur la construction des latrines, et plus particulièrement sur les coûts réels et les différentes options possibles en termes d'infrastructures. On observe un soutien social essentiellement dans le partage des latrines, ce qui n'exclut cependant pas la pratique de la défécation à l'air libre pour ceux qui bénéficient des latrines de leurs voisins ou leur famille. Enfin, le principal obstacle qui empêche la population de modifier ses comportements et d'acquérir des latrines serait pour beaucoup l'abordabilité dans le sens où les capacités de payer pour des latrines font défaut.

Ceci est cependant à nuancer si on regarde les motivations des individus : d'une part, il ressort que l'acquisition de latrines est en concurrence avec d'autres dépenses et qu'elle n'est pas prioritaire. D'autre part, il semble que la population fasse preuve d'un certain attentisme en préférant attendre de pouvoir bénéficier de programmes d'assainissement leur offrant des latrines. Il n'en reste pas moins qu'un certain nombre de moteurs émotionnels et sociaux entrent en jeu et peuvent constituer des leviers d'action intéressants : il s'agit de la recherche de confort, d'intimité, de prestige et de propreté ou à l'opposé la volonté d'éviter la honte, le dégoût ou la peur du choléra.

1. Introduction

1.1 CONTEXTE

Le secteur de l'eau et l'assainissement en Haïti reste insuffisant et ses progrès limités, voire inexistants (JMP, 2015), constituent un défi important : en 2015, respectivement 19% et 59% de la population rurale et urbaine avaient accès à des installations sanitaires améliorées et respectivement 35% et 8% pratiquaient la défécation à l'air libre ; par ailleurs, 52% et 35% de la population avaient accès à des points d'eau non améliorés (eaux de surface comprises) (JMP, 2015). Le tremblement de terre de janvier 2010 a encore détérioré la situation en détruisant les infrastructures d'assainissement et en laissant près d'1,5 millions de personnes sans accès à des toilettes. D'un point de vue sanitaire, les implications ont été dramatiques avec l'apparition d'une épidémie de choléra aux effets dévastateurs quelques mois après le tremblement de terre : au 15 août 2015, un total de 745 401 cas de choléra avaient été signalés, entraînant 426 856 hospitalisations et 8965 décès[1].

La nécessité d'améliorer l'accès à l'eau potable et à un assainissement amélioré est donc apparue comme étant une priorité ; la Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (DINEPA) a développé une stratégie nationale afin de fournir des services durables d'eau potable et d'assainissement à un ensemble de localités et départements du pays, en particulier les communes sensibles à la persistance du choléra. Dans ce cadre, plusieurs études formatives ont été initiées par la DINEPA et ses partenaires, avec entre autres comme mission, de collecter des informations permettant d'identifier les principaux facteurs influençant les comportements des ménages en matière d'hygiène et d'assainissement. Ces études se sont notamment attachées à investiguer les pratiques et les comportements sanitaires, pour certaines les aspects socio-culturels liés aux pratiques de défécation, pour d'autres les préférences en termes d'assainissement, les moteurs incitant à l'acquisition de latrines ou encore la perception des utilisateurs de latrines. Deux études ont spécifiquement concerné le lavage des mains et leurs déterminants psychosociaux *(voir l'annexe pour la présentation détaillé des études. A noter que les chiffres mentionnés entre crochets dans le texte renvoient à la référence de l'étude indiquée en annexe).*

L'objectif du présent document est alors de faire une synthèse des déterminants des comportements sanitaires en Haïti sur la base des études formatives disponibles. Afin de faire le point sur les comportements sanitaires et l'ensemble de leurs déterminants, nous nous baserons sur le cadre conceptuel SaniFOAM développé par le Programme Eau et Assainissement de la Banque Mondiale *(WSP - Water and Sanitation Program)*[2].

Le cadre SaniFOAM catégorise les déterminants des comportements sanitaires en trois catégories : les **opportunités** *(les individus ont-ils la possibilité d'adopter les « bons » comportements ?)* - les **capacités** *(les individus sont-ils capables d'adopter ces comportements ?)* et les **motivations** *(les individus veulent-ils les adopter ?).*

1.2 MÉTHODOLOGIE

La présente revue concerne onze études formatives en lien avec les comportements sanitaires en Haïti. Leurs objectifs sont différents et touchent soit le domaine

1 OMS. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2 octobre 2015, 90ème année. No. 40,2015,90, pp542-544.

2 Devine, Jacqueline. 2009. *Introducing SaniFOAM: a framework to analyze sanitation behaviors to design effective sanitation programs.* Water and sanitation program working paper ; WSP. Washington, DC: World Bank.

Box 1. Cadre conceptuel SaniFOAM

ORIENTATION	OPPORTUNITÉ	CAPACITÉ	MOTIVATION
Population cible	Accès / disponibilité	Connaissances	Attitudes et croyances
Comportement recherché	Caractéristiques du produit	Compétences et auto-efficacité	Valeurs
	Normes sociales	Soutien social	Moteurs émotionnels/ physiques/sociaux
	Sanctions / mise en application	Rôles et décisions	Priorités concurrentes
		Abordabilité	Intention
			Consentement à payer

de l'assainissement, soit celui du lavage des mains, soit les deux domaines. Pour ce qui est de l'assainissement, la distinction entre les comportements qui peuvent plus particulièrement nous intéresser, à savoir la défécation à l'air libre ou l'utilisation de latrines, n'apparaît pas dans toutes les études. De plus, seules trois études en lien avec l'assainissement se basent sur le cadre SaniFOAM [4, 8, 11] et deux études [3, 9], une portant sur le lavage des mains, l'autre sur la construction et l'utilisation de latrines, se basent sur le modèle de changement de comportements RANAS[3] (pour Risk, Attitude, Norms, Ability and Self-regulation). De même, la méthodologie sur laquelle s'appuient ces études consiste aussi bien en des entretiens structurés (approche quantitative) que semi structurés (approche qualitative), des focus groups (approche qualitative) ou des observations. Certaines études ont ciblées la population urbaine, d'autres la population rurale, ou les deux et les zones d'investigation ont pu être variables, en fonction de l'intérêt des porteurs de l'étude : une seule étude concerne le niveau national [5], alors que les autres études concernent essentiellement des zones des régions du Centre, de l'Artibonite et du Sud. Les chiffres indiqués dans le texte sont donc à situer dans le contexte de ces études.

Finalement, si ces études ne s'articulent pas forcément autour du cadre conceptuel SaniFOAM, elles ont comme point commun d'aborder plusieurs

3 Mosler H-J. *A systematic approach to behavior change interventions for the water and sanitation sector in developing countries: a conceptual model, a review, and a guideline.* International Journal of Environmental Health Research; 2012:1-19.

des déterminants qui y sont évoqués et dégagent une certaine uniformité dans les thèmes traités. Néanmoins, compte tenu de la diversité des études, il ne s'agit pas de faire ici une analyse systématique mais plutôt une synthèse de constats. En effet, étant donné que les zones d'études sont variables et qu'une seule étude a été menée au niveau national, il est difficile de comparer les études entre elles et de faire des généralisations valides pour l'ensemble du pays.

A noter que cette synthèse se base sur les rapports issus de ces études et non sur les données brutes issues de la collecte des données. Les informations issues de ces rapports peuvent donc être entachées de certains biais liés à l'interprétation de leurs auteurs, c'est pourquoi, lorsque c'est possible, nous nous baserons essentiellement sur les données factuelles (par exemple des indicateurs dans le cas des enquêtes ménages, des citations lors de focus group ou entretiens).

Chaque rapport a été lu afin d'en connaître le contenu en termes de méthodologie et de résultats. Des codes ont été attribués au contenu des rapports en se basant sur les déterminants présentés dans le cadre SaniFOAM, puis ce contenu a été catégorisé et synthétisé afin de garder les éléments les plus saillants.

2. Principaux résultats

2.1 OPPORTUNITÉS

Box 2. Opportunités : les individus ont-ils la possibilité d'adopter les "bons" comportements ?

Accès et disponibilité

L'accès et la disponibilité des latrines font partie des opportunités nécessaires à l'adoption de comportements sanitaires favorables, notamment à l'arrêt de la DAL. Le fait de détenir des latrines au niveau du ménage ne signifie cependant pas que c'est aussi le cas sur le lieu de travail, ce qui peut entraîner des comportements sanitaires différents selon le lieu où on se trouve. L'accessibilité et la disponibilité incluent aussi l'accès à des matériaux et des services disponibles localement et à des produits correspondant aux désirs de la population.

Caractéristiques du produit

Les latrines ne doivent pas seulement être disponibles et accessibles mais elles doivent aussi avoir un niveau de qualité suffisant, ainsi que les caractéristiques recherchées par la population.

Normes sociales

Les normes sociales sont les règles qui dictent comment les individus doivent se comporter dans un groupe ou une société. Pour que la population adopte des comportements sanitaires favorables, les normes doivent inciter la population à stopper la DAL et à utiliser des latrines.

Sanctions

Les sanctions et leur mise en application, par exemple dans le cas d'amendes pour ceux pratiquant la défécation en plein air, sont une façon explicite d'amener les gens à modifier leur comportement.

2.1.1 Accès et disponibilité

En toute logique, l'accès à des latrines est crucial pour stopper la défécation à l'air libre (DAL) bien que cela n'en assure pas leur utilisation et donc l'arrêt de la DAL. Or, quelles que soient les études et les zones d'investigation, il ressort que les latrines ne sont pas répandues, particulièrement en milieu rural [2, 8, 11] - *par exemple 71% des familles interviewées dans les sites d'enquêtes dans le Nord Ouest n'avaient pas de latrine chez elles [1]* - et la défécation dans les champs, les ravins ou les sacs en plastic est une pratique très courante : à Léogâne et Artibonite, les gens parlent d'aller dans la montagne, la rivière ou les champs de cannes à sucre pour aller déféquer [2]. Il y a également des différences de pratiques selon que l'on se trouve en plaine ou à la montagne : ainsi, dans l'Artibonite, la défécation à même le sol est plus importante en plaine et la pratique consistant à creuser des trous dans la parcelle est plus répandue en montagne [11].

Pour ceux utilisant des latrines, plusieurs études indiquent qu'il peut s'agir de latrines installées dans le ménage, de latrines publiques ou d'une latrine partagée avec plusieurs familles [3, 4, 11]. Lorsque des latrines existent dans les ménages, il semble qu'elles soient quasiment systématiquement utilisées, sauf pour certain, la nuit ou en cas de pluie [8]. Par contre, lors de déplacements et au travail, l'accès à des latrines est inexistant, ce qui fait que la défécation à l'air libre est très massivement pratiquée, y compris par les détenteurs de latrines.

Par ailleurs, une fosse pleine ou presque pleine peut également restreindre l'utilisation des latrines et inciter à un retour à la défécation à l'air libre [2, 8]. En effet, la difficulté de trouver un professionnel pour faire la vidange *(il s'agit des « bayakous », peu nombreux du fait de la stigmatisation associée à cette activité)* ainsi que le coût souvent élevé pour vider la fosse[4] font qu'une fois la fosse pleine, celle-ci est souvent refermée et inutilisée [2, 4, 8, 10]. S'il n'est pas possible de construire une nouvelle fosse par manque d'espace, les personnes sont souvent contraintes de retourner à la défécation à l'air libre.

Concernant les enfants, il semble que la situation diffère selon les enquêtes et selon les zones : pour les enfants portant des couches ou faisant leurs besoins dans un pot, on retient que le mode de gestion de leurs selles se rapproche souvent de la défécation à l'air libre dans la mesure où les selles et/ou les couches sont simplement jetées dans les buissons ou dans les rivières. Plus rarement, elles sont déversées dans les latrines lorsque le ménage en a une [8], bien qu'à Jacmel, il semble que lorsque le ménage a une latrine, les enfants l'utilisent dans 86% des cas [4]. Dans l'Artibonite, dans 38% des cas, les enfants sont initiés à l'aménagement de trous dans le sol de la parcelle familiale pour la défécation à l'air libre. A partir de 3 ans, plus de 80% des répondants laissent leur enfant aller déféquer tout seul [11].

Les installations de lavage des mains sont rares et le sont d'autant plus que l'approvisionnement en eau n'est pas toujours possible. Le manque d'eau est d'ailleurs ressorti comme étant l'un des principaux problèmes lors de focus group menés dans l'Artibonite [11] ; au moins un répondant sur cinq y déclare aussi que la quantité d'eau généralement collectée est trop faible par rapport aux besoins journaliers ; de plus, un dispositif complet de lavage des mains (eau et savon) n'est pas toujours disponible après la défécation. A cela s'ajoute le fait que l'eau recueillie pour le lavage des mains n'est pas toujours de bonne qualité, dans la mesure où elle n'est pas désinfectée [11]. En milieu rural, seuls 7.4% des ménages disposent d'un dispositif de lavage des mains [11]. Dans le Sud, l'observation des latrines comportant un point de lavages des mains indique que seuls 34% des personnes observées quittant la latrine ont lavé leurs mains avec du savon, 4% ont lavé leur mains avec de d'eau et 62% n'ont pas du tout lavé leur mains [3]. Plus généralement, il semble que le lavage des mains après la défécation soit une habitude rare chez les adultes et les enfants, du fait même de la rareté de l'eau et de la rusticité des pratiques et des supports d'essuyage [1].

Pour ce qui est de l'accès aux professionnels capables de construire ou d'entretenir une latrine, on retient qu'il y a un accès insuffisant à un professionnel qualifié : par exemple à Jacmel, seuls 33% des répondants connaissent un maçon local capable de leur construire ou d'améliorer leur latrine et 45% connaissent quelqu'un capable de faire la vidange de la latrine [4]. Dans l'Artibonite, 62.8% des répondants ont déclaré qu'il y avait u maçon dans leur localité par contre, les vidangeurs sont presque inexistants (0.1%) [11]. Une autre étude dans l'Artibonite révèle que le pourcentage de répondants déclarant connaître « quelqu'un » capable de construire une latrine est très variable selon les zones : ainsi dans le bourg de Lachapelle, 100% des interrogés répondent connaître une personne capable de construire une latrine, alors que dans le bourg des Verrettes, ils ne sont que 10% [10].

Enfin, on note aussi des difficultés pour se procurer le matériel de construction [8] : la même étude dans l'Artibonite indique que pour plus de la moitié des personnes interrogées, il faut plus d'une heure pour aller chercher les matériaux de construction et 28% mettent plus de 2 heures. Les principaux moyens de transport dans certaines zones rurales, à savoir la marche à pieds ou à dos d'âne/cheval, compliquent beaucoup le transport et donc l'approvisionnement en matériaux de construction [10]. Enfin, à Artibonite, moins de 20% des ménages déclarent que les matériaux comme le fer, la tôle, le ciment, les conduits PVC, les clous ou le ciment sont disponibles dans la localité [11] ce qui suggère une insuffisance dans l'offre locale.

4 US$ 300 si c'est un bayakou ; US$ 690 si c'est une entreprise [4].

2.1.2 Caractéristiques du produit

Les latrines existantes sont rudimentaires et en mauvais état, voire dangereuses, avec la crainte de voir les enfants tomber dans les fosses : les latrines consistent souvent en un trou dans le sol et sont recouvertes de planches [8]. Par exemple, dans la zone de Port-au-Prince, 83% des personnes qui utilisaient des latrines utilisaient une latrine à fosse, seul 5% utilisaient des WC [3]. Il découle des latrines disponibles une satisfaction globalement faible [4, 8], avec des latrines qui sont loin de la latrine idéale, à savoir la toilette à chasse d'eau, appelée en Haïti « toilette hygiénique », « confort moderne » ou « WC [5, 6, 8]. A défaut du « WC », qui est limité par le manque d'eau et par un coût important, c'est la latrine avec une fosse bétonnée et une « maison dessus » qui est plébiscitée [8].

Les latrines existantes ne disposent pas des qualités recherchées par les ménages, à savoir la durabilité : la latrine ne doit pas nécessiter d'incessants travaux de reconstruction comme c'est fréquemment le cas [8] ; et la propreté : elle doit pouvoir se nettoyer facilement afin de protéger les utilisateurs des excréments et préserver leur santé, ce que ne garantissent pas non plus les latrines disponibles [8]. Pour des raisons de propreté et d'odeurs, il y a une préférence pour une fosse à l'extérieur de la maison [2], sauf s'il s'agit d'un WC qui permet de chasser les excrétas. La fosse est appropriée si elle est suffisamment profonde et résistante, construite en brique ou en béton et empêche de voir les excrétas.

Il est préférable que les latrines soient positionnées à l'arrière de la maison, ce qui est jugé plus convenable si on considère certains facteurs socio-environnementaux tel que l'espace disponible ou la localisation de la cuisine. Pour une minorité de répondants, il est cependant préférable d'avoir les latrines à l'avant de la maison et visibles par tous car cela augmente le prestige social [1]. La posture assise est la posture jugée la plus convenable pour déféquer ; elle est aussi jugée valorisante socialement ; la posture accroupie est contrainte par les circonstances, lors de la DAL, lorsque le siège est sale et par peur d'attraper des microbes [1].

2.1.3 Normes sociales

D'une façon générale, la défécation à l'air libre constitue un comportement profondément ancré dans la culture et les traditions de la communauté. Si c'est moins le cas dans les zones urbaines où 95% des répondants jugent la défécation à l'air libre inconvenable, on note tout de même que 41% pensent que la majorité des gens n'utilisent pas de toilettes [4]. Il est intéressant de constater que si on regarde la pratique de la DAL en milieu urbain qui est de 8% (JMP, 2015), cela suggère qu'il y a un décalage entre la perception qu'à la population des pratiques des autres *(normes subjectives)* et ce qui est réellement observé *(normes descriptives)* Les migrations des campagnes vers les villes peuvent alimenter cette idée car les personnes arrivant en ville n'ont souvent pas l'expérience des toilettes, ce qui peut les inciter à pratiquer la défécation à l'air libre [2].

En milieu rural, si la défécation à l'air libre est aussi décriée, elle reste la norme sous certaines conditions : si pour la minorité des détenteurs de latrines, l'utilisation de leur latrine constitue bien la norme lorsqu'ils sont chez eux, lorsqu'ils sont en déplacement et au travail, en l'absence d'autre alternative, c'est la défécation à l'air libre qui devient la norme [8]. Historiquement, aller dans les champs pour y faire ses besoins est une pratique commune en milieu rural, d'une part car la population y vit dispersée et avec beaucoup d'espace autour d'elle ; d'autre part car la population est agricole et passe beaucoup de temps dans les champs ; dans ce sens, la défécation à l'air libre n'a pendant longtemps pas été perçue comme un problème [2]. Ces normes qui restent fortement ancrées en milieu rural et chez ceux qui n'ont pas de latrines constituent ainsi une barrière à l'utilisation et l'acquisition de latrines.

2.1.4 Sanctions et mise en application

La loi mentionnant l'obligation de construire une toilette au sein de sa maison, quelle que soit la taille de celle-ci, date du début du XXème siècle[5] et cette obligation est plutôt bien connue par la population : une étude révèle que 73.2% des répondants sont au courant de l'obligation faite par l'état de construire une toilette au moment de construire sa maison [5]. Cependant, les dernières mises à jour concernant cette obligation ne sont pas connues : même les personnes a priori qualifiées et concernées par ces lois, comme les ingénieurs du bâtiment, ne sont pas au courant des éventuels amendements. Il y a bien un guide technique développé par la DINEPA, mais il est difficile de savoir quel est son impact [4].

Globalement, cette obligation n'est pas mise en application et ne remporte pas l'adhésion de la population [2, 4]. La DINEPA et les autorités locales reconnaissent d'ailleurs qu'elles n'ont que peu de moyens pour la faire appliquer et pour informer la population de la loi en vigueur. Par exemple, une étude indique que la plupart des individus ne savent pas s'il ya des pénalités s'ils sont surpris entrain de déféquer à l'air libre (76% à Jacmel [4]).

2.2 CAPACITÉS

Box 3. Capacités : les individus sont-ils capables d'adopter les « bons comportements »

Connaissances

Les connaissances sont acquises à travers l'apprentissage et se rapportent à des objets, des produits, des comportements ou même des situations. Des connaissances fausses, incomplètes ou inexistantes peuvent empêcher les personnes d'adopter des comportements sanitaires appropriés.

Compétences et auto-efficacité

Dans certaines communautés, les ménages ont tendance à construire eux-mêmes leur latrine plutôt que de faire appel à un professionnel qualifié. Dans ce cas, les connaissances nécessaires pour construire une latrine s'apparentent à une compétence. S'ils ont une confiance limitée dans leur capacité, on dira qu'ils ont une auto-efficacité limitée.

Soutien social

Le soutien social est le réconfort physique et émotionnel apporté par la famille, les amis, les membres de la communauté, les collègues et autres. Cela inclut leur appui quant aux informations qu'ils peuvent apporter et lors de prise de décisions.

Rôles et décisions

La compréhension des différents rôles et des dynamiques de genre en lien avec la prise de décisions au sein des ménages renseigne sur les capacités qu'ont les membres de ces ménages à décider. Cela permet aussi aux interventions de mieux cibler les individus à toucher.

Abordabilité

L'abordabilité, perçue ou réelle, renvoie à la capacité de payer une certaine somme d'argent pour des infrastructures ou des services d'assainissement. Le coût est souvent cité comme l'un des principaux obstacles à l'acquisition ou rénovation de latrines.

5 Plus précisément, le paragraphe 20 de l'article 1er. de l'arrêté du 12 avril 1919 comportant les règlements sanitaires précise que « *toute maison d'habitation ou tout établissement commercial ou d'affaires en général, doit être pourvu de latrines ou fosses d'aisances qui devront, tant sous le rapport de leur emplacement qu'à tous les autres points de vue, satisfaire aux exigences de l'Officier Sanitaires* » (www.dinepa.gouv.ht)

2.2.1 Connaissances

D'une façon générale, les différentes études indiquent que les gens ont une bonne connaissance des risques associés à la défécation à l'air libre et à l'impact que cela a sur la santé [2, 4, 5, 8]. Par exemple, 96% de la population urbaine de Jacmel pensent que la DAL augmente les risques d'avoir la diarrhée [4]. Il en est de même de l'importance du lavage des mains dont 97% des répondants disent qu'il est important de se laver les mains après être allé au toilette [4]. Ceci étant, on constate que cela ne suffit pas pour amener la population à adopter des comportements sanitaires appropriés comme l'arrêt de la défécation à l'air libre ou le lavage des mains : une étude dans la région de Port-au-Prince a par exemple fait ressortir que le lavage des mains n'est pas associé aux connaissances de santé et qu'agir sur les connaissances seules ne suffit pas pour modifier les comportements [3, 7].

Le manque de connaissance lié à l'utilisation des latrines est un autre facteur important pour expliquer le maintien de comportements sanitaires défavorables, avec pour conséquence le maintien de conditions sanitaires similaires à celles de la défécation à l'air libre, mais en milieu fermé [8, 11]. Cela est en lien avec des connaissances limitées concernant les différents types de toilettes et les options qui s'offrent à eux: en général, la population reconnaît les toilettes dites « hygiéniques » (c'est-à-dire avec chasse d'eau) qui sont leurs toilettes idéales, et les latrines « traditionnelles » peu chers et faciles à construire.

Certaines lacunes dans l'information peuvent aussi décourager de se lancer dans l'acquisition de latrines ou en tout cas, empêche de faire un choix raisonné. Ainsi, à Jacmel, 80% des répondants reconnaissent avoir besoin de davantage d'information pour les aider à décider comment construire et améliorer leur latrine [4]. A Savanette, les connaissances sur la construction sont globalement satisfaisantes et similaires pour ceux qui ont et n'ont pas construit leur latrine, mis à part pour l'aération, le couvercle de protection et l'emplacement pour lesquels les connaissances sont lacunaires [9].

De plus, les connaissances sur les prix réels des latrines sont limitées [4] et souvent sous-estimées ce qui implique que lorsque la construction démarre, elle connaît des interruptions, le temps que le ménage mobilise l'argent qui fait défaut à la poursuite des travaux [8]. Par exemple, les coûts de construction déclarés varient beaucoup selon les personnes interrogées : d'une part, les hommes donnent des estimations nettement plus hautes que les femmes ; d'autre part, le lieu de vie semble faire une différence importante, quand bien même on considère le milieu rural. Ainsi, à Artibonite, les hommes déclarent que le coût d'une fosse incluant la fouille, le coût du maçon et du matériel oscille entre US$ 450 et US$ 840 contre US$ 250 pour les femmes. A Léogâne, les hommes estiment que pour une fosse, le coût du maçon est d'US$ 1250 et celui du matériel est d'US$ 1875 alors que les femmes déclarent des coûts de respectivement US$ 375 et US$ 625.

2.2.2 Compétences et auto-efficacité

Peu d'études ont investigué cet aspect mais il ressort néanmoins que peu de ménages ont construit eux-mêmes leur latrine (6%) et peu se disent capables d'en construire une (7%) ou même d'en améliorer une (11%) [4]. Une étude faite à Savanette précise que ceux qui ont construit leur latrine considèrent qu'il est très difficile de le faire alors que ceux qui n'ont pas construit leur latrine pensent que c'est plus facile [9]. Une étude menée dans les communes de Petite-Rivière de l'Artibonite, Verrettes et Lachapelle confirme qu'une très petite minorité des enquêtés se déclare prête à construire des latrines seuls [10]. Les ménages préfèrent payer pour que quelqu'un vienne construire la latrine mais le plus souvent, ils ne savent pas comment ils vont procéder pour en acquérir une [10] ce qui suggère aussi que le projet d'avoir une latrine n'est pas très fort.

Les maçons sollicités sont souvent des maçons indépendants qui ne font pas partie d'une entreprise ou d'une organisation de professionnels ; leur formation est d'ailleurs souvent limitée et ancienne, datant de leur apprentissage ; aucune mise à jour ou formation additionnelle n'a été suivie. Dans la mesure où les maçons travaillent de façon autonome et sont directement sollicités par la population pour construire ou améliorer leur latrine, il n'y a pas non

plus de contrôle ou de supervision du travail fait et de sa qualité, mis à part par le client lui-même [4].

Par rapport au lavage des mains, il ressort par contre que l'auto-efficacité et le fait de trouver facile de se laver les mains est associé avec le lavage des mains après avoir fait ses besoins [3, 7].

2.2.3 Soutien social

Le soutien social s'observe essentiellement dans le fait de partager ses latrines avec son entourage - *sa famille et ses voisins* – lorsque celui-ci n'a pas de latrines. Cette pratique semble répandue et relativement bien acceptée [8, 11]. Une étude a établi que 75% des ménages partagent leurs latrines avec des membres de la famille et des voisins ; 13% partagent avec des étrangers [1]. Cette solidarité est à mettre en lien avec une habitude de vie communautaire assortie d'une pratique de bon voisinage et d'entraide familiale (lakou) [1]. Une étude faite dans l'Artibonite indique ainsi que 69.1% des répondants ne voient aucun problème à ouvrir l'accès de leur latrine aux voisins.

Néanmoins, le fait d'utiliser la latrine des voisins peut également donner lieu à des frustrations et à une perte d'estime de soi : ainsi respectivement 42.1%, 38.9% et 38.5% déclarent qu'utiliser la latrine du voisin les fait « ressembler à un pauvre », leur font penser qu' « ils n'ont aucune valeur » ou que « cela servira d'injure contre eux » [11]. Plusieurs études ont aussi noté que le fait de partager sa latrine pouvait entraîner des conflits autour du nettoyage et de la vidange, les détenteurs de latrine n'acceptant pas forcément de devoir nettoyer les saletés de personnes extérieures à leur famille ou leur voisinage. De plus, l'utilisation de la latrine par des membres étrangers accélère le remplissage de la fosse et par conséquent, la nécessité de faire la vidange de la fosse, ce qui reste compliqué [2, 8].

2.2.4 Rôles et décisions

La participation des femmes dans le processus décisionnel ou pour ce qui est d'initier la discussion autour de l'acquisition d'une latrine est importante, d'autant qu'elles se sentent plus concernées que les hommes par le besoin d'avoir une latrine, pour des raisons de confort et de sécurité [8]. Les décisions concernant l'acquisition ou la rénovation de la latrine sont souvent prises de façon conjointe et les femmes se disent satisfaites de leur place dans les décisions du ménage. En revanche, pour ce qui est des aspects plus techniques et relatifs aux montants dépensés, certaines femmes indiquent que c'est leur époux qui prend les décisions, même si elles donnent leur avis et sont associées à la décision ; ceci a été observé dans le Sud surtout [8] et a été confirmé par l'étude faite à Jacmel [4].

Certains ménages ont aussi tendance à minimiser leur rôle dans le fait qu'ils ne disposent pas de latrine : le fait que le ménage ne soit pas propriétaire de sa maison et qu'il ne peut donc pas prendre de décision concernant l'acquisition d'une latrine sans l'accord du propriétaire est souvent avancé en tant que barrière à la construction de latrines. Pourtant, dans les enquêtes, ce facteur ne ressort pas fréquemment comme étant la principale barrière à l'acquisition de latrine: dans toutes les zones, 2.6% des répondants invoquent le fait de ne pas être propriétaire de leur habitation comme étant l'obstacle principal à la construction d'une latrine [5] et dans les zones rurales, à peine 3% des répondants expliquent le fait de ne pas avoir de latrine par le fait de ne pas être propriétaires des lieux [1].

Enfin, concernant le nettoyage des latrines, il reste principalement l'apanage des femmes [2, 4] bien que certains hommes déclarent aussi y prendre part [8].

2.2.5 Abordabilité

Le principal obstacle à l'acquisition ou la rénovation des latrines qui est avancé dans toutes les études est unanimement le manque d'argent. L'acquisition de latrines demande des efforts financiers importants et cela nécessite beaucoup de temps, parfois plusieurs années, pour disposer de l'argent nécessaire. Ainsi, les latrines sont souvent construites en plusieurs étapes, le temps que le ménage dispose de la somme requise pour la poursuite des travaux [8].

A Artibonite, les hommes ont expliqué que cela revient très cher de faire creuser la fosse, particulièrement si le sol est rocailleux, et même si le trou est creusé, il est difficile d'acheter le matériel nécessaire pour la toilette [2]. Une

autre étude dans le département de l'Artibonite [11] a montré que le facteur socio-économique était un facteur important dans le fait de disposer ou non d'une latrine : plus le ménage est aisé, plus il a de chances d'avoir des latrines. Inversement, plus le ménage est pauvre, plus il a de chances de pratiquer la défécation à l'air libre. A noter que le niveau de revenus est globalement faible : 94.1% des répondants ont déclaré vivre avec moins de 25000 gourdes par mois, soit l'équivalent de 3 dollars par personne et par jour [11], ce qui suggère que l'obstacle financier à l'acquisition de latrine doit être pris en compte.

Pour ce qui est des emprunts éventuels pour financer la construction de latrines, cela n'est pas une option souhaitée par la population qui trouve cette pratique trop risquée compte tenu des difficultés de remboursement [8] : à Jacmel, 80% des répondants disent ne pas pouvoir emprunter de l'argent pour améliorer ou construire des latrines [4]. Certains ont aussi souligné que les aides des ONGs ou autres organisations ont diminué, ce qui les éloigne de la possibilité d'acquérir une latrine ; d'autres comptent sur la diaspora et les membres de leur famille partis à l'étranger pour participer au financement des latrines car eux-mêmes n'en ont pas les moyens.

Le fait de systématiquement mettre en avant l'obstacle financier pour construire sa latrine a cependant tendance à masquer le fait que la réalité est plus nuancée [2]. On note effectivement qu'il y a une frange de la population, la plus vulnérable, pour laquelle l'abordabilité est une réelle barrière [2, 8] mais parmi ceux qui se disent dans l'incapacité d'acquérir une latrine, certains auraient les moyens d'en construire une. Lors de focus group et d'entretiens avec des informateurs clés, certains ont par exemple expliqué qu'il y avait de « belles maisons » qui avaient été ou sont construites mais sans infrastructure d'assainissement [2, 11].

2.3 MOTIVATION

Box 4. Motivations : les individus veulent-ils adopter les « bons comportements » ?

Attitudes et croyances	Les attitudes et croyances renvoient ici à la compréhension et la perception que les individus ont concernant des produits ou des services, des comportements sanitaires ou des personnes qui adoptent ces comportements. Les croyances peuvent avoir un impact positif, négatif ou neutre sur les comportements sanitaires.
Valeurs	Les valeurs représentent les idées clés partagées par une communauté à propos de ce qui est bon ou pas. Certaines valeurs sont associées à l'assainissement et à des comportements sanitaires appropriés ; il est important de les identifier et de s'appuyer dessus afin de renforcer leur lien avec ces comportements.
Moteurs émotionnels/ physiques et sociaux	Ces moteurs sont des pensées et des sentiments puissants qui motivent les comportements des individus et leur font prendre une certaine direction. Ils peuvent être positifs ou négatifs et trouver leur racine dans des besoins physiques, émotionnels, psychologiques et sociaux.
Priorités concurrentes	Afin que les pratiques se modifient et que de nouveaux comportements se mettent en place, les individus doivent être suffisamment motivés pour s'engager dans ces changements. Le fait que les ménages doivent faire face à des priorités en concurrence les une vis-à-vis des autres au moment de dépenser l'argent disponible fait que leur motivation à acquérir des latrines peut passer au second plan.
Intention	Les intentions représentent les plans qu'ont les individus quant à adopter un certain comportement ou à mettre en place certaines pratiques.
Volonté de payer	La volonté de payer pour des infrastructures ou des services d'assainissement influence les motivations : par exemple, un ménage peut ne pas vouloir payer pour des latrines s'il sait qu'il y a une politique de subvention, même si les capacités de payer existent.

2.3.1 Attitudes et croyances

Le vaudou est un élément dont il faut tenir compte lors de la mise en place d'intervention en Haïti : par exemple, certains lieux sont sacrés pour le vaudou et la construction d'infrastructures d'assainissement doit en tenir compte, sous peine de ne pas être utilisées [4].

Plusieurs études ont aussi relevé des croyances en lien avec la façon de se débarrasser des excréments [1, 2]. Il y a notamment la croyance vaudoue autour de la nécessité de protéger les excréments pour éviter que ceux-ci ne soient utilisés et brûlés par un tiers à des fins maléfiques ; cette croyance est particulièrement forte à Léogâne, bien qu'elle soit également connue de l'ensemble de la population [2]. Ainsi, 54.1% des répondants pensent que l'on peut faire du mal aux gens avec les matières fécales [5]. Cela a pour conséquence que certains préfèrent enterrer leurs excréments dans le sol ou arrêter de faire leurs besoins dans les champs.

On note également la crainte que durant la nuit ou si le lieu de défécation se situe trop loin de la maison, un mauvais esprit ne se manifeste ; il est alors préférable de ne pas se rendre à l'extérieur pour faire ses besoins et mieux vaut utiliser un seau ou un sac plastic, comme cela a été observé à Artibonite.

A l'opposé, certaines croyances peuvent dissuader d'utiliser les latrines du fait de leurs mauvaises odeurs : en effet, une étude a évoqué la croyance selon laquelle les odeurs des selles peuvent rendre malades et sont mauvaises pour la santé [1]. Dans l'Artibonite, les personnes déclarant ne pas vouloir utiliser de latrines expliquent que c'est essentiellement du fait de la peur des mauvaises odeurs ou la peur d'attraper des maladies [11].

Par ailleurs, on note des attitudes négatives envers les latrines indépendamment des croyances existantes : l'étude faite à Savanette indique qu'il y a des ménages qui possèdent des latrines mais ne les utilisent pas du fait de résistances ; celles-ci s'apparentent essentiellement à une mauvaise appropriation et à un manque de gestion des latrines [9]. Une autre étude indique une attitude hostile envers les latrines à fosse qui ne sont pas bien perçues même si elles sont les plus courantes, ce qui peut constituer une barrière à leur construction et leur utilisation. Pour certains, c'est « le pire type de toilette » dans la mesure où elles sont associés à la saleté, aux mauvaises odeurs et à la difficulté de nettoyage. Par ailleurs, ce type de latrines ayant été construit en urgence au lendemain du tremblement de terre et de l'épidémie de choléra, il est davantage associé à des latrines d'urgence dont la pérennité n'est pas assurée, qu'à la notion de développement [2].

2.3.2 Valeurs

Peu d'études ont développé ce domaine. On note cependant que concernant le lavage des mains avec du savon, celui-ci est positivement lié avec le fait d'aimer l'odeur du savon et l'idée de propreté à laquelle le savon renvoie [3]. Ainsi, dans l'Artibonite, la gêne et la honte sont les deux sentiments que les répondants déclarent éprouver si elles tardent à se laver les mains après la défécation [11]. Et d'une façon générale, il ressort que les Haïtiens attachent de l'importance à l'apparence personnelle et à la propreté [2].

Par ailleurs, depuis l'épidémie de choléra, plus d'importance est donnée au fait de posséder une latrine, notamment considérant les perspectives de santé [4]. En général, il ressort que le fait d'avoir une latrine chez soi est perçu comme un signe extérieur de richesse et est synonyme de progrès [2].

2.3.3 Moteurs émotionnels, physiques et sociaux

On note de nombreux moteurs qui ont trait à la **santé et à la sécurité** : pour ce qui est du lavage des mains, les raisons qui font que les individus se lavent les mains sont pour l'essentiel liées à des raisons de santé : il s'agit d'éviter les bactéries (64%), la maladie (14%), le choléra (9%) et pour 4%, cela protège la santé [3]. Le fait que le lavage des mains protège de la transmission de maladies est également confirmé par une étude faite dans l'Artibonite : 90% des répondants interrogés pensent que le lavage des mains ne les expose pas à la maladie et 80% pensent que s'ils se lavent les mains, ils ne transmettront pas de maladies [11].

Concernant l'acquisition de latrines, la même étude fait aussi ressortir la peur d'attraper des maladies comme moteur important : 58.3% des répondants ont déclaré que la peur d'attraper des maladies les avait incités à construire leur latrine. Cependant, on constate aussi que 13.1% des répondants pensent qu'il n'y a pas de risque à pratiquer la DAL [11]. Pour ce qui est de l'importance de stopper la défécation à l'air libre, les mères de familles de Jacmel ont souligné l'impact des toilettes sur la santé, notamment des chasses d'eau, qui apportent un immense bénéfice. Elles sont conscientes des effets de la DAL sur la contamination de l'eau et des céréales mais aussi sur les maladies et notamment le choléra. Il ressort clairement que la peur du choléra a changé les perceptions que les gens ont de l'eau et de l'assainissement. De ce fait, certaines pratiques ont évolué : par exemple, certains enterrent maintenant leurs selles ou les mettent dans des sacs en plastic pour limiter les risques de contamination [4].

Les mères ont aussi insisté sur l'importance de protéger les enfants des contacts avec les excrétas car ceux-ci ont tendance à jouer avec ; en même temps, elles soulignent aussi la peur qu'il y a de voir leur enfant tomber dans les fosses, notamment lorsque les structures sont en bois [2]. Enfin, les latrines à domicile permettent aussi de protéger les femmes et les jeunes filles des risques de viol ou d'agressions [2].

Pour ce qui est des moteurs **émotionnels** qui motivent les individus à acquérir une latrine, il y a la propreté, l'intimité et le confort. Et il est particulièrement confortable et pratique d'avoir une toilette lorsqu'on a un problème de santé ou lors des épisodes de pluie ou d'ouragan. A l'opposé, les points négatifs évoqués tant par ceux qui ont et n'ont pas de latrines, sont les mauvaises odeurs et les mouches.

Pour ce qui est du lavage des mains, le dégoût est un moteur important dans la mesure où le lavage des mains est positivement associé avec le fait de ne pas vouloir se sentir sale ou sentir mauvais [3].

Enfin, on retient également plusieurs moteurs **sociaux** qui peuvent avoir une réelle influence sur la motivation à acquérir et utiliser des latrines : on note en tout premier lieu la honte. En effet, plusieurs études ont relevé la honte qu'éprouvaient les personnes, et notamment les femmes, à devoir envoyer leurs invités faire leurs besoins en plein air [1, 8, 9, 11] : cela est source d'embarras et est inapproprié.

A noter que les membres de la diaspora peuvent avoir une certaine influence sur la famille quant à l'acquisition de latrines : dans la mesure où ils sont désormais habitués à utiliser des toilettes, lors de leur retour dans leur famille, ils peuvent faire part de leur difficulté à retourner à la défécation à l'air libre, ce qui est source d'embarras et de gêne pour leur hôte. Dans ce sens, les membres de la famille vivant à l'étranger deviennent des agents de changement socioculturel du fait de leur soutien financier mais aussi par leur influence culturelle étrangère [6]. Un autre moteur négatif ressenti par certains individus est la pression sociale, dans la mesure où ils ne se sentent pas confortables avec l'idée que les voisins ont des latrines et pas eux [2].

Par ailleurs, le prestige occasionné par la possession de latrine est également un stimulant important car les personnes avec une latrine sont vues comme étant riches, ceci d'autant plus que la latrine comporte une chasse d'eau [4]. Et même si l'acquisition d'une chasse d'eau n'est pas possible pour des raisons financières ou du fait du manque d'eau, le fait que certains aspects associés aux toilettes à chasse d'eau soient présents (par exemple, une fosse en béton, un siège en céramique, un espace spacieux…) permet tout de même d'assurer un certain prestige ; ce type de toilette est lié à la notion de progrès et de développement. Par exemple, dans l'Artibonite, 88% des répondants disaient éprouver du plaisir et de la fierté à utiliser des toilettes « hygiéniques » [11]. Une autre étude au Cap Haïtien a montré que des bénéficiaires de toilettes avec des conteneurs réutilisables fournies dans le cadre d'une intervention d'assainissement avaient davantage un sentiment de fierté et de modernité que ceux qui n'en avaient pas et avaient moins honte de leur situation ; ils se sentaient aussi plus respectés [6].

2.3.4 Priorités concurrentes

D'une façon générale, le premier poste de dépense cité par la plupart des personnes est la scolarité des enfants : il ressort que le règlement des frais de scolarité est largement prioritaire sur les autres dépenses. Cette dépense est suivie par les autres dépenses quotidiennes, à savoir l'alimentation et la santé, puis par l'achat de bétail qui constitue une forme d'épargne répandue. L'acquisition de latrines se situe loin derrière et constitue pour la plupart des personnes une priorité de faible importance [8]. De même, la rénovation de la latrine passe au second plan, bien après celle de la maison. En fait, il semble que la maison en général soit prioritaire : ainsi, entre choisir une pièce supplémentaire à la maison ou la construction d'une latrine, beaucoup préfèrent avoir une pièce supplémentaire. De même, les ménages qui louent leur maison peuvent préférer louer une maison sans latrines, qui sera moins onéreuse [2].

Néanmoins, suite aux épidémies de choléra qui ont frappé le pays, il s'avère que davantage de personnes aspirent à avoir des latrines et l'acquisition de latrines constitue dorénavant une priorité au même titre que l'acquisition de bétail par exemple [8]. Ce revirement dans les comportements est à mettre en lien avec l'ampleur de l'épidémie : une étude faite à Savanette indique que 40% des ménages enquêtés ont eu un cas de choléra dans la famille, 74% connaissaient quelqu'un qui en est mort ; parmi les non utilisateurs de latrines, 96% connaissent des victimes du choléra [9].

2.3.5 Intention

Les intentions quant à l'acquisition de latrines nous éclairent sur le fait que les individus se sont ou non engagés dans de nouveaux comportements. A Jacmel, 28% des répondants se disent prêts à financer l'amélioration de leur latrine eux-mêmes ; 41% se disent prêts à construire des latrines dans l'année à venir [4]. Mais il est difficile de dire si ces intentions se poursuivront en action, d'autant que d'autres études tendent à montrer que globalement, la population continue à déféquer dans les ravins ou les champs, à moins qu'une ONG ou une autre organisation ne vienne leur fournir des latrines [2].

2.3.6 Volonté de payer

Toutes les études indiquent une faible volonté de payer, avec une tendance à attendre la mise en place de programmes d'assainissement pour bénéficier de latrines [1, 2, 4, 6, 8, 11]. Par exemple, dans l'Artibonite, seuls 57.2% des répondants sans latrine se disent prêts à en construire une sur leurs propres fonds ; 94.5% des répondants qui ne se disent pas prêts à construire une latrine avec leur argent sont néanmoins disposés à contribuer pour sa construction et cette contribution consisterait majoritairement à fournir la force de travail (68%), le terrain (45.9%) et des matériaux naturels (roche et bois) (44.2%) [11]. D'une façon générale, les gens se disent d'accord pour creuser des trous ou aider physiquement à la construction de la latrine, c'est-à-dire apporter une contribution qui ne demande pas d'apport financier, mais compte tenu des politiques de subvention qui ont eu lieu par le passé, il n'y a pas de réelle volonté de payer. L'impact des subventions non-ciblées sur la motivation à construire des toilettes semble réel et plus important encore dans les régions où la présence des ONGs est importante, comme à Port-au-Prince [2]. A Jacmel, on note que plus de la moitié des personnes enquêtées ont dit qu'elles ne voulaient pas payer pour quoi que ce soit, mais préféraient attendre les ONGs [4]. On retrouve un attentisme similaire dans la région du Bas Nord Ouest où plus de 72% des personnes interrogées espèrent une fourniture de matériaux [1].

Certaines expériences plus encourageantes révèlent par contre que les bénéficiaires d'une intervention qui les satisfait sont prêts à payer mensuellement une petite somme pour continuer à bénéficier de cette intervention : ainsi, 77% des participants ayant bénéficié de l'intervention d'assainissement (toilette avec conteneur réutilisable) se disent prêts à payer US$ 5 par mois. Par contre, ils ne sont plus que 49% si la participation financière passe à US$ 7.50 par mois [6].

3. Conclusions

Cette synthèse des déterminants des comportements sanitaires en Haïti a permis d'identifier un nombre important de facteurs influençant tant l'acquisition et l'utilisation de latrines, la pratique de la défécation à l'air libre, que le lavage des mains. La comparaison entre ces études a cependant été rendue compliquée par le fait que les objectifs, la méthodologie et les zones d'investigation n'étaient pas les mêmes. Le fait d'avoir basé cette synthèse sur le cadre SaniFOAM a cependant grandement aidé à l'analyse des différentes études et a donné un aperçu cohérent des déterminants des comportements sanitaires, bien que la majorité des études ne s'appuie sur aucun cadre conceptuel.

Concernant les **opportunités**, on retient tout d'abord que :

- Les latrines disponibles sur le terrain sont essentiellement des latrines traditionnelles et la **défécation à l'air libre reste massivement pratiquée**, bien que le partage des latrines avec la famille et le voisinage soit une pratique courante. Pour que la défécation à l'air libre diminue de façon significative, cela nécessite donc que les infrastructures sanitaires soient multipliées au niveau collectif et aux points stratégiques (marché, lieux de rassemblements) (Neal et al, 2016).

- Pour que des **changements de comportements durables** se mettent en place, il est important que les latrines soient pérennes, construites à partir de matériaux de qualité par des personnes qualifiées et qu'elles bénéficient de services de vidange accessibles. De même, l'utilisation des latrines sera meilleure et s'inscrira dans le temps si la population est satisfaite avec ses latrines et que celles-ci comportent les caractéristiques désirées, en termes d'infrastructures, de superstructures ou d'emplacement.

- Quant au **lavage des mains**, il ressort qu'il est peu fréquent ; un meilleur approvisionnement en eau, ainsi que la multiplication des points de lavage des mains et de savon en même temps que la multiplication des infrastructures sanitaires aideraient à modifier les comportements liés à l'hygiène.

Par rapport aux **capacités**, on note également :

- **Un décalage entre les bonnes connaissances liées aux risques associés à la DAL** et à un manque de lavage des mains **et les comportements sanitaires qui restent défavorables** : cela suggère donc qu'agir sur les connaissances seules n'est pas suffisant pour voir des changements positifs apparaître dans les comportements. Inversement, on constate des **lacunes dans les connaissances portant sur l'utilisation des latrines, ce qui suggère que le fait de rendre disponibles des latrines** n'implique pas systématiquement des changements de comportements. Plus généralement, la population ne semble pas bien informée sur la **façon de construire des latrines**, sur les différentes options, ni sur leur coût, ce qui l'empêche de faire un choix raisonné.

- **L'accès aux professionnels** capables de construire ou vider les latrines est insuffisant, de même que **l'accès aux matériaux** de construction qui est limité par les difficultés de transport et une offre locale faible.

- Le principal obstacle évoqué par la population reste le **manque d'argent** pour financer les latrines, et la construction des latrines peut prendre beaucoup de temps car le ménage n'a pas toujours suffisamment d'argent pour aller au bout des travaux engagés dans les délais escomptés. De plus, les possibilités de financement sont limitées : le recours à des prêts est par exemple peu souhaité par la population.

Enfin, concernant les **motivations**, plusieurs points sont à souligner :

- D'une part, la **faible capacité à payer** est à nuancer si on considère que l'acquisition de latrines ne constitue clairement **pas la priorité** pour la majorité des personnes ; de plus, il y a une tendance à un certain « **attentisme** » dans la mesure où beaucoup préfèrent attendre l'intervention d'une ONG pour disposer d'une latrine ; la **volonté de payer est de ce fait assez limitée**.

- D'autre part, plusieurs **moteurs émotionnels** ressortent et peuvent être utilisés par les programmes d'assainissement pour motiver la population à acquérir des latrines. Ainsi, l'envie de propreté, de confort, de prestige ou d'intimité tout comme la peur du choléra et de la maladie, peuvent constituer des leviers importants pour amener la population à changer ses comportements. La honte qu'il y a à envoyer ses invités déféquer à l'extérieur et la volonté d'être un bon hôte constituent un autre moteur sur lequel agir.

4. Bibliographie

Université d'Etat d'Haïti/ ACF. 2009. *Etudes des pratiques de défécation dans le Nord Ouest*. Faculté d'Ethnologie, Haïti.

Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC) et Dinepa, Sargent Beth. 2012. *Sanitation practices and preferences in Haïti : the influence of socio-cultural factors.*

Contzen & Mosler. 2012. *Factors determining the effectiveness of Oxfam's public health promotion approach in Haiti.* Project report. Oxfam / Eawag, Switzerland.

Mazeau & Scott, Save the Children. 2013. *Appui au projet Facilité Eau de l'Union Européenne.* Stratégie de marketing d'assainissement, Jacmel, Haïti, Phase 1: Recherche formative (Rapport final suite à la première visite)

Université Quisqueya/ UNICEF. 2015. *Etude formative en assainissement, design technique de système d'assainissement et plan de communications pour la promotion de l'assainissement en Haiti.* Rapport d'étude, Haïti.

Russel, Tilmans et al. 2015. *User perceptions of and willingness to pay for household container-based sanitation services: experience from Cap Haitian, Haiti.* Environment and Urbanization, August 28, 2015.

Contzen & Mosler. 2015. *Identifying the psychological determinants of hand washing: Results from two cross-sectional questionnaire studies in Haiti and Ethiopia.* American Journal of Infection Control. 2015 Aug;43(8):826-32.

Beck et Jean-Gilles / Banque Mondiale, Programme Eau et Assainissement / Dinepa. 2016. *Recherche ponctuelle dans les petites villes et en milieu rural en Haïti afin d'identifier les principaux facteurs qui influencent les comportements sanitaires.* Rapport final.

Neal, David; Vujcic, Jelena; Burns, Rachel; Wood, Wendy; Devine, Jacqueline. 2016. *Nudging and habit change for open defecation : new tactics from behavioral science.* Water and Sanitation Program (WSP). Washington, D.C. :World Bank Group.

Devine, Jacqueline. 2009. *Introducing SaniFOAM: a framework to analyze sanitation behaviors to design effective sanitation programs.* Water and sanitation program working paper ; WSP. Washington, DC: World Bank.

O'Connell K. 2014. *What influences open defecation and latrine ownership in rural households?: findings from a global review.* Water and Sanitation Program: working paper 90044.

Mosler H-J. *A systematic approach to behavior change interventions for the water and sanitation sector in developing countries: a conceptual model, a review, and a guideline.* International Journal of Environmental Health Research; 2012:1-19.

Hickling S. 2015. *Principaux déterminants comportementaux en matière d'assainissement en Haïti. Analyse des études de marché et de comportements des consommateurs. Etude documentaire.* Document de présentation , WSP. Washington DC : World Bank.Group.

Helvetas, Swiss Intercooperation. 2014. *Enquêtes comportementale selon la méthode « RANAS » sur la construction et l'utilisation de latrine.* Document de présentation. Helvetas, Haïti.

Helvetas, Swiss Intercooperation. 2014. *Rapport d'enquête Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) auprès des ménages des communes d'intervention de l'UCS/PRVL* (Petite-Rivière de l'Artibonite, Verrettes et Lachapelle). Helvetas, Haïti.

Noël J-M R. 2015. *Recherche formative pour la mise en place d'une stratégie d'intervention.* Rapport initial. 4G2D, Haïti.

5. Annexe

CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES UTILISÉES

	Auteur et titre	Focus primaire	Méthodologie
1	Université d'Etat d'Haïti/ ACF. 2009. *Etudes des pratiques de défécation dans le Nord Ouest*. Faculté d'Ethnologie, Haïti.	**Assainissement** : pratique et aspects socioculturels	**Population ciblée** : urbaine et rurale **Approche** : entretiens structurés (famille n=120 ; enfants n=120), entretiens avec les informateurs clés (n=20), observation
2	Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC) et Dinepa, Sargent Beth. 2012. *Sanitation practices and preferences in Haïti : the influence of socio-cultural factors.*	**Assainissement**: pratique et préférences	**Population ciblée** : Port au Prince et population rurale de Léogâne et Artibonite **Approche** : 35 entretiens semi-structurés avec la population et des informateurs clés ; 15 focus groups (groupes d'hommes et de femmes) ; observation.
3	Contzen & Mosler. 2012. *Factors determining the effectiveness of Oxfam's public health promotion approach in Haiti*. Project report. Oxfam / Eawag, Switzerland.	**Lavage des mains**: influence des activités d'Oxfam sur la pratique	**Population ciblée** : Port au Prince, rurale et camps **Approche** : entretiens structurés auprès de la personne qui s'occupe principalement du ménage (n=748) et observations (n=63). 88% de femmes.
4	Mazeau & Scott, Save the Children. 2013. *Appui au projet Facilité Eau de l'Union Européenne*. Stratégie de marketing d'assainissement, Jacmel, Haïti, Phase 1: Recherche formative (Rapport final suite à la première visite)	**Assainissement** : comportements et moteurs d'assainissement, évaluation du marché	**Population ciblée** : population urbaine de Jacmel **Approche** : entretiens structurés (n=148) ; 28 focus groups (groupes d'hommes et de femmes : détenteurs et non détenteurs de latrines) ; 7 entretiens semi structurés avec des informateurs clés ; observation.
5	Université Quisqueya/ UNICEF. 2015. *Etude formative en assainissement, design technique de système d'assainissement et plan de communications pour la promotion de l'assainissement en Haiti*. Rapport d'étude, Haïti.	**Assainissement** : comportements et plan de communication	**Population ciblée** : nationale (urbaine et rurale) **Approche** : Entretiens structurés (n=2817)
6	Russel, Tilmans et al. 2015. User perceptions of and willingness to pay for household container-based sanitation services: experience from Cap Haitian, Haiti. Environment and Urbanization, August 28, 2015.	**Assainissement** : perceptions des utilisateurs (vis-à-vis des récipients réutilisables)	**Population ciblée** : population urbaine du Cap Haïtien **Approche** : entretiens structurés (témoins n = 118 ; cas n = 248)

CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES UTILISÉES

	Auteur et titre	Focus primaire	Méthodologie
7	Contzen & Mosler. 2015. *Identifying the psychological determinants of hand washing: Results from two cross-sectional questionnaire studies in Haiti and Ethiopia*. American Journal of Infection Control. 2015 Aug;43(8):826-32.	**Lavage des mains**	**Population ciblée** : zone de Port-au-Prince, population rurale et camps **Approche** : entretiens structurés auprès de la personne qui s'occupe principalement du ménage (n=811), 88% de femmes.
8	Beck et Jean-Gilles / Banque Mondiale, Programme Eau et Assainissement / Dinepa. 2016. *Recherche ponctuelle dans les petites villes et en milieu rural en Haïti afin d'identifier les principaux facteurs qui influencent les comportements sanitaires*. Rapport final.	**Assainissement** : comportements sanitaires	**Population ciblée** : rurale et des petites villes de moins de 10›000 hbts **Approche** : Focus groups (n=20) et entretiens semi structurés avec des informateurs clés (n=11)
9	Helvetas, Swiss Intercooperation. 2014. Enquêtes comportementale selon la méthode « RANAS » sur la construction et l'utilisation de latrine. Document de présentation. Helvetas, Haïti.[6]	**Assainissement** : comportements sanitaires, construction et utilisation de latrines	**Population ciblée** : Zone de Savanette (Centre) **Approche** : Entretiens structurés (n=374)
10	Helvetas, Swiss Intercooperation. 2014. Rapport d'enquête Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) auprès des ménages des communes d'intervention de l'UCS/PRVL (Petite-Rivière de l'Artibonite, Verrettes et Lachapelle). Helvetas, Haïti.	**Assainissement** : accès à l'eau, comportements sanitaires	**Population ciblée** : population urbaine ou périurbaine et rurale des communes de Petite-Rivière de l'Artibonite, Verrettes et Lachapelle **Approche** : Entretiens structurés (n=1094)
11	Noël J-M R. 2015. Recherche formative pour la mise en place d'une stratégie d'intervention. Rapport initial. 4G2D, Haïti.	**Assainissement, lavage des mains** : comportements sanitaires, étude du marché	**Population ciblée** : population rurale et périurbaine des communes des Gonaïves, Gros-Morne, Saint-Marc et Saint-Michel de l'Attalaye dans le département de l'Artibonite **Approche** : Entretiens structurés (n=1068), focus group (n=40) et entretiens individuels

6 Après contact avec les auteurs, il s'avère que seul le document de présentation est disponible ; la base de données n'est pas exploitable en l'état.

RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

DINEPA

Direction Nationale
de l'Eau Potable
et de l'Assainissement

Avec l'assistance technique de

GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

wsp
programme
eau et assainissement