



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**Amélioration des latrines traditionnelles : facteur de
pérennisation de l'Assainissement Total Piloté par les
Communautés rurales de Tiébissou (Côte d'Ivoire)**

présenté par

Kouakou Charles AMANI

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Environnement

Spécialité Gestion de l'Environnement

le 08 Avril 2013

Directeur : Dr. Emmanuel NGNIKAM
Ecole Nationale Supérieure
Polytechnique de Yaoundé

Co-Directeur : Vincent KOKOLA
Coordonnateur National Eau Hygiène
et Assainissement, International
Rescue Committee-Côte d'Ivoire

Devant le jury composé de :

Dr. Martin YELKOUNI	Président
Directeur du Département Environnement Université Senghor Alexandrie	
Dr. Rim ABDEL Hamid Hussein	Membre
Professeur Assistant, Institut Supérieure de Santé Publique, Université d'Alexandrie	
Pr. Lacina Coulibaly	Membre
Vice-président, Université Nangui Abrogoua Côte d'Ivoire	

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos remerciements au Professeur Albert Lourde, Recteur de l'Université Senghor d'Alexandrie pour le suivi de la politique éducative et la concertation avec les partenaires du système éducatif de ladite Université.

Nous remercions de tout cœur le Docteur Martin YELKOUNI, Directeur du Département Environnement, qui a assuré avec passion sa mission de coordination et d'encadrement des cours et activités dudit département pendant notre formation dans ce programme de Master. Nous garderons et appliquerons vos conseils dans le milieu professionnel.

Nos sincères remerciements sont adressés au Docteur Emmanuel NGNIKAM, chargé de cours à l'Ecole Nationale Supérieure Polytechnique de Yaoundé pour sa disponibilité et ses orientations dans l'élaboration de ce mémoire.

Enfin, Nos remerciements vont principalement à l'endroit de :

- Docteur Danièle BORDELEAU, Directeur du Département Administration et Gestion; Docteur Christian MESENGE, Directeur du Département Santé et Docteur Jean François FAU, Directeur du Département Culture, pour avoir bénéficié de leurs conseils académiques pendant notre formation;
- Mme Suzanne ZIKRY, Assistante de Direction du Département Environnement, pour ses encouragements, chaleureux accueil et son amabilité envers nous.
- Monsieur Louis Falcy, Country Director de l'ONG International Rescue Committee (IRC-Côte d'Ivoire), pour nous avoir offert ce stage de mise en situation professionnelle;
- Monsieur Vincent KOKOLA, Coordonnateur National WASH (IRC-Côte d'Ivoire), notre maître de stage, pour sa constante sollicitude et sa disponibilité à notre endroit;
- Mlle Kadidiatou DIABY, Sénior Manager Ressource Humaine (IRC-Côte d'Ivoire) pour l'attention particulière qu'elle nous a accordée durant la période de stage;
- Monsieur Kouakou Alphonse KANGA, inscrit en Gouvernance et Management Public, 13^{ème} promotion Université Senghor pour ce stage qu'il a obtenu auprès de l'IRC.
- Messieurs Koffi Stéphane FAITHAIE ; Karim COULIBALY et Moussa GBONGE, pour l'aide et le dévouement qu'ils ont manifestés envers nous lors des travaux;

- Madame KABRAN épouse GUEHI MARIE CLAIRE, Chef de Projet ATPC au Ministère de la Construction, de l'Assainissement et de l'Urbanisme, pour sa disponibilité et ses conseils d'ordre professionnel;
- Mes collègues de la 13^{ème} promotion inscrits dans la spécialité « Gestion de l'environnement » qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire de fin d'études. Je vous témoigne mon infini gratitude;
- Tous le reste du personnel de l'IRC-Côte d'Ivoire pour leur parfaite collaboration.

DEDICACE

Pour ma mère KOFFI Léonie N'Da Amani qui a bien voulu faire ce sacrifice en investissant dans ma formation professionnelle, je te témoigne dans ce présent mémoire mon infinie gratitude.

A Monsieur ZANNOU TCHOKO Alain, mon ex-superviseur de la Société SCI-Djonon-Côte d'Ivoire. Pour ton écoute, ta compréhension et tes apports financiers dans ce programme d'études, je te dédie ce mémoire de fin d'études de Master.

RESUME

L'assainissement est un impératif pour assurer un meilleur cadre de vie dans nos sociétés. Selon le Fonds des Nations Unies pour le Développement, le manque d'infrastructures en assainissement adéquates (latrines, toilettes) demeure l'une des principales causes de maladies et de décès chez les enfants. L'Assainissement Total Piloté par Communautés par ses résultats satisfaisants au sein des communautés rurales est l'une des solutions préconisées pour l'atteinte de l'Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière d'assainissement.

Après l'étape de la certification Fin Défécation à l'Air Libre, les latrines construites par certaines communautés rurales se retrouvent dans un état dégradé et ne répondent plus d'une part à leur fonction hygiénique et d'autre part au volet pérennisation de l'approche Assainissement Total Piloté par la Communauté. Ce travail a pour objectif de rechercher une amélioration de la mise en œuvre de l'approche Assainissement Total Piloté par la Communauté rurale. Le cas de certaines communautés rurales du département de Tiébissou (Côte d'Ivoire) est abordé dans ce mémoire de fin d'études de Master.

Il ressort de ce travail que les facteurs de dégradation des latrines sont liés aux matériaux de construction utilisés puis à l'assistance technique insuffisante d'une part. D'autre part, le changement de comportement, l'objectif recherché de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté est observé sur une proportion importante de ces communautés rurales.

Bien qu'elles aient des connaissances remarquables sur les impacts liés à la défécation à l'air libre, l'aptitude à améliorer les latrines par les populations est encore faible et peu développée dans ces communautés.

MOTS CLES

Communautés rurales, assainissement, Assainissement Total Piloté par la Communauté, changement de comportement, santé.

ABSTRACT

Sanitation is essential to ensure a better quality of life in our societies. According to United Nations International Children's Emergency Fund, the lack of adequate sanitation (latrines, toilets) remains a major cause of illness and death among children. With its satisfactory results in rural communities, Community Led Total Sanitation is one of the recommended solutions to achieve the Millennium Development Goals in sanitation.

After Defecation in the Open Air certification stage, latrines built by some rural communities are found in a degraded state, no longer maintain their hygienic function or the in sustainability as regards to Community Led Total Sanitation. This report aims to improved Community Led Total Sanitation process. The case of some rural communities of Tiébissou (Ivory Coast) is addressed in this dissertation of Master studies.

We found that the degradation factors are related to latrine construction materials and insufficient technical assistance. On the other hand, behavior change, the goal of Community Led Total Sanitation is observed in a significant proportion of these rural communities.

Although they have remarkable knowledge on the impacts associated with defecation in the open air, the ability to improve the latrines by the population is still weak and undeveloped in these communities.

KEY WORDS

Rural communities, Sanitation, Community Led Total Sanitation (CLTS), behavior change, Health.

ABREVIATIONS ET SIGLES

AIA : Année internationale de l'assainissement

ATPC: Assainissement Total Piloté par les Communautés

AMCOW: Conseil Ministériel Africain pour l'Eau et l'Assainissement

CAP: Connaissances Aptitudes et Pratiques

CLTS: Community led Total Sanitation

CREPA-CI : Centre Régional pour l'Eau Potable et l'Assainissement-Côte d'Ivoire

DAD: Direction de l'Assainissement et du Drainage

DAL : Défécation à l'Air Libre

DSRP: Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté intérimaire

ENV : Enquête sur le Niveau de Vie

EPR : Evaluation Participative en milieu Rural

FDAL: Fin Défécation à l'Air Libre

IRC : International Rescue Committee

INS : Institut Nationale de la Statistique

MARP : Méthode Accélérée de Recherche Participative

OMD: Objectif du Millénaire pour le développement

ONG: Organisation Non Gouvernementale

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VERC: Village Education Ressources Center

WASH: Water Sanitation and Hygiene

WSP: Water and Sanitation Program

PAS: Programmes d'Ajustement Structurel

PVC: Polychlorure de Vinyl

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Proportion de la population mondiale utilisant des installations sanitaires

Figure 2 : Situation géographique de la zone d'étude

Figure 3 : Acteurs intervenant dans l'assainissement en milieu rural (Côte d'Ivoire)

Figure 4 : Proportion de Matériaux utilisés en fonction de la résistance

Figure 5 : Ecart de suivi technique dans la construction des latrines dans les ménages

Figure 6 : Aptitudes à utiliser les latrines et à vivre dans un environnement sain

Figure 7 : Connaissances sur le péril fécal et quelques maladies associées

Figure 8 : Aptitudes à vider et améliorer l'état des latrines

Figure 9 : Pratiques d'hygiène dans les villages Koubi et Ahoukro

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Analyse comparative de la mise en œuvre de l'approche ATPC

LISTE DES PHOTOS

Photo 1 : Décision communautaire de réalisation de latrine après les outils MARP

Photo 2 : Entretien individuel enquête CAP dans le village KOUBI

Photo 3 : Dégradation du périmètre de protection d'une latrine traditionnelle à KOUBI

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	ii
DEDICACE	iv
RESUME	v
MOTS CLES	v
ABSTRACT	vi
ABREVIATIONS ET SIGLES	vii
LISTE DES FIGURES	viii
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES PHOTOS	viii
TABLE DES MATIERES	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1: PRESENTATION DE L'APPROCHE ATPC.....	4
1.1 Importance de l'Assainissement	4
1.1.1 Assainissement et santé humaine.....	4
1.1.2 Assainissement et Economie.....	4
1.1.3 Assainissement et Environnement	5
1.1.4 Assainissement et Dignité humaine.....	5
1.2 Assainissement de base « améliorés » ou « non améliorés » au sens des OMD.....	6
1.3 L'UNICEF et le management de l'assainissement	6
1.4 L'UNICEF et l'approche ATPC	7
1.5 Présentation de l'approche ATPC.....	8
1.5.1 Genèse de l'ATPC ou CLTS	8
1.5.2 Progrès de l'ATPC	9
1.5.3 Définition et But de l'ATPC	9
1.5.4 Etapes de mise en œuvre de l'ATPC	9
CHAPITRE 2: MISE EN ŒUVRE DE L'ATPC PAR L'ONG IRC DANS LE DEPARTEMENT DE TIEBISSOU (COTE D'IVOIRE).....	14
2.1 Présentation de la structure d'Accueil	14
2.2 Présentation de la zone d'étude : Tiébissou (Côte d'Ivoire).....	14
2.3 Niveau de vie actuel de la zone d'étude	15
2.4 Description du cadre institutionnel, réglementaire et financier de l'assainissement.....	15

2.4.1 Cadre institutionnel.....	15
2.4.2 Cadre réglementaire.....	17
2.4.3 Cadre financier	17
CHAPITRE 3: METHODOLOGIE	22
3.1 Revue de littérature.....	22
3.2 Impact de l'ATPC sur les populations des villages certifiés FDAL	22
3.2.1 Outils.....	23
3.2.2 Méthodes.....	23
CHAPITRE 4 : RESULTATS ET ANALYSES	28
4.1 Facteurs de dégradation des latrines traditionnelles	28
4.1.1 Matériaux utilisés	28
4.1.2 Ecart de suivi dans la construction des latrines	29
4.2 Impacts de l'ATPC dans ces communautés rurales FDAL	30
4.2.1 Connaissances sur la DAL et les aptitudes à utiliser les latrines.....	30
4.2.2 Connaissances sur les maladies liées à la DAL et aptitudes à améliorer.....	31
4.2.3 Bonnes pratiques d'hygiène (lavage des mains).....	34
4.3 Recommandations et stratégies d'intervention.....	35
4.3.1 Organismes internationaux (UNICEF)	35
4.3.2 Bailleurs de fonds.....	35
4.3.3 Direction de l'Assainissement et du Drainage (DAD).....	36
4.3.4 Organisations Non Gouvernementales (ONG exemple IRC).....	36
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41
ANNEXES	

INTRODUCTION

L'assainissement est un impératif pour assurer un meilleur cadre de vie dans nos sociétés modernes. En effet, la production de déchets, tant liquides que solides est inhérente à l'activité humaine. Par exemple après usage, l'eau propre utilisée devient usée et l'assainissement est le secteur d'activité qui est dévoué à la prise en charge de ces déchets. C'est pour cette raison que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le définit comme l'ensemble des actions qui visent à améliorer toutes les conditions qui, dans le milieu physique de l'homme, sont susceptibles d'influer défavorablement sur sa santé.

L'objectif assigné à l'assainissement a changé à partir de la deuxième moitié du 19^{ème} siècle. On est passé à la vision hygiénique fortement liée à la santé publique en raison de la recrudescence de nombreuses maladies. Ces maladies sont liées soit à un mauvais assainissement (présence d'eaux usées dans la rue, des latrines défectueuses ou inexistantes), soit à un vecteur qui se développe dans les eaux sales ou stagnantes (anophèles), entraînant la transmission oro-fécale (diarrhée, typhoïde, hépatites, choléra etc.), pour les cas plus actuels en Afrique (Sopie, 2007).

De récentes études ont démontré l'importance de l'assainissement pour l'amélioration de la santé et la protection de l'environnement. A la suite d'un sondage effectué auprès de lecteurs de la Revue Médicale Britannique en 2007, l'assainissement a été déclaré « plus grand enjeu médical depuis 1840 » passant ainsi devant les vaccins et les antibiotiques (UNICEF Mali, 2007).

En général, l'assainissement est beaucoup développé dans les grandes villes au détriment des collectivités décentralisées et des localités rurales.

L'assainissement a souvent été en retrait des préoccupations gouvernementales et de celles des donateurs par rapport à l'approvisionnement en eau potable. Cependant, cette situation évolue dans le bon sens puisque les stratégies sectorielles tendent de plus en plus à placer l'assainissement au premier rang des priorités.

Fort de ce constat, dans le cadre de l'année internationale de l'assainissement par les Nations Unies en 2008, le continent Africain, avec l'appui du Conseil Ministériel Africain pour l'Eau et l'Assainissement (AMCOW), a organisé en 2008 à Durban la première conférence AfriSan. Cette conférence régionale a abouti à l'ambitieuse déclaration ministérielle nommée e-Thekwini (nom de la municipalité métropolitaine créée en 2000, incluant la ville Durban). Une des recommandations de cette déclaration e-Thekwini en matière d'assainissement est la promotion des interventions pilotées par les communautés dans un contexte où très peu de pays sont en voie d'atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) en matière d'assainissement. Cette recommandation fait suite aux

résultats obtenus grâce à la stratégie de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) ou Community-Led Total Sanitation (CLTS) en anglais.

L'Assainissement Total Piloté par la Communauté est une approche qui consiste à faire analyser par une communauté rurale ses pratiques en matière de défécation et leurs conséquences sanitaires. Elle suscite ainsi une action collective visant à atteindre et maintenir un état, la Fin de la Défécation à l'Air Libre (FDAL) matérialisé par la construction volontaire de latrines sans subventions extérieures (Kamal, 2008). L'Assainissement Total Piloté par la Communauté est une approche de promotion de l'assainissement largement utilisée dont le but est d'éradiquer la Défécation à l'Air Libre (DAL) en milieu rural et d'améliorer l'état de santé et le bien être des populations. Cette approche réduit considérablement les impacts sociaux négatifs sur la santé d'une communauté, principalement les maladies oro-fécaux (diarrhée, choléra, typhoïde, hépatites, etc.). L'approche Assainissement Total Piloté par la Communauté utilise les outils d'Evaluation Participative en milieu Rural (EPR).

L'Objectif du Millénaire pour le Développement en matière d'assainissement prévoit de réduire de moitié le nombre de personnes privées d'un accès durable à l'eau potable et à un système d'assainissement de base. Cet objectif vise à répondre aux problématiques de santé publique liées au manque d'infrastructures sanitaires. Pour atteindre cet objectif ambitieux dans les communautés rurales en Afrique, l'Assainissement Total Piloté par la Communauté par ses résultats satisfaisants au sein des communautés rurales (centres pilotes) au Bangladesh est une approche de solution palliative à appliquer.

Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) en partenariat avec l'Etat Ivoirien et certaines Organisations Non Gouvernementales (ONG), en occurrence International Rescue Committee (IRC) ont initié cette approche dans des communautés rurales du département de Tiébissou en Côte d'Ivoire.

Le rapport de certification du premier projet initié par l'ONG International Rescue Committee dans le programme Charity water 2 en 2011 fait état d'une proportion de résultats non satisfaisants suite à la mise en œuvre de l'approche dans des localités choisies. En effet, sur quinze communautés rurales choisies, quatre ont été certifiées Fin Défécation à l'Air Libre. En plus, six mois après la certification Fin Défécation à Air Libre, les latrines construites par les communautés rurales certifiées FDAL à Tiébissou sont dans un état dégradé et ne répondent plus d'une part à leur fonction hygiénique et d'autre part au volet pérennisation de l'approche ATPC. De ce constat, nous posons la question suivante : Les communautés rurales s'approprient-elles des latrines traditionnelles construites dans l'approche ATPC ? Si non, comment peut-on expliquer la dégradation des latrines construites dans ces communautés rurales six mois après la certification Fin Défécation à l'Air Libre ? Dès lors, notre hypothèse se présente comme suit : La dégradation des latrines traditionnelles s'explique par une faible

appropriation des communautés rurales de Tiébissou dans le projet Assainissement Total Piloté par la Communauté.

C'est ce problème principal qui a justifié le choix du thème traité dans ce mémoire, qui s'intitule: ***Amélioration des latrines traditionnelles : facteur de pérennisation de l'Assainissement Total Piloté par les Communautés rurales de Tiébissou (Côte d'Ivoire).***

De manière générale, notre travail a pour objectif de rechercher une amélioration de la mise en œuvre de l'approche ATPC dans les localités rurales du département de Tiébissou (Côte d'Ivoire). Cet objectif général se décline en trois objectifs spécifiques dont le premier consiste à relever l'état des latrines construites par les communautés rurales après la certification Fin Défécation à l'Air Libre. Secondairement, les impacts de l'approche ATPC dans ces communautés rurales certifiées fin de la défécation à l'air libre dans la zone d'intervention de l'ONG IRC sont recherchés. Enfin, des recommandations à l'attention de différents acteurs (structures de mise en œuvre, partenaires et bénéficiaires) sont formulées pour une optimisation de l'approche ATPC en Côte d'Ivoire.

Ce mémoire est organisé en quatre chapitres. Tout d'abord, l'importance de l'assainissement et la présentation de l'approche ATPC sont rappelés. Nous verrons d'une part, que l'importance de l'assainissement pour la santé publique va inciter l'UNICEF à faire la promotion de l'ATPC en milieu rural. D'autre part, les différentes étapes de mise en œuvre de l'approche ATPC en milieu rural sont présentées de manière théorique.

Dans le chapitre « Mise en œuvre de l'approche ATPC par l'ONG IRC », nous présentons de manière opérationnelle l'implémentation de l'approche ATPC par l'ONG IRC dans des communautés rurales de Tiébissou (Côte d'Ivoire).

Le chapitre « Méthodologie » décrit les outils et la méthode utilisés pour aborder le thème étudié dans ce mémoire.

Enfin, le chapitre « Résultats et analyses » révèle d'une part, certaines causes de dégradation des latrines traditionnelles et le degré d'appropriation (connaissance sur la Défécation à l'Air Libre et les maladies liées au péril fécal, l'aptitude à utiliser puis améliorer l'état des latrines) des communautés rurales dans l'approche ATPC. D'autre part, il présente des formulations de recommandations à l'endroit des structures telles que le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, les Organisations Non Gouvernementales et les structures Etatiques en charge de l'assainissement pour la pérennisation de l'approche Assainissement Total Piloté par la Communauté.

CHAPITRE 1: PRESENTATION DE L'APPROCHE ATPC

Dans ce chapitre, nous abordons l'importance de l'assainissement, le management de l'UNICEF sur l'assainissement et la protection infantile puis la présentation générale de l'approche ATPC.

1.1 Importance de l'Assainissement

La reconnaissance de l'impact de l'assainissement sur la santé, l'environnement, la réduction de la pauvreté et le développement économique et social a permis aux Nations Unies de déclarer 2008, Année Internationale de l'Assainissement (AIA).

L'initiative AIA a mis en lumière le sérieux de la crise de l'assainissement dans le monde et a relancé les efforts afin d'accélérer la progression vers l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD). Les bénéfices de l'amélioration de l'assainissement et le besoin d'agir se concentrent sur quatre aspects¹ importants tels que la santé humaine, l'économie, la dignité humaine et l'environnement.

1.1.1 Assainissement et santé humaine

Le mauvais assainissement et la mauvaise hygiène sont la cause des maladies. Le manque d'infrastructures en assainissement adéquates (latrines, toilettes) demeure l'une des principales causes de maladies et de décès chez les enfants. L'UNICEF estime que près de deux millions d'enfants meurent chaque année de diarrhées, des maladies qui peuvent pourtant être largement évitées en améliorant les infrastructures d'eau, d'assainissement et d'hygiène. En effet, ces déchets fécaux constituent une source importante de contaminations et de maladies liées à l'eau, dont notamment les maladies diarrhéiques. Des études² réalisées dans plusieurs pays démontrent que la méthode utilisée pour éliminer les matières fécales est l'un des facteurs les plus déterminants pour la survie des enfants. Le passage d'un assainissement médiocre à un assainissement amélioré réduit d'environ un tiers le taux global de mortalité infantile.

1.1.2 Assainissement et Economie

Le secteur de l'assainissement du cadre de vie génère des bénéfices économiques pour les différents intervenants (bailleurs de fonds, structures étatiques, sociétés privés, etc.). L'état de l'assainissement demeure un indicateur profond du développement humain dans toute communauté.

¹ Source : http://www.unicef.org/french/wash/index_43108.html, consulté le 06 janvier 2013.

² Source : *Progrès en matière d'eau potable et d'assainissement*, JMP, 2008.

Un assainissement amélioré apporte également des avantages sur la santé publique, les moyens de subsistance et la dignité. Les hommes en bonne santé sont des sources de création de richesses. Ainsi, l'amélioration de l'assainissement a un impact positif sur la croissance économique et la réduction de la pauvreté. De ce fait, les ménages, les communautés, les gouvernements, les agences d'aide, la société civile et le secteur privé ont les ressources, les technologies et le savoir-faire pour réussir cette amélioration sanitaire.

1.1.3 Assainissement et Environnement

L'assainissement est favorable à l'environnement. Des systèmes sanitaires améliorés pour le stockage des excréta humains protègent la qualité des sources d'eau potable et améliorent l'environnement communautaire.

Selon l'UNICEF, près de 38% de la population mondiale, soit plus de 2.6 milliards de personnes sont toujours dépourvues d'accès à un système d'assainissement amélioré. Environ 18% de la population mondiale pratique la défécation à l'air libre. La figure 1 présente la proportion de la population mondiale utilisant des installations sanitaires dans l'année 2006 (OMS/UNICEF/05, 2010).



Source : Programme Commun de Suivi
OMS/UNICEF/05, 2010

Figure 1 : Proportion de la population mondiale utilisant des installations sanitaires améliorées et non améliorées

1.1.4 Assainissement et Dignité humaine

La défécation à l'air libre et les pratiques non hygiéniques sont souvent considérées comme déshonorantes et dégradantes. L'assainissement contribue à la dignité et au développement social. L'accès des populations à un assainissement adéquat leur permet alors de retrouver l'estime d'eux-mêmes et de leurs voisins. L'assainissement renforce la dignité, la vie privée et la sécurité, surtout pour les femmes. L'importance de l'assainissement ayant été présentée dans les paragraphes

précédents, il est important de présenter les critères de l'assainissement de base « améliorés » ou « non améliorés » au sens des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

1.2 Assainissement de base « améliorés » ou « non améliorés » au sens des OMD

Selon les OMD, un assainissement de base est un assainissement amélioré³. Cela veut dire que les installations hygiéniques empêchant tout contact humain avec les excréta. Cette catégorie inclut :

- Les toilettes/latrines à chasse d'eau raccordée :
 - ✓ à un réseau d'égout,
 - ✓ à une fosse septique,
 - ✓ à des latrines à fosse.
- les latrines améliorées avec fosse ventilée;
- les latrines à fosse avec dalle;
- les latrines à compostage.

Les systèmes d'assainissement « non améliorés » au sens des OMD se réfèrent à l'usage des installations suivantes :

- Les toilettes/latrines à chasse d'eau raccordée à des chasses d'eau pour autre lieu qui ne soit pas:
 - ✓ un réseau d'égout,
 - ✓ une fosse septique et puisard,
 - ✓ une latrine à fosse.
- Latrine à fosse sans plaque/ fosse ouverte.

Selon les critères énoncés par les OMD sur les latrines améliorées et non améliorées, les latrines traditionnelles construites par les communautés rurales dans le cadre des programmes ATPC se trouvent confrontées à un problème de sécurité lié aux matériaux utilisés et les techniques de mise en œuvre. Un questionnaire se fait sur l'adéquation entre la qualité des ouvrages d'assainissement et la santé des populations.

1.3 L'UNICEF et le management de l'assainissement

L'UNICEF insiste de plus en plus sur le problème de l'assainissement. Il élargit ses propres programmes d'assistance aux pays du monde entier et fait des campagnes pour une attention accrue de la part des gouvernements et des bailleurs de fonds partenaires sur cette question. La principale

³ Source : Programme Commun de suivi OMS/UNICEF/05, 2010.

contribution de l'UNICEF consiste à participer à la mise au point des modèles de programmes améliorés et à aider ses partenaires gouvernementaux à mettre en œuvre ces programmes d'amélioration de l'assainissement dans les différentes communautés urbaines et rurales des pays en développement. L'UNICEF joue aussi un rôle actif dans l'amélioration des technologies de l'assainissement tels que le développement et la promotion de latrines économiques, qui dans le même temps se conforment aux critères de sécurité, d'efficacité, de durabilité, d'impact sur l'environnement et d'adaptation à un usage par les enfants.

1.4 L'UNICEF et l'approche ATPC

L'UNICEF préside le groupe de travail ONU-Eau sur l'assainissement, aide à la coordination de toutes les manifestations et activités mondiales de l'initiative AIA. Avec l'OMS, l'UNICEF est responsable du suivi des indicateurs de progrès des OMD en matière d'assainissement dans le monde au moyen du Programme⁴ conjoint de suivi. Selon l'UNICEF, près de 39% de la population mondiale n'ont pas accès à un système d'assainissement amélioré. Si la tendance actuelle se poursuit, la communauté internationale manquera l'OMD relatif à l'assainissement en 2015 de près d'un milliard d'habitants (OMS/UNICEF/05, 2010).

Toutefois, Il faut se réjouir du fait que la défécation à ciel ouvert, la pratique la plus antihygiénique de toutes est en déclin partout dans le monde. Cette pratique est passée sur le plan mondial de 25% en 1990 à 17% en 2008, ce qui représente une diminution de 168 millions des tenants de cette pratique depuis 1990. Elle reste encore très répandue en Asie du Sud, où l'on estime que 44% de la population continue à déféquer à ciel ouvert (OMS/UNICEF/05, 2010).

De nouvelles approches communautaires de la promotion de l'assainissement ouvrent des perspectives prometteuses dans certains pays. Au lieu de se consacrer à la construction de latrines, ces approches mettent l'accent sur l'élimination de la défécation en plein air.

L'UNICEF soutient, dans cinquante (50) pays à travers le monde, l'approche « *Assainissement Total Piloté par la Communauté* » (ATPC).

⁴ Programme conjoint de suivi ou le Joint Monitoring Programme (JMP) est un dispositif officiel du système des Nations Unies, chargé de tenir le Secrétariat général de l'ONU des progrès accomplis en vue de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à l'approvisionnement en eau et l'assainissement. http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/fr/, consulté le 13 janvier 2013.

1.5 Présentation de l'approche ATPC

Dans les lignes suivantes de notre travail, nous présentons la genèse, les progrès, et les étapes de mise en œuvre de l'approche ATPC.

1.5.1 Genèse de l'ATPC ou CLTS

Les origines de l'approche ATPC remontent à l'évaluation du programme traditionnel d'eau et d'assainissement faite par Kamal Kar pour le compte de WaterAid Bangladesh, le partenaire local du Village Education Ressources Center (VERC) et aux travaux qu'il a effectué par la suite au Bangladesh entre la fin de l'année 1999 et l'année 2000.

Pour permettre aux communautés locales d'analyser leurs conditions sanitaires, Kamal Kar a utilisé des méthodes d'Evaluation Rurale Participative (ERP)⁵. Cette manière de procéder a conduit Kamal Kar à la découverte d'une nouvelle approche dénommée Community led Total Sanitation (CLTS) ou Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC).

La démarche a permis aux acteurs impliqués :

- d'intérioriser collectivement le terrible impact de la défécation à l'air libre sur la santé publique et sur tout l'environnement alentour;
- d'initier des actions visant un Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) concernée.

De nombreux facteurs favorables identifiés tels que:

- la démonstration pratique sur la manière dont l'approche ATPC livre rapidement ses fruits sans subventions pour le matériel;
- l'engagement des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé à travers la déclaration selon laquelle l'approche ATPC serait dorénavant l'approche adoptée en matière d'assainissement en milieu rural;
- l'appui du programme (WSP-EAP, Water and Sanitation Program) a entraîné des progrès de l'approche ATPC dans les pays en développement.

⁵ Evaluation Rurale Participative (ERP) ou Méthode Accélérée de Recherche Participative (MARP), souligne davantage la responsabilisation des communautés locales à entreprendre leurs propres évaluations sur un fait. La MARP renferme des outils et méthodes très simples, visuelles et pratiques pour impliquer les gens dans une discussion et analyser leur situation. Ces communautés rurales choisissent les objectifs de l'étude, collectent et analysent l'information et décident en fin de compte de son utilisation.

1.5.2 Progrès de l'ATPC

Saluée comme l'une des avancées les plus décisives de ces derniers temps, cette approche d'assainissement rural s'est répandue très vite à travers le monde:

- en Asie: Inde, Cambodge, Népal, Indonésie, Pakistan, Mongolie, Chine;
- en Afrique: Ouganda, Zambie, Nigeria, Ethiopie, Tanzanie, Kenya, Malawi, Mali, Ghana, Burkina, Sierra Léone, Madagascar, Burundi, récemment Cameroun, Mauritanie, Togo et Côte d'Ivoire;
- au Moyen Orient (Yémen);
- En Amérique du sud : Bolivie.

Suite aux progrès remarquables de l'ATPC dans le monde, il est important de connaître les définitions et le but de l'approche.

1.5.3 Définition et But de l'ATPC

A- Définition de l'ATPC

L'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) est un processus dans lequel, les populations prennent ensemble la décision de créer un environnement propre et hygiénique qui profite à tous par la construction et l'usage des latrines familiales (Kamal, 2008).

B- But de l'ATPC

L'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) vise principalement à susciter un changement dans le comportement sanitaire plutôt qu'à construire des latrines. Cela passe par un processus de sensibilisation sociale stimulé par des facilitateurs à l'intérieur ou à l'extérieur de la communauté (Kamal, 2008).

L'ATPC n'implique pas de subventions en matériels pour les ménages puis se garde de prescriptions pour des modèles de latrines car les subventions ne font qu'induire une attitude de dépendance et d'attente d'aide extérieure.

1.5.4 Etapes de mise en œuvre de l'ATPC

La mise en œuvre de l'ATPC passe nécessairement par six (6) étapes importantes qui sont :

- la formation;
- l'avant déclenchement ou pré-déclenchement;
- le déclenchement;
- l'après déclenchement ou le suivi;

- la certification de fin de la défécation à l'air libre (FDAL).

Ces cinq (05) premières étapes sont nécessaires pour le passage à l'échelle de l'ATPC (la phase post-certification FDAL).

A- Formation

Le manuel sur l'ATPC recommande une mise à niveau de ces compétences par une formation sur l'approche. Le contenu de la formation sur l'ATPC intègre les outils MARP à utiliser et les différentes étapes de l'approche ATPC.

Elle concerne les formateurs de formateurs, les formateurs de facilitateurs et les facilitateurs.

Concernant, les formateurs de formateurs en ATPC, ils forment des formateurs compétents en vue de devenir des formateurs en ATPC. Quant aux formateurs de facilitateurs, ils forment des facilitateurs sur le terrain ou des Agents de terrain qui, après avoir réussi la formation, facilitent le déclenchement de l'ATPC avec les communautés et assurent le suivi.

B- Pré-déclenchement

Cette phase consiste à choisir une communauté afin d'établir de bonnes relations dans le sens d'atteindre l'objectif final, l'étape FDAL. Cette phase permet de ressortir des informations sur l'état initial du cadre de vie des communautés. Ces informations prennent en compte la situation géographique, l'organisation, la démographie, les ouvrages d'assainissement et les infrastructures de la communauté.

Pour réussir la mise en œuvre de l'ATPC, il est important de procéder au déclenchement dans des conditions favorables. Les facteurs favorables au déclenchement du processus de l'ATPC sont d'origines politiques, physiques et socioculturelles.

Concernant le contexte politique, les programmes favorables à la mise en œuvre de l'ATPC prennent en compte, la présence d'un dispositif gouvernemental favorable à l'approche et les communautés exemptées de programmes subventionnés en construction de latrines.

Les facteurs physiques favorables à la mise en œuvre de l'ATPC sont entre autre, les villages reculés des villes et des grandes routes, l'absence de couverture en ouvrages d'assainissement dans la zone voisine et la non protection des sources d'alimentation en eau de boisson.

Enfin, les origines socioculturelles sont relatives aux communautés socialement et culturellement homogènes, la participation aux processus de prises de décisions et l'existence de groupes actifs.

C- Déclenchement

Cette étape consiste à analyser avec la participation de la communauté, le profil sanitaire du cadre de vie. Le déclenchement consiste à stimuler un sentiment collectif de dégoût et de honte chez les membres de la communauté. Cela se fait en confrontant ces personnes à la réalité de la défécation à l'air libre et ses impacts sur la communauté. Il est important de savoir dans la pratique, comment l'auteur Kamal Kar souhaite la suscitation du dégoût par les voies de contamination fécale ?

Le déclenchement comprend six (6) étapes importantes à savoir : la cartographie de la localité, le calcul d'excréments humains, le calcul de dépenses médicales, la marche transversale, la contamination orale-fécale et la décision communautaire. Le déclenchement s'appuie sur une analyse compréhensive par la communauté de la situation sanitaire dans leur propre village. Il se fait en utilisant les outils MARP.

➤ ***La cartographie de la localité***

La cartographie implique la création d'une simple carte de la communauté pour localiser les ménages, les ressources et les problèmes, afin de stimuler la discussion. Il s'agit d'un outil utile pour amener toute la communauté à s'impliquer dans une analyse pratique et visuelle du profil sanitaire.

Dans l'exercice de cartographie, certains membres de la communauté sont invités afin de localiser leur ménage sur la carte. Cela se fait par une marque sur le sol, ou en plaçant une feuille, un caillou, etc. Pendant cette séance, les populations sont invitées à indiquer les latrines qu'ils possèdent. Les zones de défécation à l'air libre sont aussi marquées. Pendant cette phase, le facilitateur ressort par un traceur le courant de fèces humain susceptible d'être drainé dans les mares ou les différents points d'eau, ce qui résulte en leur contamination.

➤ ***Calcul d'excréments humains***

Cette phase de la mise en œuvre de l'ATPC consiste à estimer la quantité d'excrétas humain rejetée dans l'environnement immédiat du cadre de vie des communautés rurales en absence de latrines. Elle vise la perception de l'ampleur de l'environnement immédiat pollué.

➤ ***Calcul de dépenses médicales***

Le calcul de dépenses médicales vise à ressortir par la communauté elle-même les dépenses liées aux soins des maladies contractées par la consommation des aliments et eaux pollués par les excréments humains du fait de la défécation à l'air libre (DAL).

➤ **Marche transversale**

Cette étape de l'approche ATPC consiste à visiter le cadre de vie de la communauté rurale. Elle attire l'attention des populations rurales sur l'ampleur de la dégradation de leur cadre de vie due aux pratiques de la Défécation à l'Air Libre.

➤ **Contamination orale-fécale**

Pendant l'animation du déclenchement le facilitateur démontre des contaminations possibles entre les aliments consommés et les excréments humains. Cette contamination s'effectue via les outils MARP (exemple de la contamination des aliments consommés par les excréments humains transportés par les mouches et autres animaux domestiques).

➤ **Décision communautaire**

L'aspect clé du processus de déclenchement de l'ATPC est atteint lorsque la communauté arrive à une prise de conscience collective du dégoût que procure la défécation à l'air libre. Ceci continuera tant qu'ils ne mettront pas fin à la défécation à l'air libre à 100%. À ce point, les débats sont habituellement enflammés et les discussions commencent au sein de la communauté afin de mettre fin à la défécation à l'air libre.

Les populations ayant les réactions de « Gratter une allumette dans une station » ou « flammes prometteuses » sont favorables aux changements de comportements.

Pour ces communautés favorables aux changements de comportement, il est important de définir une aide à la planification et le contrôle communautaire.

La bonne mise en œuvre du processus de l'ATPC ne peut se faire sans l'implication des leaders naturels.

❖ **Leaders naturels**

Dans le cadre de l'ATPC les leaders naturels appelés encore leaders communautaires sont les chefs de village et toutes personnes ayant des compétences au service de la communauté tels que les sages-femmes, les leaders religieux, les enseignants et autres. Les leaders naturels influencés par l'intérêt de l'approche assurent la réalisation et l'extension du mouvement dans leur sphère local.

D- Après déclenchement ou le suivi

Lorsque le déclenchement est achevé, la planification des actions par la communauté est entreprise avec un encadrement extérieur intelligent. Le suivi doit se faire au bout d'**une semaine** ou **deux** et sur **trois mois au plus**. C'est la phase de suivi du processus qui conduit à la phase FDAL. Cette phase est

constituée de l'encouragement et la planification des actions communautaires. La planification des actions communautaires consiste à former un comité d'action pour l'assainissement qui regroupe les groupes de personnes du village. L'encouragement consiste à effectuer des visites auprès des localités afin de leur témoigner leur intérêt et apprécier le travail en cours. Le déplacement des autorités gouvernementales permet parfois l'accélération du processus. Ces visites peuvent stimuler le moral et renforcer l'action des membres de la communauté dans le processus de fin de la défécation à l'air libre.

Le suivi se réalise par une équipe ayant participé à des formations préalables. Cette planification d'actions (fixation des dates, heures et objets des visites) permet de pallier à la dispersion du dynamisme de la communauté. Le déclenchement sous toutes ses formes (au sein d'une communauté ou par un atelier de formation etc.) sans suivi n'est pas conseillé.

Pendant le suivi, les changements positifs (le recule des maladies diarrhéiques, la diminution des dépenses de santé, la diminution du nombre de mouches, le renforcement des sanctions communautaires contre la DAL, etc.) ou négatifs doivent être relevés en vue de proposer des mesures correctives du manuel ATPC.

Lorsque ces indicateurs de progrès sont relevés au sein d'une communauté, celle-ci peut subir son examen de certification FDAL par un groupe d'inspection.

E- Certification FDAL

La vérification de l'état FDAL est une activité clé du processus ATPC. Elle suppose une inspection destinée à évaluer si une localité est affranchie de la défécation à l'air libre. La certification est la confirmation de l'état FDAL et sa reconnaissance officielle (Kamal, 2008).

Pour garantir des normes de validation de l'état FDAL le groupe d'inspection est composé de l'UNICEF, le personnel des ONG, le personnel des départements ministériels, etc.

La certification FDAL est une phase déterminant du processus de mise en œuvre de l'ATPC. Lorsqu'une communauté rurale est certifiée FDAL, elle incite la confiance des acteurs de développement pour les éventuels projets en milieu rural.

F- Passage à l'échelle ou le post-FDAL

Le passage à l'échelle consiste à assurer le suivi et contribuer à l'amélioration des ouvrages sanitaires une fois que le changement de comportement est acquis par les communautés rurales.

Dans ce chapitre de notre travail, nous avons d'abord présenté, l'assainissement comme une réponse pour la réduction des maladies liées aux périls fécaux. Ensuite, nous avons relevé l'intérêt que l'UNICEF accorde à l'assainissement de manière générale et spécifiquement à l'assainissement en milieu rural. Enfin, l'approche ATPC a été présentée de manière opérationnelle.

CHAPITRE 2: MISE EN ŒUVRE DE L'ATPC PAR L'ONG IRC DANS LE DEPARTEMENT DE TIEBISSOU (COTE D'IVOIRE)

Cette partie du travail présente, le processus de mise en œuvre de l'ATPC exécuté par l'Organisation Non Gouvernementale IRC par rapport aux recommandations du Manuel de l'ATPC (Kamal, 2008).

2.1 Présentation de la structure d'Accueil

L'International Rescue Committee (IRC) est une Organisation Non Gouvernementale volontaire sans but lucratif et non sectaire fournissant l'aide aux personnes affectées par la guerre ou la répression. Les programmes de l'IRC assurent la promotion, l'autonomie des personnes déplacées et des populations d'accueil à travers la santé publique, l'assainissement, l'abri, la réhabilitation, et les programmes d'éducation. L'IRC est au service des populations dans plus de 30 pays en Europe, Afrique et Asie. L'IRC est engagé à la liberté, la dignité et l'autosuffisance humaine. Cet engagement est reflété dans l'assistance d'intégration bien planifiée, des secours d'urgence à travers le monde, la réhabilitation, et le plaidoyer.

2.2 Présentation de la zone d'étude : Tiébissou (Côte d'Ivoire)

Tiebissou est une ville et un département de la Côte d'Ivoire. Elle est située au centre du pays, dans la région des lacs. Tiébissou est une division administrative et les coordonnées géographiques sont Latitude: 7°16' Nord et Longitude: 5°17' Ouest. La figure suivante présente le département de Tiébissou et les localités dans lesquelles nous avons effectué ce travail.

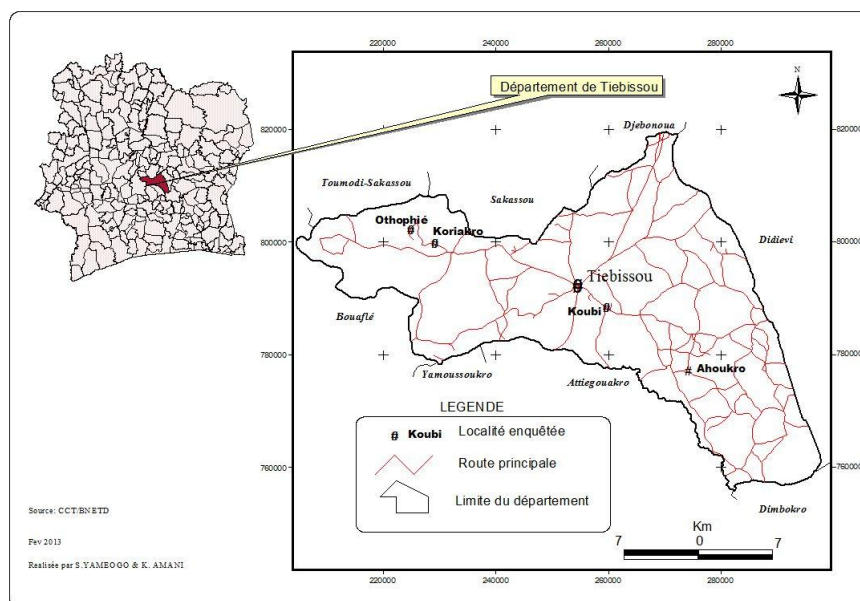


Figure 2 : Situation géographique de la zone d'étude (source : CCT-BNETD)

2.3 Niveau de vie actuel de la zone d'étude

Selon l'Enquête de Niveau de Vie (ENV 2008)⁶, la pauvreté, après avoir augmenté de 10% à 33,6% entre 1985 et 1998 du fait des programmes d'ajustement structurels (PAS), poursuit sa hausse et atteint 48,9% en 2008 en raison des crises politiques et militaires successives depuis 1999. Elle a été mesurée à travers sa dimension monétaire qui s'appuie sur l'indicateur de bien-être et le seuil de pauvreté, dépassant ainsi les revenus formels.

Cette mesure a permis d'identifier comme pauvre en 2008, toute personne qui a une dépense de consommation inférieure à 661 FCFA par jour, soit 241 145 FCFA par an. Aujourd'hui, une personne sur deux est pauvre contre une personne sur dix en 1985, et le nombre de pauvres a été multiplié par 10 en l'espace d'une génération.

En outre, la pauvreté est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain. Le taux de pauvreté est passé en milieu rural de 15% en 1985 à 49% en 2002 puis à 62,45% en 2008. La progression de la pauvreté en 2008 est moins importante dans la ville d'Abidjan, avec 21%, alors que dans le reste du pays, la moyenne est autour de 57%. En 2008, huit (8) zones de développement sur dix ont un taux de pauvreté supérieur à 50% contre quatre (4) en 2002. Parmi ces zones, celle du Nord est la plus touchée par le phénomène de pauvreté avec près de 4 pauvres sur 5 personnes en 2008, soit près de 80% de pauvres. Cette zone est suivie par celle de l'Ouest (63,2%), du Centre-Ouest (62,9%), du Nord-Ouest (57,9%), du Nord-Est (54,7%) et du Centre-Nord (57,0%), zone de notre présente étude (Toh, 2009).

2.4 Description du cadre institutionnel, réglementaire et financier de l'assainissement

2.4.1 Cadre institutionnel

Le cadre institutionnel de l'assainissement en milieu rural de la Côte d'Ivoire est déterminé par les relations entre les acteurs présents dans le diagramme de VENN suivant (figure 3).

⁶ **Source** : Enquête sur le Niveau de Vie des ménages 2008 [CIV-INS-ENV-2008-V01].

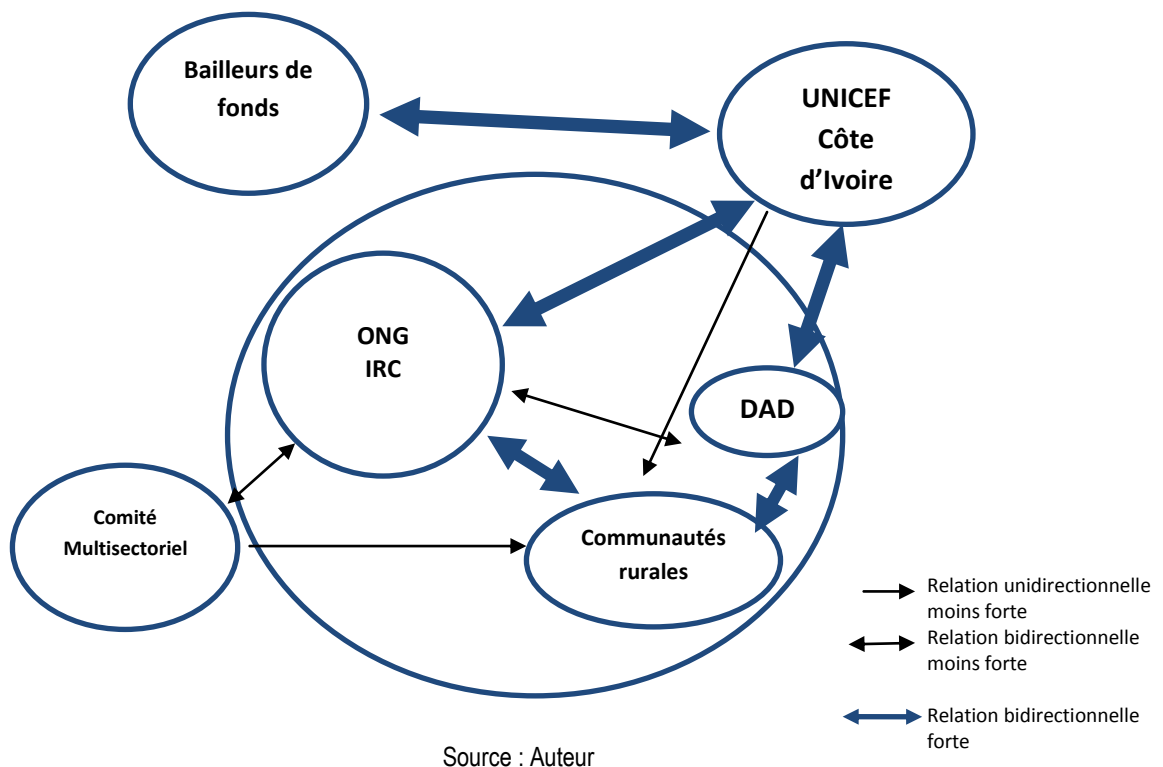


Figure 3 : Acteurs intervenant dans l'assainissement en milieu rural (Côte d'Ivoire)

Les Bailleurs de fonds orientent vers l'UNICEF des financements pour l'exécution des projets. L'UNICEF coordonne la gestion des financements à travers certaines Organisations Non Gouvernementales. Elle assure principalement la coordination de la promotion des modèles de programmes améliorés en assainissement. Elle coordonne aussi les actions de la Direction de l'Assainissement et du Drainage (DAD) et certaines ONG dans les différentes communautés rurales.

Concernant l'Etat de Côte d'Ivoire, il est représenté par la Direction de l'Assainissement et du Drainage (DAD). La Sous Direction de l'assainissement en milieu rural veille à l'élaboration des programmes d'assainissement conformément aux documents contractuels, assure des programmes de formation sur l'approche ATPC et participe à la certification des villages FDAL.

Certaines ONG (IRC, Croix rouge, PLAN etc.) jouent le rôle de structures de mise en œuvre. Elles assurent la facilitation en milieu rural, coordonnent les plans d'action et assurent le suivi des actions planifiées par les communautés rurales.

Enfin, le Comité d'accompagnement multisectoriel (sous-préfets, conseils généraux, directeurs départementaux de la santé, de l'éducation etc.) joue un rôle d'appui communautaire lors des programmes d'assainissement en milieu rural.

Ce cadre institutionnel de l'assainissement en milieu rural présenté ci-dessus ne peut être exécuté que dans un cadre réglementaire formalisé.

2.4.2 Cadre réglementaire

Le cadre réglementaire de l'assainissement en milieu rural est marqué par les documents de contrats⁷ en absence de décret d'application.

A- Les Décrets

La revue du progrès des Objectifs du Millénaire pour le Développement de la Côte d'Ivoire recommande l'application du code de l'environnement pour freiner la dégradation de l'environnement.

Pour ce qui régit le secteur de l'assainissement en milieu urbain (ville d'Abidjan) deux (02) décrets d'application relatifs au contrat d'affermage ont été signés entre l'Etat de Côte d'Ivoire et la SODECI. Ces décrets sont entre autres :

- Décret N99-257 du 25 mars 1999 portant approbation du contrat d'affermage pour l'entretien et l'exploitation des réseaux et ouvrages d'assainissement ;
- Décret N99-258 du 25 mars 1999 portant redevance assainissement applicable aux usagers du service public d'assainissement.

Cependant aucun décret d'application n'est prévu pour l'assainissement dans les collectivités locales et rurales.

B- Les documents contractuels

Nous notons les documents contractuels tels que les cahiers de charges et règlements de service qui définissent clairement les responsabilités des parties contractantes (Etat de Côte d'Ivoire, sociétés privés, ONG etc.).

2.4.3 Cadre financier

Le financement des projets d'assainissement en milieu rural sont effectués par des financements issus des bailleurs de fonds. Ces financements sont orientés vers l'UNICEF qui assure la gestion en partenariat avec les ONG via certaines projets « latrines de démonstration » ou les « approches Assainissement Total Piloté par les Communautés (ATPC) ».

⁷ Cf rapport final, profil environnemental de la Côte d'Ivoire, Août 2006

2.5 Mise en œuvre de l'ATPC par IRC

Dans cette partie du travail, les phases de mises en œuvre de l'approche ATPC par l'ONG IRC. Les étapes telles que la formation, le pré-déclenchement, le déclenchement, le suivi post-déclenchement et la certification sont présentées.

2.5.1 Formation

Pour renforcer ses compétences sur l'ATPC, IRC a effectué une formation de mise à niveau des connaissances du personnel sur l'approche ATPC. Le personnel technique de la section WASH de l'ONG IRC et le sous-préfet de Tiébissou ont été formés sur la mise en œuvre de l'approche ATPC en milieu rural. Bien que le sous préfet soit invité à cette formation, nous notons l'absence du personnel technique du district sanitaire de Tiébissou qui devrait jouer un rôle remarquable dans le comité multisectoriel qui accompagne la mise en œuvre de l'approche.

2.5.2 Pré-déclenchement

Cette phase du processus de l'ATPC est mise en œuvre par IRC. Elle est réalisée à l'aide d'un formulaire (voir annexe 1) qui renferme certaines informations utiles pour le pré-déclenchement. Les données relatives à la démographie, la localisation des communautés par rapport aux villes, les données sanitaires (assainissement, eau potable), les infrastructures (écoles ; centre de santé etc.) sont relevées par IRC via la fiche de pré-déclenchement. Ces données permettent à IRC de faire la sélection des communautés pour l'exécution de l'approche ATPC.

2.5.3 Déclenchement

Le Déclenchement du processus de l'ATPC est une phase importante dans la mise en œuvre de l'approche. Dans le cadre du programme Charity water 2, des séances de déclenchements de l'approche ATPC ont été effectuées. Il est de même pour le nouveau programme Eau-Assainissement dénommé « EA038 » où des séances de déclenchement du processus ATPC sont effectuées par IRC. Ces séances se sont déroulées au cours de la formation pratique assurée par la Direction de l'Assainissement et du Drainage (DAD) du 18 au 29 juin 2012.

Certains outils tels que : la cartographie, le calcul des dépenses médicales, la marche transversale, la contamination excrément humain-nourriture et la décision communautaire ont été déroulés pendant cette phase pratique.

La photo 1 est une image qui présente la décision communautaire après le déroulement des outils MARP dans une communauté rurale de Tiébissou.



Photo 1 : Décision communautaire de réalisation de latrine après les outils MARP

2.5.4 Suivi post-déclenchement

Le suivi post-déclenchement est l'étape ultime qui conditionne la réussite de l'approche quand il est bien mené. Dans le cadre des deux (02) programmes Charity water 2 et EA038 IRC a effectué un suivi après le déclenchement de l'ATPC dans les localités choisies. Des programmes de suivi ont été élaborés et proposés dans le cadre du programme EA 038.

2.5.5 Certification

La certification FDAL est une phase déterminante du processus de mise en œuvre de l'ATPC. L'évaluation doit être faite trois (03) à six (06) mois après le déclenchement. Dans le cadre du programme Charity water 2 piloté par IRC, les quatre (04) villages à l'étude ont été certifiés FDAL et l'évaluation a été faite un (01) an après le déclenchement.

2.5.6 Passage à l'échelle

Le passage à l'échelle consiste à assurer le suivi et contribuer à l'amélioration des ouvrages sanitaires une fois que le changement de comportement est acquis par les communautés rurales. Dans son processus de mise en œuvre de l'ATPC, IRC n'effectue pas de suivi post-certification. Cela est considéré comme un écart dans l'application de l'approche ATPC. L'analyse que nous tirons de la description de l'approche ATPC mise en œuvre par l'ONG IRC est présentée dans le tableau suivant.

TABLEAU 1 : Analyse comparative de la mise en œuvre de l'approche ATPC

Source : Auteur

Différentes Etapes de Mise en Œuvre de l'ATPC	Actions menées par IRC dans les projets passés	Actions correctives selon la Manuel ATPC (Kamal Kar)
1. Formation ou Acquisition de connaissances sur l'ATPC	<p>1. Formation sur l'ATPC après le pré-Déclenchement,</p> <p>- La formation rassemble des participants qui ont une fonction de mise en œuvre et de suivi (ONG ; DAD), <i>sans impliquer</i> les autres Agents d'accompagnement (les Conseils généraux, sous-préfets, les Maires, les Directeur de District sanitaire, de l'éducation etc.)</p>	<p>1. Formation sur l'ATPC avant le pré Déclenchement souhaité, afin d'acquérir des connaissances pour réussir les différentes étapes de l'approche, notamment connaître tous les critères de choix des villages, facteurs de succès de l'ATPC ;</p> <p>- La formation doit rassembler des Formateurs, des Responsables de structures de mises en œuvre (ONG exemple IRC, etc.), des facilitateurs, les autres Agents d'accompagnement (Sous-préfets, Directeur de District sanitaire).</p>
2. Le Pré-Déclenchement	<p>2. Dans la phase du pré-Déclenchement, IRC utilise une fiche qui ne renferme pas toutes les informations nécessaires pour le bon choix des localités. Donc, de nombreuses localités choisies par IRC pendant cette phase étaient des localités à majorité « qualifiés de Villages à défis » selon le Manuel ATPC.</p>	<p>2. Les données préalables pour le choix des localités dans l'approche ATPC intègrent les aspects politiques, physiques et socio-culturels. Certaines informations complémentaires recommandées selon le Manuel ATPC et le Guide du Mali sur l'ATPC ont été proposées (voir annexe 2).</p>
3. Le Déclenchement	<p>3. Le Déclenchement est effectué dans les localités sélectionnées par IRC.</p>	<p>3. Le déclenchement comprend six (06) étapes de déroulement des outils importantes selon le Manuel ATPC. Ces étapes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la cartographie des zones de défécation, -le calcul d'excréments humains, -le calcul de dépenses médicales, -la marche transversale (marche de la honte), -la contamination orale-fécale, -et la décision communautaire.

4. Le suivi Post –Déclenchement	<p>4. Le suivi post déclenchement est effectué Par IRC dans les projets précédents. Cependant, la dispersion des localités et surtout, le taux de couverture (Nombres de villages par Agent) qui a été d'environ 12 à 15 villages/Agent était jugé faible.</p> <p>Dans les projets précédents, le comité d'accompagnement multisectoriel (IRC, sous-préfets, conseils généraux, directeurs départementaux de la santé, de l'éducation etc.) n'a pas été mis en place pour booster les actions communautaires après le déclenchement.</p>	<p>4. Le suivi post-Déclenchement est l'étape ultime qui conditionne la réussite de l'approche quand il est bien mené. Ainsi, Faire un suivi au moins une fois chaque semaine pendant le premier mois qui suit le déclenchement. A partir du deuxième mois, faire un suivi au moins 1 fois, chaque deux semaines jusqu'à l'état FDAL ; Partant sur la base de 1 visite par semaine : Le taux de couverture dans la semaine devrait être : 1 Agent pour 4 Villages pendant le premier mois et 1 Agent pour 8Villages pendant le deuxième mois.</p> <p>Chaque village déclenché doit élaborer, sous la supervision de l'Agent de suivi, un plan d'action de réalisation des latrines.</p> <p>Le suivi en question doit être un suivi conseil et d'encadrement associé à des séances de promotion à l'hygiène (hygiène du, de milieu, corporel, alimentaire, de l'eau).</p>
5. La certification FDAL	5. Dans le cadre du programme Charity Water 2, deux (04) villages sur quinze (15) ont été certifiés FDAL et l'évaluation a été faite 1 an après le déclenchement.	5. La certification FDAL est une phase déterminante du processus de mise en œuvre de l'ATPC. l'évaluation doit être faite 3 à 6 mois après le déclenchement.
6. Le suivi FDAL ou le passage à l'échelle	6. IRC n'effectue pas de suivi post- certification.	6. Le passage à l'échelle consiste à assurer le suivi et contribuer à l'amélioration des ouvrages sanitaires une fois que le changement de comportement est acquis par les communautés rurales.

Dans ce chapitre, le processus de mise en œuvre de l'ATPC par l'ONG IRC a été présenté dans les villages certifiés FDAL du département de Tiébissou. Dans le chapitre suivant nous présentons la méthodologie adoptée pour accomplir notre travail.

CHAPITRE 3: METHODOLOGIE

Comme approche nous avons adopté la méthodologie suivante : la revue de littérature sur l'approche Assainissement Total Piloté par la Communauté et les Objectifs du Millénaire pour le Développement, des interviews semi-structurées en groupes de discussion, des questionnements individuels par une enquête de connaissances, aptitudes et pratiques (CAP)⁸ dans ces localités certifiées Fin Défection à l'Air Libre du département de Tiébissou.

3.1 Revue de littérature

Pour réaliser ce travail, une revue de littérature a été effectuée premièrement sur les avantages de l'assainissement dans le développement. Nous avons mis un accent sur la viabilité des latrines acceptées par les critères dits « améliorés » ou « non améliorés » des OMD en matière d'assainissement. Secondairement, les différentes parties de mises en œuvre de l'approche ATPC telles que, le pré-déclenchement, le déclenchement, l'après déclenchement, la certification FDAL et le passage à l'échelle ont été abordés de manière détaillée.

3.2 Impact de l'ATPC sur les populations des villages certifiés FDAL

Pour avoir une idée de l'impact de l'ATPC sur les communautés rurales certifiées FDAL et la durabilité des latrines traditionnelles construites, nous avons effectué un diagnostic sanitaire dans ces communautés. Pour ce faire, nous avons effectué un stage de mise en situation professionnel de dix semaines au sein de l'ONG IRC. Pendant nos travaux, nous avons dirigé interviews semi-structurées en groupe de discussion (annexe 4) avec les communautés rurales. Nous avons ensuite effectué des interviews semi-structurées avec certains responsables de structures (responsables d'ONG IRC, chef de projet ATPC de la Direction de l'Assainissement et du Drainage puis le directeur du district sanitaire) intervenant dans la mise en œuvre de l'ATPC. Nous avons enfin, renseigné des questionnaires individuels fermés d'enquêtes CAP (annexe 2) avec des membres de communautés rurales certifiées FDAL.

L'enquête dans les ménages s'est déroulée du 15 Juin au 22 juillet 2012 (cinq semaines) dans l'ensemble des quatre villages (Koubi, Ahoukro, Othophié et Koriakro) du département de Tiébissou. Elle a été découpée en deux grands temps d'activités spécifiques. Un premier temps de quatre

⁸ Une enquête CAP : est une méthode de type quantitatif (questions prédéfinies et formatées dans des questionnaires standardisés) qui donne accès à des informations quantitatives et qualitatives.

Le but des **méthodes quantitatives de collecte de données** est de quantifier et de mesurer un phénomène grâce à l'utilisation de questionnaires et au traitement statistique des informations collectées.

semaines d'enquête par questionnaires individuels dans certains ménages des villages certifiés FDAL. Dans un second temps, une semaine d'activités dédiées à la tenue de groupes de discussion dans ces villages et des interviews auprès des différents partenaires du projet ATPC (Responsables de l'ONG IRC, Chef de projet ATPC de la Direction de l'Assainissement et du Drainage puis le Directeur du District Sanitaire).

3.2.1 Outils

Pour effectuer notre étude, nous avons utilisé deux types de questionnaires qui sont le questionnaire individuel d'enquête CAP (annexe 2) et le questionnaire d'interview semi-structurée (annexe 4). Dans le cadre des sept étapes de l'approche PHAST⁹ de planification communautaire pour la prévention des maladies diarrhéiques, les deux enquêtes citées ci-dessus, visent à la mise en œuvre des deux premières étapes d'identification (histoires communautaires, problèmes de santé dans la communauté) et d'analyse des problématiques (réalisation des cartes communautaires, pratiques d'hygiène, mode de transmission des maladies).

Toutefois, afin de faciliter l'enquête CAP, nous avons harmonisé le questionnaire de l'OMS/UNICEF¹⁰ qui permet d'appréhender l'avancée dans la cible assainissement des Objectifs du Millénaire pour le Développement. En effet, le Programme conjoint de suivi OMS/UNICEF pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement a développé un ensemble de questions harmonisées qui a pour objectif de résoudre des problèmes de besoins en eau et d'assainissement.

3.2.2 Méthodes

Les méthodes utilisées dans ce travail visent d'abord à ressortir par une enquête CAP les informations quantitatives sur les connaissances, aptitudes et pratiques des populations sur l'approche ATPC, la gestion des latrines traditionnelles construites ainsi que leur durabilité. Enfin, les interviews semi-structurées en groupe de discussion ont favorisé une remontée d'informations plus qualitatives en termes d'ingénierie sociale et des problématiques individuelles dans la durabilité des latrines traditionnelles construites.

⁹ PHAST: Participatory Hygiene and Sanitation Transformation ou Action participative pour la transformation de l'hygiène et de l'assainissement: Approche participative pour enrayer les maladies diarrhéiques. Cette approche participative qui permet d'aider les collectivités à lutter contre les maladies diarrhéiques grâce à une amélioration de leurs conditions de vie et à une meilleure gestion de leurs moyens d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

¹⁰ OMS/UNICEF : *Core questions on drinking-water and sanitation for household surveys*, the WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation, 2008, traduction non-officielle

A- Enquêtes CAP

Avant le démarrage de notre enquête, nous avons également défini la «taille souhaitée de l'échantillon», c'est-à-dire le nombre de répondants minimum à interroger afin de pouvoir généraliser les résultats obtenus.

Selon le recensement démographique de 2010, ces quatre (04) villages Koubi, Ahoukro, Othophié et Koriakro dans le département de Tiébissou ont respectivement les populations estimées à 582; 173; 260; et 140 soit 1155 habitants pour 85 ménages. Ces quatre villages Koubi, Ahoukro, Othophié et Koriakro ont respectivement 42 ; 13 ; 20 et 10 ménages. La densité de la population est estimée à 13 habitants par ménages.

Dans ce travail, nous avons effectué un sondage au sein de ces communautés rurales. Notre échantillon est déterminé sur la base du nombre de ménages qui est de quatre vingt cinq (85). Cela s'explique par la présence d'une latrine par ménage. Nous avons choisi de travailler sur la totalité des ménages (quatre vingt cinq) dans un premier temps. Pendant le déroulement de ce travail, les difficultés rencontrées sur le terrain ont permis de limiter notre échantillon à soixante (60) ménages. Notre cible concerne les populations de tranches d'âges (adolescents (inférieure à 18 ans), jeunes (de 18 à 35 ans) et adultes (de 35 ans et plus) dans un ménage. Le nombre de ménages étant de soixante (60) et la cible par ménage étant aussi de trois (3) tranches d'âge par ménage, notre échantillon utilisé est de cent quatre vingt (180) personnes à interroger. Pour une représentativité de la population des quatre villages à l'étude dans l'échantillon défini, la population a été regroupée en grappe¹¹ (une grappe pour un village). La taille de chaque grappe est représentée par 16% de la population du village qui lui est affectée. La taille des grappes formées pour les villages de Koubi, Ahoukro, Othophié et Ahoukro sont respectivement 93; 27; 39 et 21 habitants soit 31 ; 9 ; 13 et 7 ménages.

Pendant le renseignement des questionnaires dans chaque village, nous avons répartis le nombre de questionnaire en trois selon les tranches d'âges des populations (adolescents (inférieure à 18 ans), jeunes (de 18 à 35 ans) et adultes (de 35 ans et plus). Ce travail a pris en compte des tranches d'âges des populations afin de ressortir les connaissances des différentes tranches d'âges sur la question de l'assainissement et l'hygiène.

¹¹ Grappe : l'échantillonnage par grappes consiste à regrouper la population en sous-ensembles. Chaque sous-ensemble est représentatif de la population mère. L'OMS en 1990 a démontré qu'on pouvait obtenir des résultats fiables en se basant sur une sélection de 30 grappes, depuis cette base est devenue la norme de référence pour les enquêtes CAP.

Pour effectuer cette enquête CAP, nous avons élaboré un questionnaire fermé (voir annexe 2). Ce questionnaire présente les informations afférentes aux critères d'analyse que sont:

- Facteurs de dégradation des latrines traditionnelles (qualité de matériaux, suivi dans la mise en œuvre et la sécurité);
- Aptitudes à utiliser les latrines;
- Aptitudes à vider et améliorer l'état des latrines;
- Connaissances sur la Défécation à l'Air Libre (DAL);
- Connaissances sur les impacts tels que les maladies liés à la DAL;
- Pratiques d'arrêt de la DAL;
- Pratiques d'hygiène (lavage des mains).

Au terme de l'enquête, un comptage numérique des critères énumérés ci-haut a été effectué selon les réactions des tranches d'âges de l'échantillon prélevé dans la population. Ces informations ont été analysées sous le logiciel Microsoft Office Excel 2007 et le calcul de pourcentage des critères énumérés ci-haut ont permis de présenter les résultats (voir chapitre résultats). La photo 2 présente un entretien individuel lors de notre enquête CAP.



Source : Auteur

Photo 2 : Entretien individuel enquête CAP dans le village KOUBI (Tiébissou)

Enfin, pour révéler des informations relatives à la durabilité des latrines traditionnelles construites, un diagnostic des ouvrages a été effectué. Une partie du questionnaire d'enquête CAP prévoit des données relatives à l'état et la superstructure des latrines (dalle au sol, clôture) ainsi que la sécurité des ouvrages. Ce diagnostic nous a permis de situer ces latrines par rapport aux critères dits « améliorées » et « non améliorées » des OMD sur la cible assainissement.

B- Interviews semi-structurées

Des interviews avec des groupes de discussion ont été réalisées auprès des communautés rurales et certains acteurs intervenant dans l'accompagnement et la mise en œuvre de l'approche ATPC.

➤ Communautés villageoises

Dans les quatre villages certifiés FDAL, nous avons dirigé des interviews semi-structurées en groupe de discussion avec des hommes et des femmes. Cette activité a été menée autour de deux grands thèmes que sont **les maladies diarrhéiques liées au péril fécal et l'usage des latrines traditionnelles** puis **la durabilité de ces latrines**.

Concernant le premier thème relatif **aux maladies diarrhéiques liées au péril fécal et l'usage des latrines traditionnelles**, le but était de susciter la réflexion des femmes et des hommes sur leur environnement direct et la dégradation éventuelle de celui-ci quand les ouvrages d'assainissements autonomes tels que les latrines ne sont pas utilisés. Ce thème ressortait aussi les possibilités de contraction des maladies diarrhéiques quand les populations pratiquent la défécation à l'air libre.

Quant au second thème relatif à la **durabilité des latrines traditionnelles construites**, il visait à ressortir la capacité des populations villageoises à assurer l'entretien voir l'amélioration des latrines traditionnelles construites.

Au total chaque groupe était composé de 10 personnes en moyenne, ce qui nous a permis de rencontrer près de quatre vingt personnes sur ces quatre villages (deux groupes par village).

➤ ONG, DAD, Districts sanitaires

A ce niveau, nous avons recueilli leurs avis concernant l'intérêt de l'approche ATPC sur les communautés villageoises et la construction suivi de l'entretien des latrines par les populations villageoises. Ces entrevues avaient pour objectifs de relever la faisabilité sans apports de subventions extérieures en matériels et matériaux de construction des latrines par les communautés villageoises après la phase de déclenchement de l'approche ATPC.

C- Composition de l'équipe

L'enquête sur l'évaluation de l'impact de l'ATPC dans les villages FDAL a été menée par un étudiant de l'Université Senghor Alexandrie (Ingénieur en eau et assainissement) appuyés par des agents de IRC (Coordonnateur National WASH ; les Managers WASH Yamoussoukro et Man ; le Superviseur WASH Yamoussoukro et les agents de terrain de l'ONG ASAPSU).

Ce chapitre rappelle les matériels et méthodes utilisés pour mener notre travail. Nous présentons les résultats de notre travail dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 4 : RESULTATS ET ANALYSES

Cette partie du travail présente d'abord quelques facteurs de dégradation des latrines construites par les communautés rurales, ensuite l'impact de l'approche ATPC sur ces communautés rurales certifiées FDAL, enfin la formulation des recommandations à l'attention de différents acteurs pour une optimisation de l'approche ATPC en Côte d'Ivoire.

Les résultats et analyses de l'enquête se rapportent aux aspects suivants :

- Facteurs de dégradation des latrines traditionnelles (la qualité de matériaux utilisés, l'assistance technique au cours de la construction et la sécurité);
- Aptitudes à utiliser les latrines;
- Aptitudes à vider et améliorer l'état des latrines individuelles;
- Connaissances sur la Défécation à l'Air Libre (DAL);
- Pratiques d'arrêt de la DAL;
- Connaissances sur les impacts (maladies ; odeurs etc.) liés à la DAL;
- et Pratiques d'hygiène (lavage des mains).

Pour ces aspects, des informations tirées des interviews semi-structurées en groupe de discussion ont permis de justifier qualitativement certaines informations issues de l'enquête CAP.

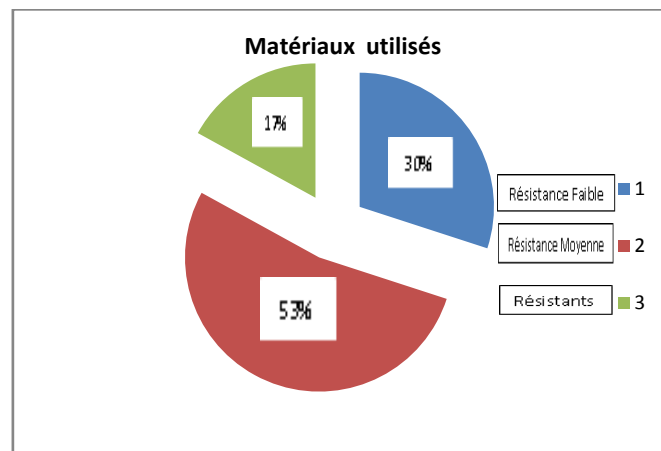
4.1 Facteurs de dégradation des latrines traditionnelles

Dans les lignes suivantes de notre travail les matériaux utilisés et le suivi dans la réalisation des latrines sont présentés.

4.1.1 Matériaux utilisés

Par des observations directes des latrines lors du renseignement des questionnaires individuels de l'enquête CAP effectuée dans les ménages, sur soixante (60) latrines observées, trois (3) disposent d'un toit traditionnel, dix (10) disposent d'une dalle en ciment contre cinquante (50) en terre battue et la totalité (60) ont une clôture. Les interviews en groupe de discussion et les observations directes (enquête CAP) menées pendant nos travaux ont révélé l'utilisation d'une proportion importante de matériaux susceptibles d'avoir une résistance moindre dans la construction des latrines traditionnelles. Ces matériaux sont en majorité constitués de ressources locales en occurrence le bois. La constitution des dalles au sol de couverture sont dominées par la terre battue. Les clôtures sont réalisées en film polyane (polyéthylène basse densité) ou en feuilles de palme peu résistantes sous l'action des intempéries. Ces ouvrages réalisés sont encore loin des critères dits « améliorés » au sens des OMD.

La figure 4 présente les proportions de matériaux de résistances variables utilisées dans la construction de soixante (60) latrines traditionnelles dans l'approche ATPC.



Source : Auteur

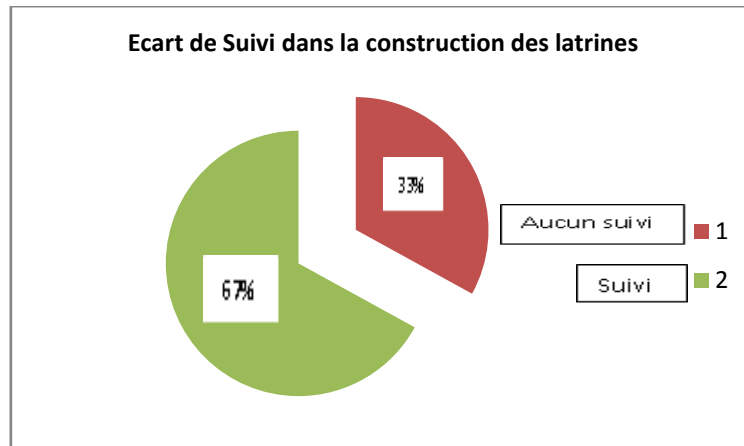
Figure 4 : Proportion de Matériaux utilisés en fonction de la résistance

En plus des matériaux de moindres résistances utilisés, nous notons un suivi technique qui ne couvre pas la quasi-totalité des ménages des villages FDAL à l'étude.

4.1.2 Ecart de suivi dans la construction des latrines

Nous notons un apport en assistance technique de l'ONG IRC dans le suivi de la construction des latrines pour l'ensemble des ménages. Sur la totalité des ménages visités, 67% des latrines ont été suivies par les comités villageois sous la supervision de l'ONG IRC. Cependant, une proportion considérable (33%) de latrines traditionnelles de certains ménages a été construite sans encadrement technique. Ces latrines construites sans assistance technique présentent actuellement des dégradations dues à la qualité des matériaux utilisées par conséquent de l'ouvrage réalisé. Nous notons que les ouvrages ayant bénéficié d'un suivi de l'ONG IRC sont techniquement mieux localisés mais aussi dégradés. Ces latrines ayant bénéficié d'un suivi se conforment aux critères dits « améliorés » au sens des OMD.

La figure 5 donne des informations sur l'encadrement technique apporté par IRC lors de la construction des ouvrages.



Source : Auteur

Figure 5 : Ecart de suivi technique dans la construction des latrines dans les ménages

4.2 Impacts de l'ATPC dans ces communautés rurales FDAL

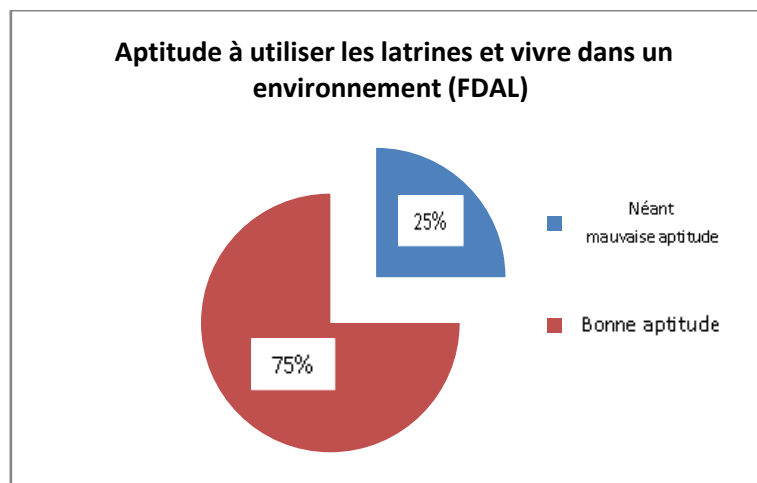
Dans les lignes suivantes, les aptitudes à utiliser puis à améliorer les latrines, les connaissances sur certaines maladies liées à la DAL et quelques pratiques d'hygiène dans ces communautés rurales sont présentées.

4.2.1 Connaissances sur la DAL et les aptitudes à utiliser les latrines

Les résultats issus de l'enquête CAP révèlent la bonne perception de l'information transmise lors du déclenchement du processus ATPC dans ces villages certifiés FDAL. Nous notons que 75% des personnes interrogées lors de l'enquête CAP ont des connaissances sur la DAL et les solutions adéquates pour mettre fin à cette pratique ancienne et insalubre.

Pendant les interviews semi-structurées en groupe de discussion avec ces communautés rurales certifiées FDAL, les populations rurales ont évoqué les possibilités de pollution des eaux de surface (marigots ; mares etc.) par le ruissellement des eaux de pluies contenant des excréta humains. Ces populations ont aussi énuméré quelques maladies telles que la diarrhée, le choléra, dont elles sont susceptibles de contracter en l'absence de latrines. Concernant les risques d'exposition des populations aux maladies diarrhéiques, le médecin du district sanitaire Tiébissou lors de notre interview a souhaité accompagner le processus ATPC dans les nouveaux programmes.

Ces connaissances des populations rurales sur la DAL et ses conséquences sur la santé humaine justifient leurs aptitudes à construire des latrines traditionnelles pour le maintien d'un cadre de vie sain. La figure 6 présente l'aptitude à utiliser puis à vivre dans un environnement sain pour ces communautés rurales certifiées FDAL.



Source : Auteur

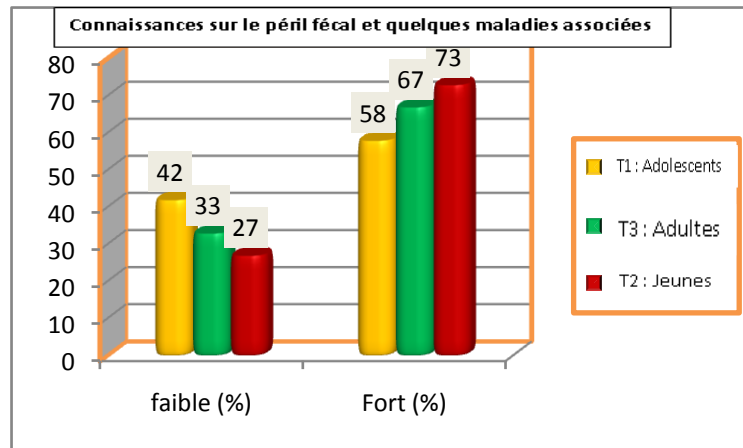
Figure 6 : Aptitudes à utiliser les latrines et à vivre dans un environnement saint

Il ressort de nos travaux que le pourcentage (75%) des populations visitées dans ces quatre villages certifiés FDAL ont tous des connaissances sur le péril fécal. Cela peut se justifier par l'arrêt considérable de la DAL et leur aptitude à utiliser les latrines puis à vivre dans un environnement saint. Cependant, nous notons des résultats mitigés pour les connaissances sur les maladies liées à la DAL ; les aptitudes à vider puis à améliorer l'état des latrines individuelles et les pratiques d'hygiène (lavage des mains).

4.2.2 Connaissances sur les maladies liées à la DAL et aptitudes à améliorer l'état des latrines

Selon notre travail, la majorité des populations dans les villages certifiés FDAL ont des connaissances sur les maladies liées à la DAL. Plus de 50% des populations de tranches d'âge différentes ont ressorti que la défécation à l'air libre permet de contracter des maladies telles que la diarrhée ; le choléra ; les maladies gastro-intestinales, etc. L'approche ATPC a eu un impact remarquable sur ces communautés rurales pour cet aspect relatif aux connaissances sur les maladies liées à la DAL. Toutefois, notre travail ressort la variabilité des connaissances selon les tranches d'âge (voir figure 7). La tranche d'âge « jeune » a une bonne connaissance (73%) sur les maladies liées aux périls fécaux par rapport aux adultes et adolescents. Cela peut s'expliquer par la compréhension, l'implication et la forte mobilisation des jeunes pendant le déroulement du processus ATPC dans ces villages.

Pour accroître le taux de ces communautés rurales sur les connaissances des maladies liées au péril fécal, l'implication du personnel médical du district sanitaire de Tiébissou dans l'accompagnement du processus ATPC est aussi un atout.

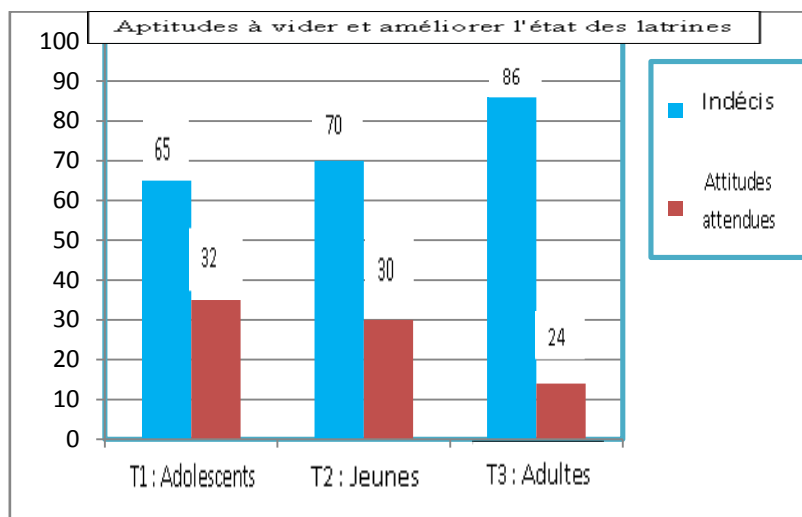


Source : Auteur

Figure 7 : Connaissances sur le péril fécal et quelques maladies associées

Bien que, les résultats présentés ci-haut révèlent des connaissances remarquables de ces communautés sur les impacts liés à la DAL, les aptitudes à améliorer les latrines par les populations sont encore faibles et peu développées.

Plus de la moitié des populations de villages certifiés FDAL selon notre travail sont « *indécises* » pour vider puis améliorer les latrines individuelles sur le long terme. La figure 8 présente l'aptitude des communautés rurales à vider puis à améliorer l'état des latrines.



Source : Auteur

Figure 8: Aptitudes à améliorer l'état des latrines

Concernant, la vidange des latrines, une proportion considérable de la population (32%) des adolescents (10 à 17 ans), (30%) des jeunes (18 à 35 ans) et (24%) des adultes (36 ans et plus) ont proposées des solutions attendues. La vidange des fosses et la fermeture des anciennes fosses pleines d'excrétas humains puis la création de nouvelles fosses ont été proposées comme solutions (voir

annexe 3). Ces solutions préconisées par les communautés rurales pour l'amélioration des latrines provisoires se projettent sur le long terme. Les raisons évoquées par les populations sont le manque de moyens financiers pour la confection des dalles en béton armée; de superstructures solides etc. Bien que Koubi, Ahoukro, Othophié et Koriakro soient certifiées FDAL, les couvertures de protection des latrines par des films polyam PVC sont en majorité perforés. La photo 3 présente la dégradation des couvertures de protection de certaines latrines à Koubi.

Cette demande de soutien communautaire par des subventions en moyens matériels et financiers, est encore révélée par l'interview avec le médecin du district de la circonscription.

Toutefois, la réalisation de l'approche avec des subventions en moyens matériels n'est pas soutenue par certaines structures étatiques en occurrence la Direction de l'Assainissement et du Drainage et la structure de mise en œuvre ONG IRC.

Selon notre travail, face à ces réactions communautaires constatées dans ces quatre communautés rurales certifiées FDAL, nous recommandons aux organismes (UNICEF), les ONG (IRC) et les structures étatiques (DAD) à intégrer le passage à l'échelle dans la mise en œuvre de l'ATPC afin d'apporter une assistance technique en dotation de dalles en béton, en superstructures etc.



a



b

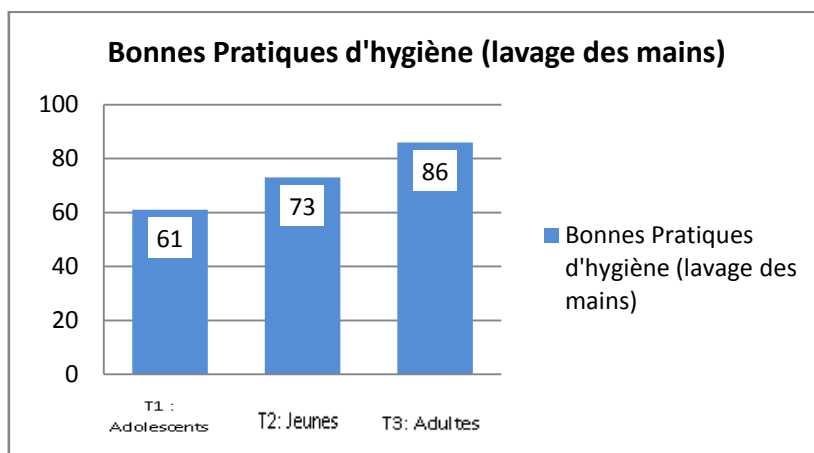
Source : Auteur

Photo 3 : Dégradation du périmètre de protection d'une latrine traditionnelle à Koubi

Bien que, les aptitudes à vider puis à améliorer les latrines sont pour l'heure peu développées dans les communautés de villages certifiées FDAL, les bonnes pratiques d'hygiène (lavage de mains) ont été perçues dans ces populations pendant notre enquête.

4.2.3 Bonnes pratiques d'hygiène (lavage des mains)

Le lavage des mains après usage des latrines est connu par une proportion importante ((61%) des adolescents ; (73%) des jeunes et (86%) des adultes) de la population des villages FDAL (figure 9). Cependant, des efforts sont à effectuer par ces populations afin d'atteindre la quasi-totalité des réactions pour le lavage des mains. Le suivi post certification FDAL par l'assistance conseil d'une ONG est nécessaire pour accompagner la bonne pratique d'hygiène dans ces communautés.



Source : Auteur

Figure 9 : Pratiques d'hygiène dans les villages Koubi; Ahoukro ; Othophié et Koriakro

Les résultats et analyses issus de notre travail sur l'ATPC ont été présentés dans ce chapitre. Nous proposons dans la section suivante des recommandations et des stratégies d'intervention permettant d'optimiser la construction et l'usage des latrines en milieu rural.

4.3 Recommandations et stratégies d'intervention

Le programme d'ATPC effectué par l'IRC dans le cadre du programme Charity water 2 vise le changement de comportements des populations rurales par la construction des latrines et la protection infantile contre les maladies liées à l'absence de systèmes d'assainissement. Nos recommandations vont à l'endroit des organismes internationaux (UNICEF), bailleurs de fonds ; structures de mise en œuvre (organisations non gouvernementales (ONG)) et aux structures étatiques (Direction de l'Assainissement et du Drainage (DAD)).

4.3.1 Organismes internationaux (UNICEF)

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'ATPC en Côte d'Ivoire, l'UNICEF en partenariat avec la Direction de l'Assainissement et du Drainage (DAD) et les ONG doivent:

- Elaborer un guide pratique adapté à la Côte d'Ivoire dans la pratique de l'approche ATPC sur le territoire national;
- Intégrer dans le pilotage des programmes sur l'ATPC, le marketing social de manière à faire comprendre aux communautés rurales les retombés de l'adhésion au changement de comportement;
- Non seulement privilégier la réalisation des OMD en matière de l'eau et de l'assainissement, mais aussi le faire d'une manière équitable, en veillant à ce que les groupes les plus vulnérables et les plus difficiles à atteindre aient leur part des succès obtenus ailleurs.

4.3.2 Bailleurs de fonds

Les soutiens financiers accordés par des dons et les aides au financement du développement observés depuis plusieurs années visent l'amélioration des conditions de vie humaine. Dans le cadre de l'ATPC, les donateurs doivent orienter les aides aux développements de manière à intégrer des subventions en matériaux de construction et couvrir les six (6) étapes de l'approche ATPC (de la formation sur l'ATPC au passage à l'échelle FDAL).

4.3.3 Direction de l'Assainissement et du Drainage (DAD)

La DAD, structure étatique assurant la formation, le suivi post-déclenchement et partie intégrante de la certification FDAL doit :

- A l'instar du Mali, élaborer un guide pratique adapté à la Côte d'Ivoire dans la mise en œuvre de l'ATPC sur le territoire national. Ce guide doit être conçu en se référant aux expériences passées (éléments de succès et échecs) sur l'ATPC au plan national.
- Adapter ses critères d'évaluation à la certification FDAL aux réalités des localités car les critères d'évaluation plafonnés à 100 % (100% FDAL ; 100% usages des latrines dans les ménages et 100% des ménages possèdent des latrines pour la quasi-totalité du village) sont pour l'heure très élevés et peuvent maintenir des villages dans la DAL.
Ces critères d'évaluation doivent être revus au plafond (90%) afin d'éviter les éventuelles fraudes qui pourraient se révéler dans la phase de certification de l'ATPC.

4.3.4 Organisations Non Gouvernementales (ONG exemple IRC)

Dans le cadre de l'approche ATPC, l'ONG IRC doit:

❖ Concernant l'UNICEF:

- Proposer à l'UNICEF et aux bailleurs de fonds, l'intérêt du marketing social dans le changement de comportement des communautés rurales via les projets ATPC;
- Proposer à l'UNICEF, la formation et la promotion des artisans capables de réaliser des latrines à un prix acceptable en milieu rural respectant les critères « améliorés » au sens des OMD.

❖ Concernant la formation sur l'ATPC:

- Faire une formation de mise à niveau des connaissances ou découvertes nouvelles de l'approche ATPC. Cette séance de formation doit être effectuée avant la phase du pré-Déclenchement de manière à mieux cerner les différents aspects à prendre en compte dans la mise en œuvre de l'ATPC;
- Organiser la formation de manière à rassembler des formateurs, des responsables de structures de mises en œuvre (ONG exemple IRC, ASAPSU etc.), des facilitateurs, des autorités départementales (Préfets, Sous-préfets, Conseils généraux (CG), Directeur Départemental de la santé, de l'éducation), des anciens leaders naturels si possibles (pour leur appui dans le processus). Ceux-ci forment un comité de suivi multisectoriel d'accompagnement de la mise en œuvre de l'approche ATPC.

❖ **Concernant le pré-déclenchement:**

- Valider les localités retenues pendant la phase de pré-déclenchement avec la structure Etatique (DAD) afin d'éviter les remises en cause des localités choisies pendant les autres étapes de mise en œuvre de l'approche;
- Eviter de choisir des localités dispersées les unes des autres, car de tels choix ne favorisent pas un suivi post-déclenchement efficace;
- Utiliser la fiche de pré-déclenchement révisée (voir annexe 1) qui renferme plus d'informations utiles pour le choix des villages.

❖ **Concernant le déclenchement:**

- Dérouler les six outils de mise en œuvre de l'ATPC recommandés selon le Manuel ATPC.

❖ **Concernant le suivi post-déclenchement:**

- Elaborer un programme de suivi post-déclenchement. Ce suivi doit être une assistance conseillère qui intègre la promotion à l'hygiène (hygiène du milieu, corporel, alimentaire et de l'eau);
- Faire un suivi au moins une (1) fois chaque semaine pendant le premier mois après le déclenchement et le taux de couverture efficace dans la semaine devrait être un Agent/ quatre Villages pendant le premier mois et un Agent / huit villages pendant le deuxième (2^{ème}) et troisième (3^{ème}) mois de suivi;
- Faire élaborer par chaque village sous la supervision de l'Agent de suivi IRC, un plan d'action de réalisation des latrines;
- Veiller à la mise en place par chaque village déclenché, un comité de suivi représentatif (leaders naturels, femmes, hommes, jeunes, différentes communautés etc.);
- Veiller à la mise en place d'un comité d'accompagnement multisectoriel (IRC, sous-préfets, conseils généraux, directeurs départementaux de la santé, de l'éducation etc.) n'a été mis en place pour appuyer les actions communautaires après le déclenchement.

❖ **Concernant la certification:**

- Veiller à ce que l'évaluation soit faite trois à six mois après le déclenchement;
- Célébrer les villages FDAL en présence des autorités administratives et des villages non FDAL;
- Lancer un concours puis récompenser et médiatiser des villages FDAL.

❖ **Enfin, pour le suivi FDAL ou le passage à l'échelle:**

- Effectuer le suivi post-certification relatif au passage à l'échelle qui consiste à contribuer à l'amélioration des ouvrages sanitaires une fois que le changement de comportement est acquis par les communautés rurales. Pendant cette phase, les ONG peuvent soutenir les populations

(dotations de dalles respectant les normes sanitaires, de superstructures) et accompagner celles-ci à améliorer les technologies en matière d'infrastructures sanitaires;

- Les ONG en occurrence IRC doivent intégrer cette phase importante dans la soumission des éventuelles propositions de projets (proposals).

Dans ce chapitre, les résultats de nos travaux ont été présentés avec des recommandations opérationnelles. Les pages suivantes concluront notre mémoire de fin d'études de Master avec des perspectives de recherches futures.

CONCLUSION

Ce mémoire de fin d'études de Master a permis de faire un diagnostic sur les causes de dégradation des latrines traditionnelles construites par quatre communautés rurales du département de Tiébissou. Ces latrines traditionnelles ont été construites après leur prise de conscience du péril fécal dans l'approche Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC). Ces causes sont révélées en vue de trouver des solutions pour la pérennisation de l'approche ATPC.

Selon notre travail, les matériaux issus des ressources naturelles de moindres résistances utilisés pour la construction des latrines traditionnelles accélèrent la dégradation des latrines. En plus de la qualité des matériaux utilisés, nous notons une assistance technique insuffisante de l'Organisation Non Gouvernementale International Rescue Committee dans l'encadrement des comités villageois lors des constructions de latrines. Pour améliorer ces latrines traditionnelles dans la classe dites « améliorées » au sens des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans la cible assainissement, notre travail révèle des réactions mitigées des communautés rurales. D'une part, une proportion considérable des communautés rurales propose des solutions attendues telles que la confection des murs traditionnels comme périmètre de protection, la confection des dalles au sol en bétons armés et les vidanges ou les fermetures des latrines lors des éventuels remplissages des fosses creusées. D'autre part, la majorité des populations de communautés rurales toute tranche d'âge confondue réclame une assistance en moyens matériels extérieurs (dotation en ciment et dons). En plus, la majorité (plus de 50%) des populations dans ces villages certifiés Fin Défécation à l'Air Libre du département de Tiébissou ont des connaissances sur les maladies liées à la Défécation à l'Air Libre et les pratiques d'hygiène (usages des latrines et le lavage des mains). L'approche Assainissement Total Piloté par la Communauté a eu un impact remarquable sur ces communautés rurales concernant les connaissances sur les maladies liées à la Défécation à l'Air Libre et les pratiques d'hygiène (lavage des mains). Pour les pratiques d'hygiène comme l'usage des latrines construites, 75 % de ces communautés rurales ont une aptitude à utiliser les latrines construites. La dégradation actuelle des latrines fait prendre du recul concernant l'utilisation réelle de ces latrines. Dans cette dynamique de changement de comportements, l'usage de matériaux non adaptés pour la construction des latrines, les réclamations en moyens matériels extérieurs de ces communautés rurales et la dégradation accélérée des latrines sans amélioration sont les raisons de la faible appropriation des projets ATPC dans ces communautés rurales.

Dans les communautés rurales de Tiébissou, les outils de l'approche ATPC ont permis une prise de conscience de certaines maladies liées à l'absence des latrines. Il est important que cette prise de conscience soit consolidée par la construction de systèmes d'assainissement autonomes durables.

En plus, le rapprochement des latrines traditionnelles peu sécurisées proches des habitats est susceptible d'une part, de rapprocher les sources de maladies. D'autre part, cela peut exposer les communautés rurales en occurrence les enfants aux maladies liées au péril fécal. Pour répondre à la cible assainissement des Objectifs du Millénaire pour le Développement, le changement de comportements visé par l'approche ATPC peut se faire avec l'accompagnement des moyens matériels dans ce programme piloté par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et l'International Rescue Committee. Cette option permet d'éviter l'exposition des populations rurales aux périls fécaux.

Les demandes en assistance matériels par les communautés rurales du département de Tiébissou dans l'ensemble de notre travail soulève une nouvelle question de recherche, qui est de savoir si l'appropriation des projets ATPC est liée à une assistance en moyens matériels (dotation en dalle, etc.), d'où l'implication des financements externes. Cette perspective de recherche consisterait, premièrement à faire le lien entre l'appropriation des projets ATPC par les communautés rurales et l'assistance en moyens matériels. Secondairement, une relation pourrait être faite entre la chute drastique des maladies liées aux périls fécaux et l'usage des latrines améliorées en milieu rural.

BIBLIOGRAPHIE

- Centre Régional de l'Eau Potable et de l'Assainissement - Côte d'Ivoire**, 2006. *ECOSAN pour le changement de comportement*, Rapport, 57p.
- Centre Régional de l'Eau Potable et de l'Assainissement - Côte d'Ivoire**, 2009. *Diagnostic Concerté de l'Accès à l'Eau Potable et à l'Assainissement de la Commune de Grand Bassam*, Rapport, 99p.
- Goldlust L., Croix-Rouge Française**, 2012. *Rapport d'enquête CAP Eau, hygiène et assainissement dans le District sanitaire de Toulepleu*, Rapport, 34p.
- Halle B., Bruzon V.**, 2006. *Profil environnemental de la Côte d'Ivoire*, Rapport final, 60p.
- Institut Nationale de la Statistique**, 2008. *Enquête sur le Niveau de Vie des ménages Version 21*, Base de données, 10p.
- Kamal K.**, 2010. *Guide pratique au déclenchement de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté*, Guide pratique, 14p.
- Kamal K.**, 2010. *L'assainissement total piloté par la communauté, Guide de formation des formateurs*, Natura Print, Mondofragilis Group, Guide de formation, 44p.
- Kamal K., Chambers R.**, 2008. *Manuel de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté*, Institute of Development Studies, Manuel, 100p.
- Kamal K., Milward K.**, 2011. *Creuser, s'implanter et grandir : Introduire l'ATPC en Afrique*, Institute of Development Studies, IDS Practice Paper 8, 74p.
- Médecins du Monde**, 2002. *Les enquêtes CAP collecte de données, méthodes quantitatives*, 41p.
- Nations unies**, 2010. *Objectifs du Millénaire pour le développement Rapport 2010*, New York: Nations unies, Rapport, 80p.
- Programme des Nations Unis pour le Développement**, 2003. *Rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement*, Rapport National Comores, 64p.
- Organisation Mondiale de la Santé, United Nations Children's Fund**, 2008. *Joint Monitoring Program, Progrès en matière d'eau potable et d'assainissement*, Rapport 58p.
- Organisation Mondiale de la Santé, United Nations Children's Fund**, 2010. *Joint Monitoring Program, Progrès en matière d'eau potable et d'assainissement*, Rapport, 64p.
- Organisation Mondiale de la Santé, United Nations Children's Fund**, 2012. *Progrès en matière d'alimentation en eau potable et d'assainissement*, Emerson, Wajdowicz Studios, Rapport, 68p.
- Programme Solidarité-Eau**, 2011. *L'assainissement en Haïti: quels enjeux, quelles stratégies, quelles pratiques*, Rapport, 23p.

République de Côte d'Ivoire, Ministère de l'Environnement des Eaux et Forêts, réalisé par l'Agence Nationale De l'Environnement, 2008. Code de l'Environnement et textes de l'Environnement en Côte d'Ivoire, Afric-Diffusion, 495p.

Sawyer R., Simpson-Hébert M., Wood S., 1998. Manuel pas à pas sur PHAST: Une approche participative pour enrayer les maladies diarrhéiques, WHO:/EOS/98.3, Manuel, 136 p.

Sopie M., 2007. Etude d'un Système de Management Environnemental pour l'Assainissement des Eaux de la ville d'Abidjan en Côte d'Ivoire, Mémoire, 84p.

Toh, Kouyaté, 2009. Caractérisation des Classes Moyennes en Côte d'Ivoire, Rapport, 27p.

United Nations Children's Fund, 2011. Guide pratique de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté au Mali, Guide pratique, 49p.

United Nations Children's Fund, 2012. Promotion de l'hygiène en milieu scolaire Guide pratique pour les ONG, Guide pratique, 71p.

United Nations University Institute for Water, Environment and Health, 2010. Sanitation as a Key to Global Health: Voices from the Field, ISBN: 92-808-6012-7, 45p.

WaterAid, 2011. Revitaliser le processus d'assainissement total piloté par la communauté : Guide de mise en œuvre, Rapport, 28p.

Site Web

www.communityledtotalsanitation.org ; consulté le 05 juin 2012;

www.wateraid.org/publications , consulté le 10 juin 2012;

www.medecinsdumonde.org, consulté le 15 juin 2012;

www.inweh.unu.edu, consulté le 30 décembre 2012;

http://www.unicef.org/french/wash/index_43109.html, consulté le 06 janvier 2013;

http://www.unicef.org/french/wash/index_43108.html, consulté le 06 janvier 2013.

ANNEXES

ANNEXE 1

Fiche de pré-déclenchement révisée

FICHE DE PRE-DECLENCHEMENT	
IDENTIFICATION DU VILLAGE	
INFORMATIONS GENERALES	
Département de :	
Sous-préfecture :	
Village :	
Distance/ Sous-préfecture :	
Village situé dans un rayon de 30 à 40 km de la base des Agents de suivi	
Population:	
Nombre de ménages:	
cocher le cas concerné :	
-Ménages inférieurs ou égal à 50 avec un seul chef;	<input type="checkbox"/>
- Ménages compris entre 50 et 100 avec un seul chef;	<input type="checkbox"/>
- Ménages au delà de 100 avec un seul chef.	<input type="checkbox"/>
-Village avec plusieurs quartiers autonomes (avec un chef par quartier)	<input type="checkbox"/>
Nombre de décès lié à la diarrhée l'année passée	
Electrifié:	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> lotis <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ORGANISATION SOCIALE DU VILLAGE	
Existence d'un chef de village et son autorité	
Nom du chef de village	
Contacts :	
Respect de l'autorité du Chef :	Fort <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/>
Existence de communautés socialement et culturellement homogènes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Situation sociale du chef de village	
Existence de différentes communautés	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Inter-relation entre ces différentes communautés	Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/>
Existence des interdits ou « totems » dans le village	Oui <input type="checkbox"/> si oui, indiquer..... <input type="checkbox"/> Non

Existence et indication des jours de repos du village	Oui <input type="checkbox"/> si oui, indiquer	<input type="checkbox"/>
Existence de cadres (leader d'opinion) dans le village : fonctionnels	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quel est leurs participations dans la prise de décision du village :.....
OUVRAGES D'EAU ET EQUIPEMENTS COLLECTIFS EXISTANTS		
Nombre de points d'eau:	Fonctionnels <input type="checkbox"/>	Non fonctionnels <input type="checkbox"/>
Autre source d'eau utilise:		
Nombre d'écoles:		
Nombre d'élèves:		
Existence de centre de sante:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
OUVRAGES D'ASSAINISSEMENT		
Latrines familiales		
Latrine publiques		
Latrine école		
Latrine centre de sante		
Prévalence de maladies diarrhéiques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
UTILISATION DES OUVRAGES COLLECTIFS		
Mode d'utilisation des infrastructures communautaires (Pompes HV, écoles, centre de santé)		
Organisation autour du travail communautaire (Pompes HV, écoles, centre de santé)		
ORGANISATIONS COLLECTIVES		
		<u>NOMS & CONTACTS</u>
Existence de comites de gestion des points d'eau:	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Existence de COGES écoles:	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Existence de groupements d'hommes:	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Existence de groupements de femmes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Existence de groupements de jeunes:.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
DECISION		
Villages favorable à l'ATPC	<input type="checkbox"/>	Villages à défis pour l'ATPC <input type="checkbox"/>

ANNEXE 2

Questionnaire N°.....

Enquête : Assainissement et Hygiène dans les ménages villages certifiés FDAL

juin 2012

Ce questionnaire, totalement anonyme n'est exploité qu'à des fins humanitaires. L'ONG IRC recueille ces renseignements dans le but d'identifier les problèmes de la communauté afin de mieux mener ses actions humanitaires dans votre zone, et cela bénéficiera à tous, y compris votre famille. Nous vous remercions pour votre coopération.

IDENTIFICATION DE L'ENQUETEUR

Date...../...../.....

Code de l'enquêteur — — — — Signature.....

IDENTIFICATION DE L'enquêté

1. Nom & Prénoms Sexe : M F

2. Tranche d'âge : T1 T2 T3

3. Situation matrimoniale : Marié Concubinage Célibataire

4. Ethnie : 5. Religion : Chrétienne Musulmane Animiste Autres

5. Mode d'occupation du lieu de résidence : Propriétaire Locataire Autre à préciser.....

6. Catégorie professionnelle

Agriculteur Eleveur Artisan Commerçant Salarié du privé Fonctionnaire Chômeur

ASSAINISSEMENT

1. Quel est votre lieu de défécation?

Usage de latrine Dans la nature autres

Observation directe:

confirmé non confirmé

2. Observez vous fréquemment des excréta humains :

autour de vous autour de votre habitation dans le village Néant

3. Pensez vous que les excréments humains peuvent causées des maladies?

oui non ignorant

4. Avez-vous rencontré des cas de diarrhées ces deux derniers mois ?

Oui Non indécis

5. Pensez-vous que l'existence des latrines peut freiner les maladies liées à la DAL ?

oui Non

6. Demander si il/elle se sent à l'aise dans un tel environnement (FDAL) ?

Absence d'excrétas à l'air libre Présence d'excrétas à l'air libre

7. Savez-vous que les latrines (WC) se remplissent?

oui Non

8. Seriez-vous prêt à participer pour vider une latrine ?

oui Non

Si Non pourquoi ?.....

9. Seriez-vous prêt à améliorer l'état de votre latrine ?

oui Non

Si Non pourquoi ?.....

10. Pendant la construction de vos latrines, qui a assuré le suivi ?

Comité villageois & IRC Aucun suivi

Observations :

HYGIENE

11. Quels sont les moments importants pour se laver les mains avec du savon?

Les enquêteurs doivent cocher seulement les réponses mentionnées par la personne interrogée, sans lui « souffler » de réponses

Avant de manger Après utilisation des latrines

Avant préparation de la nourriture Après le nettoyage des enfants ayant déféqués

12. Dispositif de lave-mains, Accès : Oui Non

DIAGNOSTIC DES LATRINES CONTRUITES (Observation sur terrain)

13. Superstructures (Composition des Matériaux)

13.1 Dalle au sol : Bois ; Terre battu ; Ciment armé ; Brique en ciment

13.2 Clôture : Film polyane (couleur noir) ; Feuille de tôle métallique ; Clôture en bois

14. Sécurité des latrines construites : Forte Moindre Critique

15. Connaissez- vous quelques actions entreprises par IRC ? Oui Non

15.1. Si oui, lesquelles ?.....

Rappel :

Merci. Les renseignements que vous m'avez donnés resteront confidentiels.

T1 : adolescents (10 à 17 ans) T2 : Jeunes (18 à 35 ans) T3 : Adultes (36 et plus)

Signature de l'enquêteur

Signature de l'enquêté

ANNEXE 4

« Questionnaire semi-structuré-Groupe de discussion »

ANNEXE 4 a

Destinataires : Communautés rurales

Thème 1 : *Les maladies diarrhéiques liées au péril fécal et l'usage des latrines traditionnelles.*

Questions	Réponses
1. Perception de la situation sanitaire de votre localité ?	<input type="radio"/> Noter lors de la discussion
2. Perception des maladies diarrhéiques dans votre ménage suite à la construction des latrines?	<input type="radio"/> Noter lors de la discussion
3. Perception de l'ATPC et l'hygiène ? <input type="radio"/> Risques éventuels, <input type="radio"/> Maladies diarrhéiques éventuelles	<input type="radio"/> Noter lors de la discussion
4. Satisfaction/insatisfaction des usagers de latrines ? Les paramètres les plus importants à leurs yeux lorsqu'on parle de latrines ?	<input type="radio"/> Noter lors de la discussion
5. Avez-vous des suggestions/recommandations pour la promotion de ce mode de latrines traditionnelles ?	<input type="radio"/> Recueillir leur avis

Signature de l'enquêteur

Signature de l'enquêté

ANNEXE 4b

Destinataires : Communautés rurales

Thème 2 : La durabilité des latrines traditionnelles construites

Questions	Réponses
1. Problèmes les plus importants rencontrés dans la construction des latrines ?	<input type="radio"/> Recueil des avis
2. Opinion sur la qualité des matériaux utilisés ?	<input type="radio"/> Recueil des avis
3. Qui a assuré le suivi de la construction des latrines ?	<input type="radio"/> Recueil des avis
4. Les comités villageois et les agents de l'ONG IRC assure t'ils leur fonction de suivi lors de la construction des latrines ?	<input type="radio"/> Recueil des avis
5. Que pensez-vous de la sécurité des latrines traditionnelles construites ?	<input type="radio"/> Recueillir leur avis
6. Etes-vous prêts à payer une somme d'argent pour améliorer l'état de votre latrine ?	<input type="radio"/> Recueillir leur avis

Signature de l'enquêteur

Signature de l'enquêté

ANNEXE 4c

Destinataires : ONG IRC DAD

Thème 2 : La durabilité des latrines traditionnelles construites

Questions	Réponses
1. Problèmes les plus importants rencontrés dans la construction des latrines ?	<input type="radio"/> Recueil des avis
2. Opinion sur la qualité des matériaux utilisés ?	<input type="radio"/> Recueil des avis
3. Qui a assuré le suivi de la construction des latrines ?	<input type="radio"/> Recueil des avis
4. Que pensez-vous de la sécurité des latrines traditionnelles construites ?	<input type="radio"/> Recueil des avis
5. Que pensez-vous de l'assistance en moyens matériels ?	<input type="radio"/> Recueillir leur avis

Signature de l'enquêteur

Signature de l'enquêté