



**CONTRIBUTION A L'IDENTIFICATION DES
CAUSES DE LA REPRISE DE LA DEFECATION A
L'AIR LIBRE DANS LES VILLAGES CERTIFIES
DE LA COMMUNE RURALE DE PALE EN
GUINEE**

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME DE MASTER SPECIALISE
EN WATER, SANITATION AND HYGIENE (WASH) HUMANITAIRE**

Présenté et soutenu publiquement le 06/07/2019 par

Alpha Oumar KALISSA

Travaux dirigés par :

Feu Dr. Siba Alain KOULEMOU

Enseignant-chercheur
Université de N'Zérékoré

Léopold KOLIE

Coordinateur Technique ATPC
PRIDE/Guinée

Jury d'évaluation du stage :

Président : Pr. Yacouba KONATE

Membres et correcteurs : M. Mougabé KOSLENGAR
Mme. SOME Shurstine

Promotion 2016-2017

DEDICACES

Je fais cette dédicace

A mon père Abdou KALISSA

A ma mère Marie SANE

Pour les sacrifices qu'ils ont consentis pour mon éducation et ma formation

A ma feuë sœur Maïmouna KALISSA qui a quitté ce bas monde

A ma chère épouse Aïssatou KABA

Je vous aime !

REMERCIEMENTS

La reconnaissance est l'une des grandes valeurs qu'il faut apprendre et sauvegarder dans la vie. Cette page est une occasion de cultiver cette vertu en remerciement aux personnes qui nous ont marqués au cours de cette étude. Au terme de ces travaux nous adressons nos vifs remerciements :

Au recteur de l'Université de N'Zérékoré Dr. DIALLO Ousmane Wora et son prédécesseur Dr. TOURE Binko Mamady qui m'ont permis d'effectuer cette formation en WASH Humanitaire

Au Dr. KONATE Yacouba enseignant-chercheur 2IE, responsable pédagogique du cycle de formation Master spécialisé en WASH

A Mr. LAMA François représentant régional de PRIDE/Guinée pour m'avoir ouvert la porte et faciliter la tâche pour la réalisation de ce stage

A Mr. KOLIE Léopold coordinateur technique ATPC de l'ONG PRIDE/Guinée pour son encadrement au cours de ce stage

A tout le personnel de PRIDE/Guinée pour leur accueil et leur disponibilité

A Mr. CAMARA Bréhima, WASH Programme officer UNICEF N'Zérékoré pour son soutien et ses précieux conseils pour la réalisation des travaux de terrain et la correction du mémoire

A feu Dr. KOULEMOU Siba Alain enseignant-chercheur à l'Université de N'Zérékoré pour son encadrement et ses remarques objectives lors de la Rédaction de ce mémoire. Que son âme repose en paix

A Mr. LOUA Jacob Vaza qui m'a servi de guide et d'interprète sur le terrain

A Mr. SAOULOMOU Blaise Matho et épouse qui m'ont accueilli et hébergé à Palé

A toutes les autorités administratives, coutumières et présidents des villages de la Commune Rurale de Palé pour leur accueil et leur mobilisation pour la réalisation des enquêtes

Aux leaders naturels de la commune Rurale pour leur accompagnement lors de la conduite des enquêtes

Aux sieurs Dr. BEAVOGUI Koly, GBAMOU Labila, GBILIMOU Zaoro Molière tous enseignants-chercheurs à l'Université de N'Zérékoré pour leurs corrections et remarques

A Sylvain NOMBRER et Bruno ILY pour leur accueil chaleureux à Ouagadougou

A mes camarades de promotion de WASH Humanitaire pour leur soutien au cours de la formation

Bref à tous ceux qui ont consacré ne serait-ce qu'une seconde de leur temps pour la réussite de ce travail.

RESUME

La présente étude a permis de poser un diagnostic des causes de la reprise de la défécation à l'air libre dans les villages certifiés FDAL. Ces causes sont multiples et touchent les facteurs économique, social, et culturel dont entre autres : l'affinité prolongée aux travaux champêtres, le complexe d'infériorité, les pratiques ancestrales. La réalisation d'un projet ATPC a permis d'améliorer les pratiques d'hygiène et la certification de certains villages. Dans la mise en œuvre du projet le suivi a été réalisé par tous les acteurs impliqués dans le processus, mais faiblement assuré par les services étatiques de l'environnement. Après la certification aucun suivi n'a été réalisé ; ce qui eut pour corollaires un abandon des pratiques d'hygiène et une reprise de la défécation à l'air libre. Cette situation a engendré une dégradation de l'état sanitaire des populations caractérisée par une recrudescence des maladies diarrhéiques dans tous les villages certifiés. C'est pourquoi, pour pallier à cette situation il s'avère nécessaire d'institutionnaliser l'ATPC et l'intégrer dans le plan de développement local de la commune rurale, établir des critères de choix des leaders naturels basés sur la disponibilité de moyens financiers et agraire et leur permanence dans la zone, faire le déclenchement après les récoltes et enfin élaborer une stratégie nationale post certification.

Mots clés : DAL, certification, FDAL, latrine, suivi, Guinée.

ABSTRACT

The present study made it possible to diagnose the causes of the resumption of open defecation in ODF certified villages. These causes are multiple and affect the economic, social, and cultural factors among which: the long-term affinity to rural work, the inferiority complex, ancestral practices. The implementation of a CLTS project has allowed to improve hygiene practices and the certification of some villages. In some places natural leaders have not been able to build their latrines. In the implementation of the project the monitoring was carried out by all the actors involved in the process, but weakly provided by the environment state services. After the certification no follow-up was done; this resulted in an abandonment of hygiene practices and a resumption of open defecation. This situation has led to a deterioration in the health status of the populations characterized by an upsurge of diarrheal diseases in all the certified villages. There fore, to overcome this situation it is necessary to institutionalize the CLTS and integrate it into the local development plan of the rural municipality, to establish criteria for choosing natural leaders based on the availability of resources. Financial and agrarian and their permanence in the area, make the trigger after the harvests and finally develop a national post certification strategy.

Key words: OD, certification, ODF, latrine, monitoring, Guinea.

LISTE DES ABBREVIATIONS

2IE :	Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement
ASPE :	Appui au service Public de l'Eau
ATPC :	Assainissement Total Piloté par la Communauté
CIEL :	Coopérative d'Intérêt Economique Local
CN :	Chefs Naturels
CVA :	Comité Villageois d'Assainissement
COSANHP :	Comité de Santé et d'Hygiène Publique
CR :	Commune Rurale
DAL :	Défécation à l'Air Libre
DNACV :	Direction Nationale d'Assainissement et du Cadre de Vie
EDS-MICS :	Enquête Démographie et de Santé à Indicateurs Multiples
ERP :	Education Rurale participative
FDAL :	Fin de Défécation à l'Air Libre
FED :	Fonds Européen de Développement
INSG :	Institut National des Statistiques de Guinée
JMP :	Joint Monitoring Programme
MARP :	Méthode Accélérée de Recherche Participative
UNICEF	Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PDL :	Plan de Développement Local
PRIDE :	Programme Intégré pour le Développement
SNIGS :	Système National des Informations Générales de Santé
TFN :	Task Force Nationale
TFP :	Task Force Préfectorale
TFR :	Task Force Régionale
VERC :	Village Education Ressources Center
WASH :	Water Sanitation And Hygiène

SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
RESUME.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ABREVIATIONS ET SIGLES.....	v
LISTES DES FIGURES.....	3
LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES PHOTOS.....	4
INTRODUCTION GENERALE.....	5
I CHAPITRE I : SYNTHÈSE BIBLIOGRAPHIQUE	
1.1. DEFINITION DES CONCEPTS.....	9
1.1.1. ATPC.....	9
1.1.2. Certification.....	9
1.1.3. Leaders naturels.....	9
1.1.4. DAL.....	9
1.1.5. FDAL.....	9
1.2. APPROCHE ASSAINISSEMENT TOTAL PILOTE PAR LA COMMUNAUTE.....	10
1.2.1. Genèse.....	10
1.2.2. Principes de l'approche ATPC.....	10
1.2.3. Etapes de mise en œuvre.....	10
1.2.4. Limites de l'approche.....	12
1.3. QUELQUES ETAPES DE MISE EN ŒUVRE DE L'ATPC EN GUINEE.....	13
1.3.1. Les différents niveaux de suivi.....	13
1.3.2. Evaluation de l'état de fin de défécation à l'air libre (FDAL) et de l'assainissement total.....	14
1.3.4. Méthodologie d'évaluation.....	14
1.4. Célébration de l'état FDAL.....	16
1.5. Suivi post FDAL et la pérennisation du changement de comportement.....	16
II CHAPITRE II : MATÉRIELS ET MÉTHODES	
2.1. PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE.....	18
2.1.1. Profil historique de la commune rurale.....	18

2.1.2.	Situation géographique.....	18
2.2.	Matériel.....	19
2.3.	Méthodologie.....	20
2.3.1.	Analyse des facteurs socio-économiques de la reprise de la défécation à l'air libre.....	20
2.3.2.	Analyse du mécanisme de suivi mis en œuvre avant et après certification...	21
2.3.3.	Proposition de stratégies de sauvegarde des acquis de l'ATPC pour les villages déclarés FDAL.....	22
2.4.	Appréciation de la situation sanitaire dans les villages.....	23
2.5.	Vérification de la reprise de la défécation à l'air libre.....	23
2.6.	Traitement et analyse des données.....	23
III	CHAPITRE III : RESULTATS.....	
3.1.	Analyse des facteurs socio-économiques de la reprise de la défécation à l'air libre.....	25
3.1.1.	Facteurs économiques.....	25
3.1.2.	Facteurs sociaux.....	26
3.1.3.	Facteurs culturels.....	26
3.2.	Analyse du mécanisme de suivi mis en œuvre avant et après certification.....	27
3.2.1.	Suivi pendant la mise en œuvre du projet.....	27
3.2.2.	Suivi après la certification.....	28
3.2.3.	Non décentralisation des institutions d'assainissement.....	28
3.3.	Proposition de stratégies de sauvegarde des acquis de l'ATPC pour les villages déclarés FDAL.....	29
3.4.	Appréciation de la situation sanitaire dans les villages.....	30
3.5.	Vérification de la reprise de la défécation à l'air libre.....	31
3.6.	Evaluation du taux de rechute dans les villages certifiés.....	32
	Conclusion partielle.....	32
IV	CHAPITRE IV : ANALYSE ET DISCUSSION.....	34
	Conclusion partielle.....	38
	CONCLUSION GENERALE.....	39
	Bibliographie.....	43
	ANNEXES.....	45

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Principales étapes de l'ATPC.....	12
Figure 2 :	Différents niveaux de suivi de l'ATPC en Guinée.....	13
Figure 3 :	Carte de la commune Rurale de Palé.....	24
Figure 4 :	Membres de coopérative d'intérêt économique local.....	25
Figure 5 :	Temps d'occupation des paysans aux travaux champêtres.....	26
Figure 6 :	Personnes aptes à réaliser des latrines avec dalles en béton.....	26
Figure 7 :	Facteurs culturels influençant la reprise de la défécation à l'air libre.....	27
Figure 8 :	Maintien de la durabilité du statut FDAL.....	29
Figure 9 :	Situation épidémiologique des maladies d'origine hydrique de la CR.....	30
Figure 10 :	Situation épidémiologique des maladies d'origine hydrique de la CR.....	31
Figure 11 :	Situation épidémiologique des maladies d'origine hydrique de la CR.....	31
Figure 11 :	Etat de reprise de la défécation à l'air libre.....	31

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Pourcentage minimum de ménages/concessions à visiter pour l'évaluation	15
Tableau 2 :	Distance entre les districts et le chef-lieu de la Préfecture.....	18
Tableau 3 :	Répartition des populations enquêtées par village par focus groupe.....	19
Tableau 4 :	Plan d'échantillonnage de la population enquêtée	20
Tableau 5 :	Taux de rechute des villages certifiés.....	32
Tableau 6 :	Recommandations.....	39

LISTE DES PHOTOS

Figure 1 :	Focus group avec le groupement Nélémenou de Palé II.....	45
Figure 2 :	Focus group avec le groupement Wélikéma de Gbénéouli.....	45
Figure 3 :	Présence de fèces à Gninéta.....	45
Figure 4 :	Visite environnementale et découverte des zones de défécation à Palé II..	46
Figure 5 :	Entretien avec un chef de ménage à Gbénéouli.....	46
Figure 6 :	Entretien avec le chef de village de Gbénéouli.....	46

INTRODUCTION

La défécation à l'air libre suscite un réel problème de santé chez les enfants de moins de cinq (5) ans (UNICEF 2013). En effet, la pollution de l'environnement à travers les fèces entraîne le péril fécal qui engendre des maladies d'origine hydriques qui sont en partie responsables des causes de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

Dans le cadre de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement, toutes les régions ont enregistré une baisse du nombre de personnes pratiquant la défécation à l'air libre (UNICEF 2017). Une progression considérable en termes d'accès aux infrastructures d'assainissement a été ressentie dans plusieurs zones contribuant ainsi à améliorer les pratiques d'hygiène. L'accès aux infrastructures d'assainissement a permis à toutes les régions d'enregistrer une baisse du nombre de personnes pratiquant la défécation à l'air libre.

Selon (UNICEF 2012), le nombre de personnes déféquant en plein air a diminué de 244 millions pour s'établir à 104 millions en 2011 dans le monde. Les taux de défécation en plein air ont donc connu une diminution considérable. Mais cette évolution diffère d'une région à l'autre.

En Asie du Sud, le nombre de personnes déféquant en plein air a atteint un pic vers 1995 pour diminuer ensuite. Ce n'est qu'en Afrique subsaharienne qu'il continue d'augmenter. (UNICEF 2012). La progression du nombre de personnes pratiquant la défécation à l'air libre en Afrique est due à la forte croissance démographique ayant provoqué la hausse du nombre de personnes pratiquant la défécation à l'air libre, lequel est passé de 204 à 220 millions de personnes (UNICEF 2017)

En Inde, l'accès des femmes aux toilettes ne se faisait pas sans difficultés, elles ne se sentaient pas à l'aise à l'idée d'utiliser la latrine construite près de l'entrée de la cour familiale où se rassemblent souvent les hommes (House et Cavill 2015). Les femmes et les jeunes filles peuvent se sentir mal à l'aise ou être empêchées d'utiliser les toilettes du ménage en raison des pratiques culturelles, conduisant ces dernières à opter pour la défécation à l'air libre. Les pratiques de défécation à l'air libre persistent à plusieurs endroits du globe.

En Afrique subsaharienne, 45 % de la population utilise des installations soit partagées, soit non améliorées, et 25 % défèquent en plein air (UNICEF 2014).

En Guinée, l'objectif 7 des OMD visant à assurer un environnement durable n'a pas été atteint. La Guinée à l'instar de certains, pratique encore la défécation à l'air libre. En matière d'utilisation des toilettes améliorées, la situation nationale s'est légèrement dégradée depuis 2007, année de référence de la dernière évaluation en passant de 31,8% à 30,7% (OMD 2014). Cette petite baisse de la couverture nationale en matière d'assainissement impacte les conditions d'hygiène et la santé des populations.

L'enquête démographie et santé à indicateurs multiples (EDS-MICS) montre une persistance des maladies hydriques telles que la diarrhée qui touchent 16 % des enfants de moins de cinq ans et qu'en outre, dans 3 % des cas, il y avait du sang dans les selles (EDS-MICS 2012). Ces diarrhées affaiblissent les enfants et constituent l'une des causes de la mortalité infantile pour les moins de cinq ans.

Depuis l'adoption de l'ATPC en Guinée en 2009, 5350 villages ont été déclenchés dans les huit (8) régions du pays et 2871 ont été certifiés soit un taux de certification 53% (DNACV 2017). L'approche ATPC a permis aux populations d'accéder aux infrastructures d'assainissement.

Dans la région administrative de N'Zérékoré, l'utilisation de la nature pour la défécation demeure une pratique courante. En effet, 43,4% de ménages ne disposent pas de latrines ; comparativement, ce pourcentage n'est que de 21% en haute Guinée et la moyenne nationale est de l'ordre de 26% (Analyse Socio-économique de N'Zérékoré 2014). Il existe une disparité régionale en couverture en infrastructure d'assainissement, ce déficit en matière d'accès à l'assainissement est l'une des raisons qui expliquent la récurrence des maladies diarrhéiques dans la région. L'insuffisance d'infrastructure rend les populations vulnérables et les maintient toujours dans un état de mauvaises pratiques d'hygiène, ce qui les expose à des maladies.

Avec l'introduction de l'ATPC à N'Zérékoré, de 2009 à 2016, 1520 villages ont déclenchés parmi lesquels 860 ont certifiés soit un taux de certification de 56,5% (DNACV 2017). L'approche ATPC favorise l'accès aux infrastructures d'assainissement à un plus grand nombre de citoyens.

Depuis l'introduction de cette approche un programme a été initié et financé dans cette région par UNICEF et l'ONG Plan/Guinée. Cette action a contribué fortement à la réduction de la pratique de la défécation à l'air libre ces derniers temps. Dans cette même optique de

programme d'appui, en 2017 ; 447 villages ont été déclenchés parmi lesquels 378 ont été certifiés FDAL (DNACV 2017).

Dans la même logique d'appui à l'Etat et aux ONG évoluant dans la région, l'ONG PRIDE/Guinée a implémenté un projet d'ATPC dans la commune rurale de Palé, visant l'amélioration des pratiques d'hygiène et la santé des citoyens suite à un financement de l'UNICEF. Dans cette commune, les populations vivaient dans l'insalubrité et la pratique de la défécation à l'air libre (DAL) était très courante, ce qui eut pour corolaires l'apparition et la persistance des maladies diarrhéiques.

Les activités menées ont contribué à assainir la zone et ses environs, amélioré en majorité les pratiques d'hygiène de la population. Le lavage des mains, l'utilisation hygiénique des latrines, le nettoyage des concessions sont devenus des actes quotidiens. Au terme du projet des villages ont été certifiés Fin de Défécation à l'Air Libre (FDAL). Cet état de fait ne fut que de courte durée car, un mois après la certification, nombreux sont les populations qui avaient eu recours encore à la nature pour la DAL. La reprise de la DAL touche une frange de la population, mais peut également affecter les citoyens. Cette reprise peut susciter une grande interrogation au vu du progrès réalisé en matière de pratique d'hygiène et de l'adhésion des populations au projet. C'est pourquoi, nous nous sommes demandés pourquoi la défécation à l'air libre a repris après la certification de la fin de défécation à l'air libre.

Pour répondre à cette question, nous nous sommes proposé le thème intitulé : *« Contribution à l'identification des causes de la reprise de la défécation à l'air libre dans les villages certifiés de la commune de Palé en Guinée »*.

Contexte et justification

La région administrative de N'Zérékoré à l'instar des autres régions de la Guinée se trouve confrontée à des problèmes d'eau, d'hygiène et d'assainissement tant urbain que rural. Pour résoudre ces problèmes, l'Etat guinéen à travers ses partenaires au développement, intervient dans les communautés rurales et urbaines pour améliorer l'accès des populations à ces services sociaux de base.

Avec l'introduction de l'approche Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) en Guinée en 2009, plusieurs villages de cette région ont bénéficié de cette action, leur cadre de vie a été amélioré et certains d'entre eux ont été certifiés FDAL (Fin de Défécation à l'Air Libre). Dans la même logique, la commune rurale de Palé a bénéficié des activités de promotion

d'hygiène par l'approche ATPC. Plusieurs villages ont adopté des comportements hygiéniques au terme du projet et la DAL a cessé. Cet état de fait ne fut pas durable, car la majeure partie d'entre eux ont relâché ces acquis. La reprise de la DAL est perceptible dans la majeure partie des villages après la certification. Il nous a donc paru opportun de nous intéresser sur cet état de fait et de résoudre cette problématique. D'où la nécessité de traiter ce sujet en vue d'en déterminer les causes et de proposer des solutions idoines.

Objectifs de l'étude

➤ Objectif global

L'objectif général est de contribuer à identifier les causes de la reprise de la défécation à l'air libre dans cinq (5) villages.

➤ Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement il s'agira :

- Analyser les facteurs socio-économiques et culturels des ménages qui ont conduit à la reprise de la défécation à l'air libre
- Evaluer le mécanisme de suivi mis en place avant et après la certification
- Proposer des stratégies de sauvegarde des acquis de l'ATPC pour les villages déclarés FDAL

Le document est structuré de la manière suivante :

Le premier chapitre porte sur la revue bibliographique. IL est consacré à documents traitant du sujet, à la définition de quelques concepts, une description de l'approche ATPC et quelques étapes de l'ATPC en Guinée. Le deuxième chapitre décrit toutes les méthodes et matériel utilisés dans la collecte des données ; le troisième chapitre traite les résultats obtenus au terme de cette étude ; et enfin la discussion des résultats, la conclusion et les recommandations sont annoncées dans le dernier chapitre.

CHAPITRE I : SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE

Pour mieux cerner notre revue sur le sujet nous avons effectué une revue de littérature.

1.1. Définition des concepts

1.1.1. ATPC : L'ATPC correspond à l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (CLTS en anglais). Il s'agit d'une approche intégrée permettant la réalisation de la FDAL (Fin de la Défécation à l'Air Libre) et le maintien de cet état. L'ATPC consiste à encourager la communauté à analyser sa propre situation en matière d'assainissement, ses pratiques en matière de défécation et leurs conséquences, suscitant ainsi une action collective visant à atteindre l'état FDAL (Kar et Chambers 2008).

1.1.2. Certification est la confirmation et la reconnaissance officielles de l'état de Fin de la Défécation à l'Air Libre (FDAL) (Kar et Chambers 2008).

1.1.3. Leaders naturels ou **Chefs naturels (NC)** (également appelés Chefs spontanés au Bengale) sont des activistes et des enthousiastes qui se démarquent et assument un leadership au cours des processus ATPC. Hommes, femmes, jeunes et enfants peuvent tous être des chefs naturels. Certains chefs naturels deviennent des consultants communautaires, provoquant des actions de nature à encourager et à soutenir d'autres communautés que la leur (Kar et Chambers 2008).

1.1.4. DAL signifie Défécation à l'Air Libre – déféquer et laisser les déchets exposés à l'air libre (Kar et Chambers 2008).

1.1.5. FDAL renvoie à la Fin de la Défécation à l'Air Libre, c'est-à-dire lorsque les matières fécales ne sont plus directement exposées à l'air libre. Une latrine sans couvercle représente une forme de Défécation à l'Air Libre (Défécation à l'Air Libre à un point fixe) ; si elle est munie d'un couvercle empêchant les mouches d'entrer en contact avec les matières fécales, (recouvertes ou non de cendre après la défécation), elle peut alors être qualifiée de FDAL. Le fait de déféquer dans une tranchée et de recouvrir les matières fécales peut constituer une transition du statut DAL vers celui de FDAL (Kar et Chambers 2008).

1.2. APPROCHE ASSAINISSEMENT TOTAL PILOTE PAR LA COMMUNAUTE

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

1.2.1. Genèse

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 Water Aid Bangladesh, de son partenaire local VERC (Village Education Ressources Center) ainsi que des travaux qu'il a effectués par la suite au Bangladesh entre fin 99 et 2000. Ces travaux ont mené à la découverte de l'approche ATPC dans laquelle l'utilisation des méthodes d'ERP (Evaluation Rurale Participative) permet aux communautés locales d'analyser leurs conditions sanitaires et de prendre conscience collectivement du terrible impact de la Défécation à l'Air Libre (DAL) sur la santé publique et sur leur proche environnement (Kar et Chambers 2008).

1.2.2. Principes de l'approche ATPC

L'ATPC a une politique de non subvention de matériels et une approche de non intervention du facilitateur. Elle se garde de prescriptions pour des modèles de latrines. Sa mise en œuvre nécessite différentes étapes (DIGRAH 2014).

1.2.3. Etapes de mise en œuvre

Dans sa version initiale, la mise en œuvre de l'ATPC nécessite quatre étapes fondamentales à suivre.

1.2.3.1. Avant le déclenchement (préparation)

Cette étape est la première dans la mise en œuvre de l'approche. Elle consiste à choisir une communauté en tenant compte de plusieurs facteurs dont la taille des communautés (les hameaux sont préférés aux gros villages), la localisation des lieux (les zones reculées des villes sont préférés aux zones proches des villes), une couverture nulle de l'assainissement dans la zone environnante. On choisit de la préférence des zones socialement et culturellement homogènes, etc.

Pour la suite, il est indispensable de se présenter aux autorités locales et établir de bonnes relations (DIGRAH 2014).

1.2.3.2. Le déclenchement

Cette seconde étape se déroule en deux phases :

- **Analyse participative du profil sanitaire de la communauté**

Cette phase consiste à mener des actions avec la communauté pour établir le profil sanitaire de la communauté. Dans une communauté, les individus réagissent différemment au déclenchement. Aussi, plusieurs outils sont utilisés pour déclencher le maximum de personnes, voire toute la communauté. Il s'agit notamment de la cartographie des zones de défécations, la marche à travers les zones de défécations, le calcul de la quantité de fèces produits et celui des dépenses médicales et enfin les voies de contamination féco-orale, etc (DIGRAH 2014).

- **Lancement**

Cette phase décrit le moment de déclenchement où les populations réalisent de manière collective que tous ingèrent des matières fécales à cause de la défécation à l'air libre et que cela continuera aussi longtemps qu'aucune mesure ne sera prise. A la suite du déclenchement succède l'étape d'après déclenchement (DIGRAH 2014).

1.3.3.3. Après le déclenchement

Cette troisième étape se déroule en deux phases :

- **Planification des actions par la communauté**

Cette phase consiste à laisser les communautés décider elles-mêmes des actions à mener pour mettre fin à leur état d'assainissement. Elles décident donc de la construction de latrines. Afin d'accompagner des populations nouvellement déclenchées, il est primordial d'effectuer un suivi (DIGRAH 2014).

- **Suivi**

Le suivi consiste à visiter aussi vite et autant que possible les communautés qui ont le mieux réagi au déclenchement et un peu plus tard et moins souvent les communautés qui ont le moins réagi (DIGRAH 2014).

1.2.3.4. Le passage à l'échelle et au-delà de l'ATPC

Les principales étapes de l'approche ATPC sont résumées à la figure 2

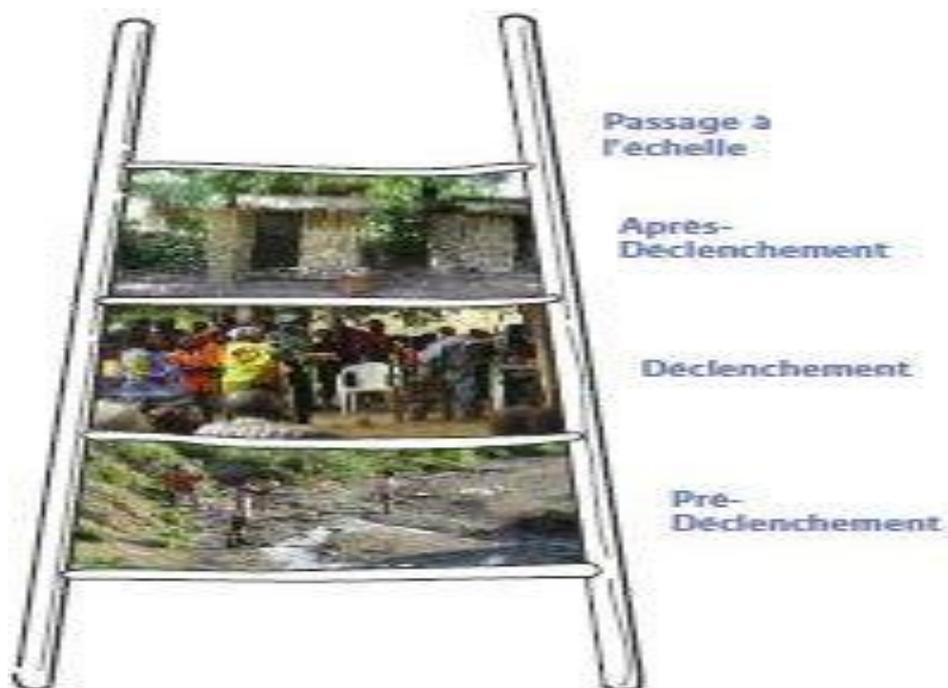


Figure 1 : Principales étapes de l'ATPC

1.2.4. Limites de l'approche

L'ATPC est une approche d'assainissement et comme toutes œuvres humaines, elle a des limites qui peuvent rendre un village moins propice au déclenchement. En effet, plusieurs conditions peuvent constituer à elles-seules ou combinées, des défis à l'ATPC. Il s'agit de sa mise en œuvre dans :

- ✓ Des gros villages
- ✓ De zones socialement et culturellement hétérogènes
- ✓ Des zones où il existe un programme actuel ou préalable, voisin ou national de subvention aux ménages ;

- ✓ Les zones dont les conditions géologiques sont difficiles c'est-à-dire qui présentent des formations rocheuses ou des nappes phréatiques affleurant, des zones sableuses pouvant empêcher la réalisation de plusieurs types de latrines etc (Kar et Chambers 2008).

Par ailleurs, l'ATPC elle seule ne peut garantir la construction des toilettes ou la durabilité des ouvrages réalisés dans certains contextes. Plusieurs expériences ont montré que sans appui, il peut être difficile d'atteindre l'état FDAL dans certaines communautés déclenchées. Aussi, des approches hybrides ont souvent été mises en œuvre.

1.3. QUELQUES ETAPES DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'ATPC EN GUINEE

Dans cette rubrique nous verrons des étapes de mise en œuvre et plus particulièrement le suivi, le processus de certification à la FDAL, la célébration et le suivi post FDAL.

1.3.1. Les différents niveaux de suivi

Ils se déroulent par des supervisions au niveau communautaire, communautaire, préfectoral, régional et national.

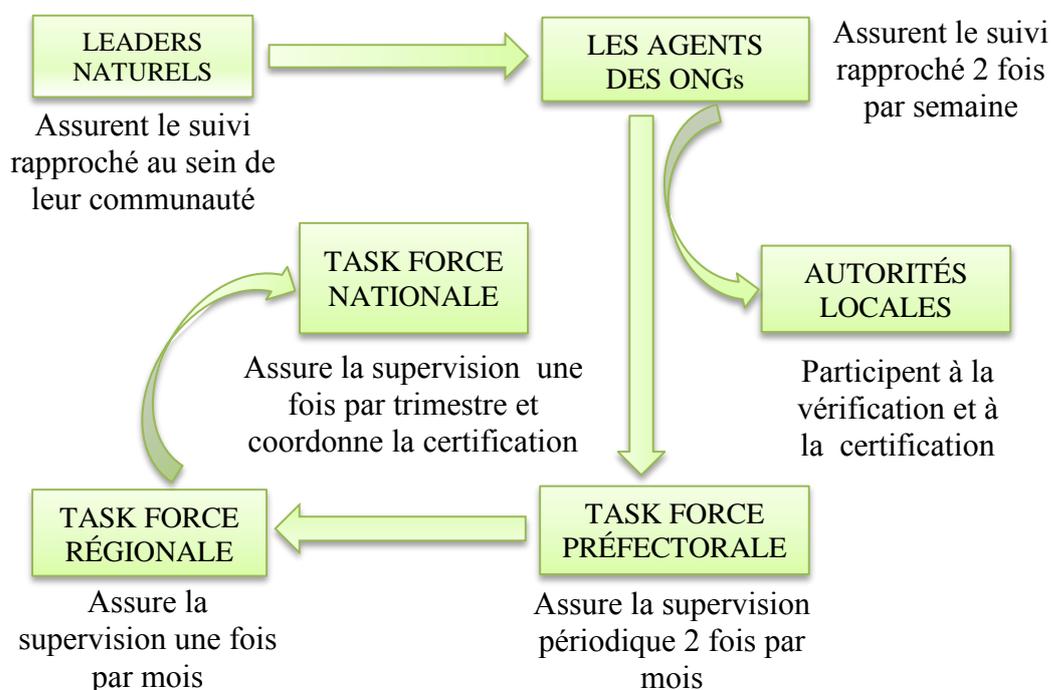


Figure N° 2 : Différents niveaux de suivi de l'ATPC en Guinée

Source : DNACV(2015)

1.3.2. Evaluation de l'Etat de fin de défécation à l'air libre (FDAL) et de l'assainissement total

L'évaluation de l'état FDAL s'articule sur les critères suivants :

- Zéro défécation à l'air libre
- Chaque ménage dispose de latrine et l'utilise
- Les latrines sont en bon état, bien entretenues, et les trous équipés de couvercle adapté
- Présence d'un dispositif de lavage des mains à l'intérieur ou à proximité des latrines avec du savon ou des cendres sèches
- Existence d'un système de gestion des déchets (ordures ménagères, excréments d'animaux, eaux usées)
- Existence de latrines hygiéniques et propres dans les écoles et autres lieux publics (marchés, mosquées, églises, centres de santé) (DNACV 2015)

1.3.3. Processus de préparation de la certification

Tous les acteurs impliqués dans le processus de suivi sont informés. Les informations circulent de façon échelonnés de la base jusqu'au sommet.

- Le comité villageois d'assainissement (CVA) informe la structure de mise en œuvre que l'état FDAL est atteint.
- La structure de mise en œuvre après vérification des données informe la Task force préfectorale (TFP) qui se charge d'informer la Task force régionale (TFR).
- La Task force préfectorale se charge de mobiliser les membres du comité d'évaluation.
- Un calendrier d'évaluation est établi par la Task force régionale et la structure de mise en œuvre.
- Le Gouverneur/Préfet/Sous-Préfet et les Présidents de CR concernées sont informés du calendrier au moins deux (2) semaines à l'avance afin qu'ils puissent prendre leurs dispositions (DNACV 2015).

1.3.4. Méthodologie d'évaluation

Cette méthodologie s'accroît sur les points suivants :

1.3.4.1. Vérification des critères FDAL

Vérifier le nombre de ménage par concession, le respect des critères d'atteinte de la FDAL au niveau de chaque ménage, les anciens sites DAL identifiés lors du déclenchement pour constater l'absence de trace de (DNACV 2015).

1.3.4.2. Vérification des critères ATPC

Vérifier l'entretien des latrines, la disponibilité du dispositif de lavage des mains, la fermeture de trou de défécation des latrines, la protection des aliments et des points d'eau, la bonne gestion du cadre de vie du village, l'existence de latrines dans les lieux publics et les signes visibles de changement de comportement (DNACV 2015).

1.3.4.3. Discussion avec le CVA

Discuter sur la carte communautaire avec les résultats des visites, féliciter le comité et faire des recommandations (DNACV 2015).

1.3.4.4. Catégorisation des villages : classer les villages en quatre (4) groupes en fonction des progrès réalisés et des avancées obtenues en ATPC (DNACV 2015).

Tableau N° 1 : Pourcentage minimum de ménages/concessions à visiter pour l'évaluation

Nombre total de ménages/concessions	Pourcentage minimum de ménages/concessions à visiter
0 à 25	100%
De 26 à 29	26
De 30 à 34	27
de 35 à 39	28
de 40 à 44	29
de 45 à 49	30
de 50 à 54	31
de 55 à 59	32
de 60 à 64	33
de 65 à 69	34
de 70 à 74	35
de 75 à 79	36
de 80 à 84	37
de 85 à 89	38
de 90 à 94	39
de 95 à 99	40
de 100 à 149	45

de 150 à 199	50
de 200 à 249	55
de 250 à 300	60
de 300 à 399	70
de 400 à 499	80
à partir de 500	100

Source :(DNACV 2015).

1.4. Célébration de l'état FDAL

- Inviter de hauts fonctionnaires, des politiciens, des journalistes et d'autres acteurs de la presse ainsi que les chefs des autres villages (FDAL et non FDAL) ou les circonscriptions administratives de même ordre.
- Vérifier que les personnalités qui prendront la parole sont informées, les encourager à inviter d'autres personnes à faire des déclarations publiques sur les avancées réalisées et les projets (DNACV 2015).

1.5. Suivi post FDAL et la pérennisation du changement de comportement

1.5.1. Suivi communal post FDAL

- ✓ Visiter les latrines pour vérifier la présence et l'utilisation d'un couvercle de protection du trou de défécation, la propreté des latrines, la disponibilité d'eau et de savon/cendre pour se laver les mains.
- ✓ Visiter les douches pour vérifier la propreté à l'intérieur comme à l'extérieur.
- ✓ Vérifier la présence d'un pot pour la défécation des enfants.
- ✓ Observer le mode de stockage de l'eau de boisson et de la protection des aliments.
- ✓ Observer la salubrité générale de la cour.
- ✓ Observer l'hygiène corporelle des enfants et adultes.
- ✓ Discuter avec le ménage de sa situation sanitaire, d'assainissement et lui donner des conseils si nécessaire.
- ✓ Vérifier la gestion des animaux domestiques.
- ✓ Féliciter le ménage pour ses efforts et l'encourager à poursuivre (DNACV 2015).

1.5.2. Au niveau préfectoral :

Il s'agit de créer une base de données au niveau préfectoral qui sera alimentée par les données du niveau communal. La TFP visitera quelques ménages et fera le tour du village pour constater la situation une fois tous les deux mois. Ces observations sont notées dans le registre du CVA (DNACV 2015).

1.5.3. Au niveau régional :

Il s'agit de créer une base de données qui sera alimentée par les données du niveau préfectoral. Elle s'appuie sur la TFP pour assurer le suivi trimestriel et accompagner les communautés post-FDAL durant au moins une année après la certification FDAL (DNACV 2015).

1.5.4. Au niveau national :

Il s'agit de créer une base de données du niveau régional. La TFN va procéder au suivi en s'appuyant sur le rapport trimestriel fourni par la TFR (DNACV 2015).

Chapitre II : MATERIEL ET METHODES

Ce chapitre traite du matériel utilisé pour la collecte des données et de l'approche méthodologique mis en œuvre pour la réalisation de ce travail.

2.1. PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE

2.1.1. Profil historique de la Commune Rurale

Le village de Palé, chef-lieu de la Commune Rurale (CR) fut créé vers 1575 par « Kiayili » en provenance de Yalenzou (une des communes rurales de N'Zérékoré). Le nom Palé qui est une altération du mot Kpèlè : (Palihou) qui signifie lieu situé entre deux rivières. Il fut érigé en arrondissement en 1982, en sous-préfecture en 1984 puis en communauté rurale de développement en 1992, actuelle CR (PDL Palé 2016).

2.1.2. Situation géographique

La commune rurale de Palé couvre une superficie de 112 km² et située à 54 km de la commune urbaine de N'Zérékoré, elle est limitée

- Au Nord par la CR de Koropara
- Au Sud par la CR de Samoé
- A l'Ouest par la CR de Koulé
- A l'Est par les CR de Gouécké et Womey

La CR de Palé compte six(6) districts (PDL Palé 2016).

Tableau N°2 : Distance entre les districts et le chef-lieu de la Préfecture

Districts	Km/chef-lieu CR	Km chef-lieu de la Préfecture
Palé I	0 km	54 km
Palé II	0 km	54 km
Kéorah	7 km	61 km
Gbianta	9 km	63 km
Ouyéyé	8 km	62 km
Zogbéanta	7 km	61 km

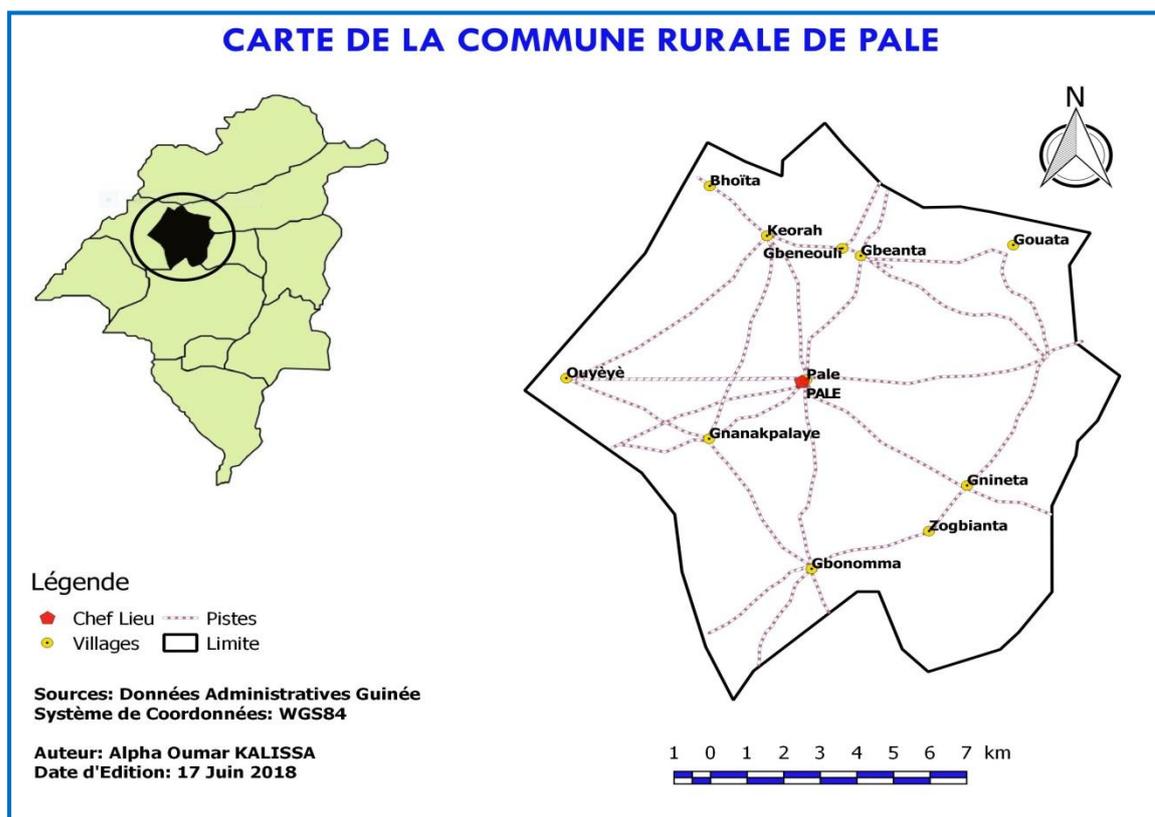


Figure 3 : Carte de la commune rurale de Palé

2.2. MATERIEL

Pour la réalisation de cette étude le matériel suivant a été requis. Cette liste n'est pas exhaustive et est composée entre autres :

- De fiche d'enquêtes ménages pour déterminer les facteurs socio-économiques et culturels qui ont conduit à la reprise de la défécation à l'air libre
- De fiches d'enquêtes pour les élus locaux qui permettent de situer leur niveau d'implication et leur rôle dans le suivi des activités ATPC et post certification
- De fiches d'enquêtes pour les groupements et associations permettant de connaître leur niveau d'implication pour la sensibilisation et le suivi post FDAL
- De fiches d'enquêtes pour les chefs de villages pour leur implication dans la mise en œuvre des activités ATPC
- Des questionnaires pour le bailleur de fonds sur le financement de l'activité, la coordination, la supervision et le suivi des activités du projet
- Des questionnaires pour l'ONG sur la communication, la supervision et l'approche utilisée pour la réalisation des activités
- Des questionnaires pour les services étatiques sur la supervision des activités du projet

- Un appareil photo numérique de marque Samsung pour les prises de vue
- Microsoft Word et Excel, pour la saisie et le traitement statistique des données
- Quantum Gis pour la réalisation de la carte

Le matériel décrit ci-dessus a permis de réaliser cette étude méthodologique

2.3. METHODOLOGIE

2.3.1. Analyse des facteurs socioéconomiques qui ont conduit à la reprise de la défécation à l'air libre

Pour analyser les facteurs socio-économiques et culturels, nous avons réalisé des enquêtes par questionnaires et par focus groupe. Sur 12 villages répertoriés dans la commune rurale de Palé, les villages d'enquête ont été ceux ayant reçu l'équipe de certification. Sur la base de ce critère, 5 villages ont été choisis.

Pour recueillir des informations de nature qualitative devant refléter le plus possible l'opinion générale des populations de la CR de palé, des focus groups ont été réalisés dans chacun des villages choisis sur les facteurs socioéconomiques qui ont conduit à la reprise de la défécation à l'air libre. Les séances de discussion et d'échange avec les populations ont été réalisées en utilisant le guide d'entretien. Au total, 5 focus groupes ont été organisés pour 74 personnes dans l'ensemble des 5 villages (Annexe 1et 2).

La méthode par focus groupe a consisté à organiser une rencontre avec un nombre représentatif de groupes homogènes (trois groupements et deux associations). Cette méthode a permis de susciter une discussion ouverte à partir d'une grille d'entrevue définissant les termes de référence de l'étude. Les séances de discussion de groupes ont permis de recueillir des informations sur les capacités des villageois à se doter de latrines, les causes de la reprise de la défécation à l'air libre, la durabilité du statut FDAL.

Tableau N° 3: Répartition des populations enquêtées par focus groupe

Villages	Personnes enquêtées par groupement
Palé II	19
Gninéta	14
Gbénéouli	15
Bhoïta	13
Gnanapkalaye	13

Dans une seconde étape, un questionnaire a été administré à un échantillon représentatif de ménages afin de compléter les informations reçues lors des entretiens de groupes. Pour le choix des enquêtés, un critère a été prédéfini, il s'agit d'être chef de ménage. La taille de l'échantillon a été déterminée en utilisant la formule suivante :

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot e^2} \text{ (INSG 2014).}$$

Dans cette formule, n est la taille de l'échantillon à interroger; N=Base de sondage, e=Niveau de précision fixé à 5%.

Cet échantillon a été réparti proportionnellement à la taille de la base de sondage par point de référence.

La population de l'ensemble des cinq (5) villages à l'étude est de 3989 habitants, sachant qu'un ménage moyen est de 7 personnes (SNC-LAVALIN/SOGEDEG 2000), la taille de la population cible (base du sondage) est de 570 ménages.

En appliquant la formule on obtient :

$$n = \frac{570}{1 + 570(0.05^2)} = 235$$

Le nombre de ménage à enquêter est de **235**

Le plan d'échantillonnage est donné dans le tableau suivant :

Tableau N° 4 : Plan d'échantillonnage de la population enquêtée

Points de référence	Population	Base de sondage	Echantillon	Enquêtés réels
Palé II	1079	154	62	51
Gninéta	751	107	45	39
Gbénéouli	824	118	48	40
Bhoïta	781	112	46	38
Gnanapkalaye	554	79	34	29

2.3.2. Analyse du mécanisme de suivi mis en œuvre avant et après certification

Pour analyser le mécanisme de suivi avant et post certification mis en place, nous avons procédé par des entretiens auprès de neuf (9) leaders naturels sur 19 que comptent les villages d'enquête. Nous avons ensuite réalisé des enquêtes par questionnaire auprès des autorités administratives de la commune rurale et de deux (2) agents de l'ONG PRIDE/Guinée qui a exécuté le projet. Des questionnaires ont été administré également au bailleur de fonds, représenté par le Manager WASH de l'UNICEF-N'Zérékoré et des Directions préfectorale et

régionale de l'environnement. Le choix de ces différentes entités tient compte de leur implication dans le processus de mise en œuvre de l'ATPC dans cette localité. Avec toutes ces personnes ressources nous avons cherché à comprendre le rôle joué et identifié le niveau d'implication de chaque acteur depuis la mise en œuvre jusqu'après la certification.

Avec les leaders naturels, une consultation de leurs registres de suivi des activités fut réalisée, suivie d'entretiens. Les entretiens tournaient autour de l'évolution du programme de latrinisation, du respect du plan d'action ATPC du village, et l'application des recommandations des agents de l'ONG lors de leurs activités de suivi.

Avec les agents de l'ONG, un entretien a été organisé et gravitait sur la supervision, le temps de mise en œuvre des activités, la communication et la collaboration avec les paysans.

Pour appréhender le niveau d'implication des autorités administratives de la commune rurale un questionnaire leur fut adressé et était axé sur l'existence et la mise en œuvre d'une structure d'assainissement, les actions envisagées par le plan de développement local en matière d'assainissement, le mécanisme de suivi mis en œuvre et la redevabilité de la CR sur l'assainissement.

Dans le même ordre d'idée, des interviews furent réalisées avec un technicien de la Direction préfectorale de l'Environnement et trois autres de la Direction régionale de l'environnement afin de collecter des informations sur le rôle joué par ces deux structures lors du suivi et la certification. Ces questionnaires ont porté sur leur implication et le temps mis dans le suivi, les techniques de supervision utilisées, les moyens matériels et logistiques mis en œuvre et l'utilisation de la stratégie nationale d'ATPC.

Toutes ces activités nous ont permis de comprendre le mécanisme de suivi mis en œuvre et déceler des failles au niveau de certains acteurs impliqués dans le processus.

2.3.3. Proposition des stratégies de sauvegarde des acquis de l'ATPC pour les villages déclarés FDAL

Pour proposer des stratégies de sauvegarde des acquis de l'ATPC, un questionnaire a été administré aux ménages pour évaluer leur niveau de connaissance sur le maintien de la durabilité du statut FDAL après certification. Ce questionnaire gravite généralement sur les actions à mener pour maintenir ce statut et la personne qui doit jouer ce rôle. En référence aux résultats de l'étude, les causes de non durabilité des acquis de l'ATPC ont été identifiées. Les résultats obtenus ont permis d'apprécier cet état et de proposer des approches de solutions.

2.4. Appréciation de la situation sanitaire dans les villages

Pour apprécier la situation sanitaire des populations de la localité nous avons procédé par des enquêtes par questionnaire au sein de la population, cette enquête a concerné l'ensemble de la population cible, ensuite nous avons entretenu les agents du centre de santé pour apprécier l'évolution du niveau sanitaire, enfin pour corroborer toutes les informations reçues nous avons consulté les registres de consultation du centre de santé pour l'année 2017 et les rapports du district sanitaire de la Direction Préfectorale de la Santé de N'Zérékoré. Cette étude a établi une recrudescence de maladies diarrhéiques après la certification.

2.5. Vérification de la reprise de la défécation à l'air libre

Pour vérifier le niveau de reprise de la défécation à l'air libre nous avons procédé par des enquêtes par questionnaire au niveau de la population et des autorités administratives et coutumières des villages à l'étude. Aussi nous avons entretenu le comité de certification à travers un entretien semi directif. Afin de vérifier les informations fournies par les différents enquêtés, nous avons jugé utile de faire des observations environnementales. L'observation participante (visite environnementale) a été réalisée avec le comité de certification, suivi d'un guide qui nous a servi aussi de traducteur et des leaders naturels. Des observations visuelles sur le terrain ont été faites, cette démarche nous a conduits d'identifier des zones de défécation à l'air libre. Pour se faire un appareil photographique numérique a été utilisé pour la prise des vues des zones de défécation. Pour certains villages cette tâche n'a pas été difficile car les fèces étaient visibles au centre du village.

2.6. Traitement et analyse des données

A ce stade l'étude a servi de faire le traitement des données en vue de leur exploitation. Pour ce faire, les méthodes de traitement statistiques ont été utilisées. Excel a servi respectivement au dépouillement, à la saisie et au traitement des données de l'enquête. Le logiciel Word a permis la saisie du document et le logiciel quantum Gis pour la réalisation.

➤ Les interviews semi structurées

Les interviews semi structurées (ISS) sont administrées de façon individuelle ou collectives. A ce niveau les réponses sont obtenues à un nombre limité de questions prédéterminées et à de nouvelles questions soulevées dans la dynamique des réponses au cours de l'interview. Cela donne par hasard des informations imprévues.

➤ **La recherche documentaire**

La phase documentaire a consisté à la recherche de documents sur l'assainissement en milieu rural et dans la région administrative de N'Zérékoré. Dans le but de se doter d'informations, cette recherche documentaire visait les services techniques de l'assainissement notamment la Direction Régionale de l'Environnement des eaux et forêts, de la Direction préfectorale du plan et de la statistique. Elle a visé aussi la recherche de mémoires des étudiants de 2IE auprès de certains étudiants de l'institut, et sur internet.

CHAPITRE III : RESULTATS

A l'issue des travaux de recherche les résultats suivants ont été obtenus

3.1. Analyse des facteurs socio-économiques et culturels de la reprise de la défécation à l'air libre.

3.1.1. Facteurs économiques

Les facteurs économiques constituent sans doute les plus importants à la reprise de la DAL. Entres autres nous avons

➤ *Insuffisance de coopérative d'intérêt économique local*

Il y a peu de coopératives d'intérêt économique dans cette zone, mais il faut noter la présence de quelques groupements féminins qui sont en réalité des groupements de tontine, comme « Nélé ménou » (ce qui est bien), « Tina Mèni » (affaire d'avenir). Pour pallier à ces difficultés de construction de latrines, des associations ont été créées en vue d'unir les forces, comme « l'Association ATPC » à Bhoïta qui compte treize (13) membres et le groupement « Wélikéma » (on s'aime) à Gbénéouli qui compte en son sein quinze (15) membres. Ces deux associations ont réussi à réaliser la fouille et la dalle pour leurs membres moyennant une participation financière par membre qui s'élève à 15 000FG pour la première et à 20 000FG pour la deuxième. Ainsi la réalisation de la superstructure revient à la charge de l'intéressé.

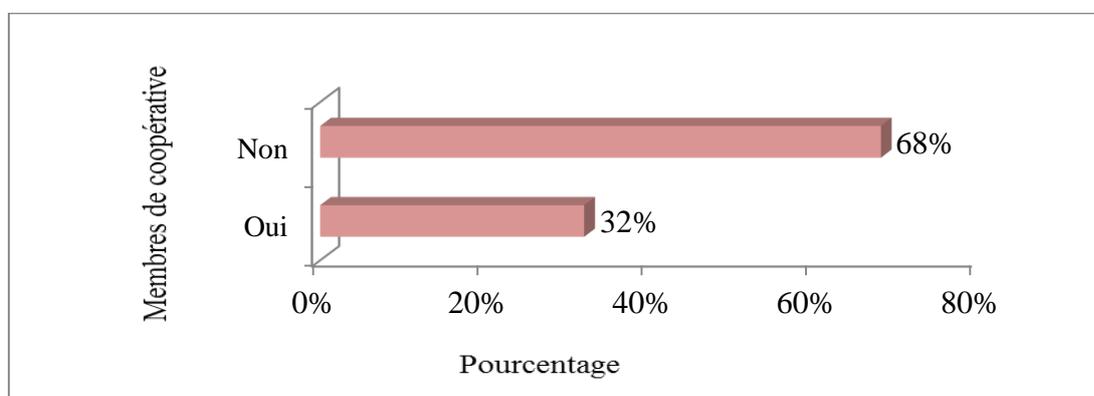


Figure 4 : Membres de coopérative d'intérêt économique local

➤ *Affinité prolongée aux travaux champêtres*

Sept (7) mois sur douze (12) 53% des paysans sont occupés par les activités champêtres. Ils forment des groupes d'entraide de défrichage appelés « Combistes », où les champs des uns et des autres sont défrichés tour à tour. La pratique de plusieurs cultures une bonne partie de l'année amène les paysans à séjourner de plus en plus dans les champs et ils ne rentrent que

tardivement au village. Cet état de fait les amène d'abord à déféquer à l'air libre et les prive ensuite de temps pour la réalisation de latrines.

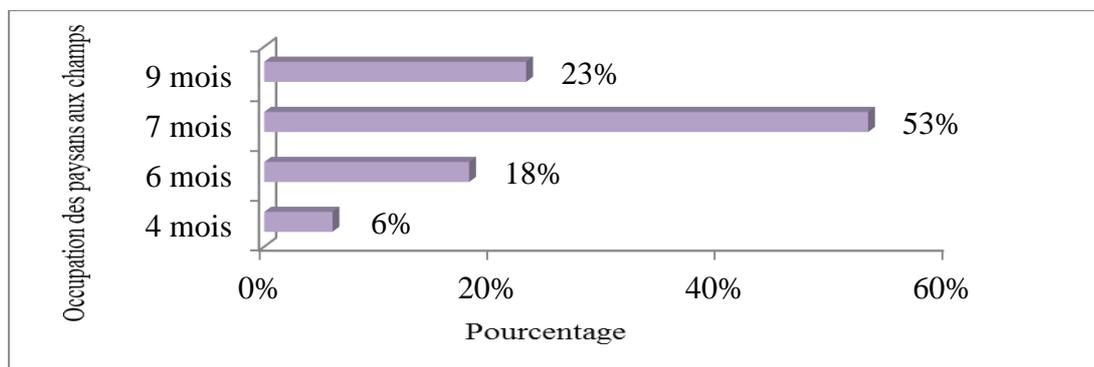


Figure 5 : Temps d'occupation des paysans aux travaux champêtres

3.1.2. Facteurs sociaux

➤ *Le complexe d'infériorité*

La majeure partie des paysans ne souhaitent réaliser des latrines de dalles en bois malgré les messages qui leur ont été véhiculés. Ils souhaitent se conformer aux autres qui eux disposent des dalles en béton armé.

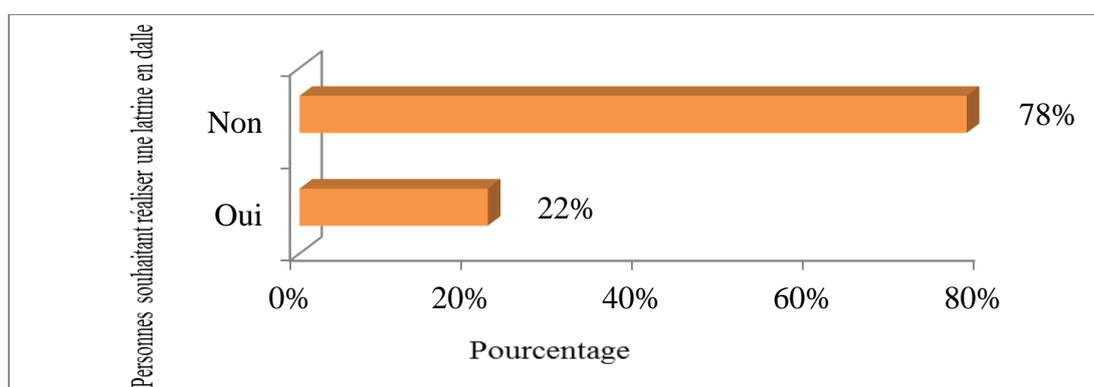


Figure 6: Personnes aptes à réaliser des latrines avec dalle en béton

3.1.3. Facteurs culturels

➤ *Pratiques ancestrales*

Une part importante des causes a été attribuée à ces pratiques, soit 63% ; car certaines personnes qui disposent de moyens n'ont pas voulu se doter de latrines. Selon eux, se doter de moyens d'assainissement constituerait un risque de manipulation de ses propres selles par une tierce personne dans le but d'être envoûté ou ensorcelé. Selon d'autres, la défécation à l'air libre est un moyen de vérification de son état de santé car, elle permet de savoir si les matières fécales sont sanguinolentes ou pas.

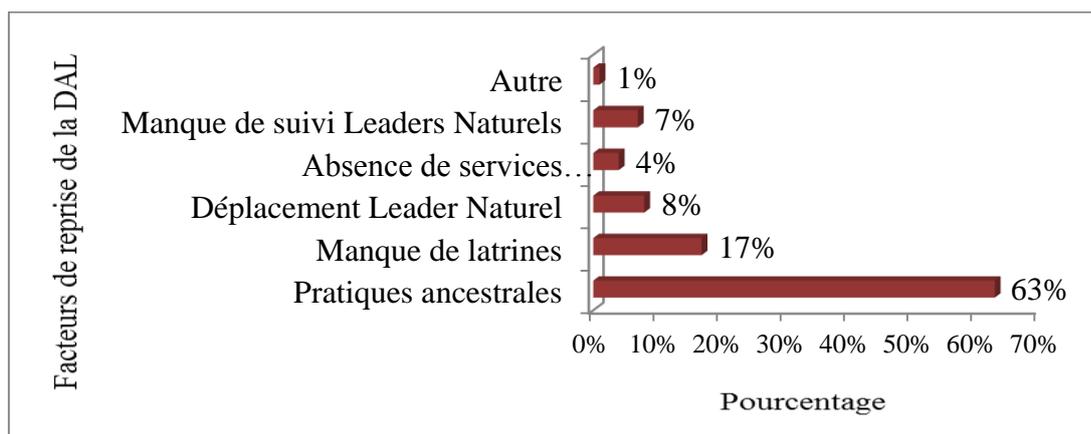


Figure 7 : Facteurs culturels influençant la reprise de la défécation à l'air libre

3.2. Analyse du mécanisme de suivi mis en œuvre avant et après certification

3.2.1. Suivi pendant la mise en œuvre du projet

Le suivi pendant la mise en œuvre était très déterminant et a impliqué quelques acteurs dans cette activité.

❖ *Suivi des leaders naturels*

Les leaders naturels assuraient le suivi à travers des registres de suivi délivrés par l'ONG et conformes à la stratégie nationale d'ATPC. Ce suivi concernait l'évolution du programme de latrinisation du village. De la réalisation de la fouille jusqu'à la superstructure de la latrine, toutes les étapes sont consignées en tenant compte des engagements des uns et des autres. Force est de reconnaître, parmi les leaders naturels certains n'ont pas pu se doter de latrines et d'autres étaient en déplacement. Cette situation porte préjudice à l'évolution du processus

❖ *Suivi des autorités administratives*

Le suivi au niveau des autorités administratives est assuré par les Directions préfectorale et régionale de l'environnement ainsi que la Direction préfectorale de la santé.

❖ *Suivi de la direction préfectorale de l'environnement*

Au niveau de la Direction préfectorale de l'environnement des eaux et forêt (DPEEF), il n'y a eu que trois supervisions au bout de six (6) mois d'activité. Il est à signaler que la Direction préfectorale de la santé à travers son service d'hygiène publique n'a pas du tout participé à la supervision.

❖ *Suivi de la direction régionale de l'environnement*

La Direction régionale de l'environnement des eaux et forêt (DREEF) n'a pas reçu de moyens de la part du bailleur de fond, à ce titre les activités de supervision n'ont pas pu avoir lieu. Elle n'est intervenue qu'en dernier ressort lors des activités de certification. Le constat révèle aussi une diminution de fréquence des activités de supervision, au lieu de deux supervisions par mois comme pour les années antérieures ; la DREEF ne réalise qu'une supervision par mois.

❖ *Suivi de l'ONG*

Le suivi par l'ONG a été assuré par ses agents déployés sur le terrain qui, pour assurer un bon suivi ont dû camper dans le chef-lieu de la commune rurale pour éviter des déplacements intempestifs entre la ville et les villages. Cette situation leur a permis d'effectuer deux séances de suivi par semaine dans tous les villages et pendant tout le processus.

❖ *Suivi du bailleur de fonds*

Au niveau du bailleur de fonds le suivi a été assuré de façon périodique, soit deux supervisions par mois pour évaluer le niveau d'avancement du processus assorties de recommandations. Ensuite des réunions de coordination et de pilotage du projet ont été organisées. Une capitalisation s'est tenue dans une préfecture de la Guinée et des innovations ont été apportées pour prendre en compte l'aspect déclenchement institutionnel.

3.2.2. *Suivi après la certification*

Après la certification le suivi n'a pas été fait, même au niveau local. Partout, les paysans rejettent la responsabilité de non suivi sur l'ONG PRIDE/Guinée qui a implémenté le projet alors que les élus locaux pouvaient jouer pleinement ce rôle. Ni les élus locaux, ni les leaders naturels, ni les animateurs de santé communautaire n'ont joué ce rôle, alors qu'ils devraient s'appropriier le projet. Pour pallier à cette situation, l'ONG a engagé une requête auprès du bailleur de fonds pour des activités de suivi post certification qui devraient débiter entre Avril-Juin 2018. Les nouveaux élus locaux et les leaders communautaires devraient être responsabilisés pour assurer ce suivi.

3.2.3. *Non décentralisation des institutions d'assainissement*

La commune rurale de Palé manque de service d'assainissement devant exécuter des projets ou faire le suivi, bien que le plan de développement local prévoit la création de ce service et des

comités d'hygiène et de salubrité. L'absence de ce service a contribué à une reprise de la DAL. Il existe des comités de point d'eau chargés de gérer ces derniers et le comité de santé et d'hygiène publique (COSANHP), qui a beaucoup plus une vocation médicale.

3.3. Proposition des stratégies de sauvegarde des acquis de l'ATPC pour les villages certifiés FDAL

Pour maintenir le statut FDAL durable plusieurs propositions ont été énumérées, mais la majeure partie d'entre elles gravitent autour des leaders naturels.

Partout on réclame l'augmentation des leaders naturels, 33% des cas enquêtés estiment qu'il faut augmenter le nombre des leaders naturels.

Le combat contre les pratiques traditionnelles est déterminant pour la durabilité du statut FDAL, 22% des ménages sollicitent cette action.

Dans tous les villages les populations souhaitent le renforcement de capacités et la rémunération des leaders pour bien mener leurs activités avec un avis favorable de 11%.

Une frange non négligeable souhaite que le suivi soit assuré par l'ONG PRIDE/Guinée, ce taux est de l'ordre de 14%.

6% prétendent le renouvellement des leaders naturels, tandis que 9% des citoyens admettent que le maintien du statut FDAL doit être assuré par les leaders naturels.

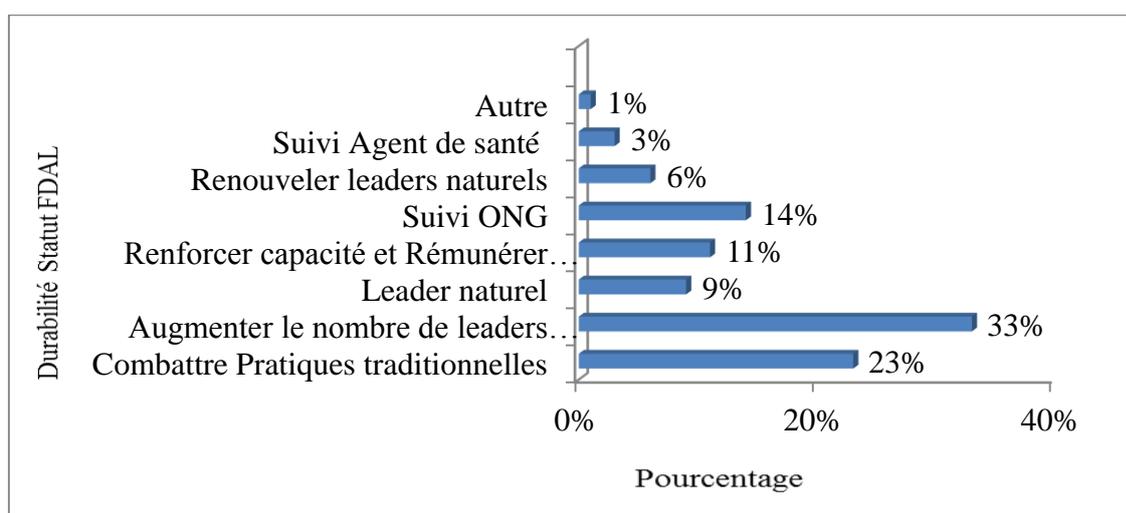


Figure 8: Maintien de la durabilité du statut FDAL

3.4. Appréciation de la situation sanitaire dans les villages

L'appréciation de la situation sanitaire des habitants a été faite suivant trois phases, avant le déclenchement (de janvier à mars 2017), pendant la mise en œuvre du projet (d'avril à septembre 2017) et après la certification (d'octobre à décembre 2017). Les données ont été obtenues après consultation des registres de consultation du centre de santé de Palé et les rapports du district sanitaire (SNIGS 2017).

3.4.1. Avant le déclenchement

Les données de la figure 9 montrent une évolution importante de cas des maladies avant le déclenchement. L'insalubrité de la zone et l'absence de bonnes pratiques d'hygiène sont à la base de cette situation.

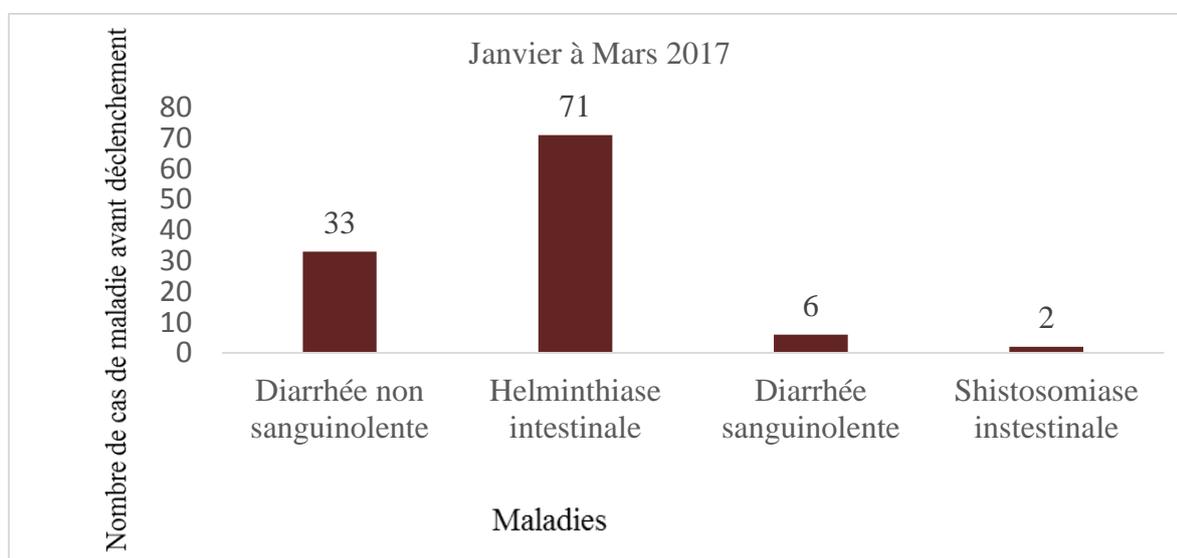


Figure 9: Situation épidémiologique des maladies d'origine hydrique de la CR

3.4.2. Evolution sanitaire pendant la mise en œuvre

Au cours de la mise en œuvre il y eu a une baisse drastique du nombre de cas de maladies diarrhéiques et des vers intestinaux, signes qui prouvent que les activités d'ATPC ont porté fruit.

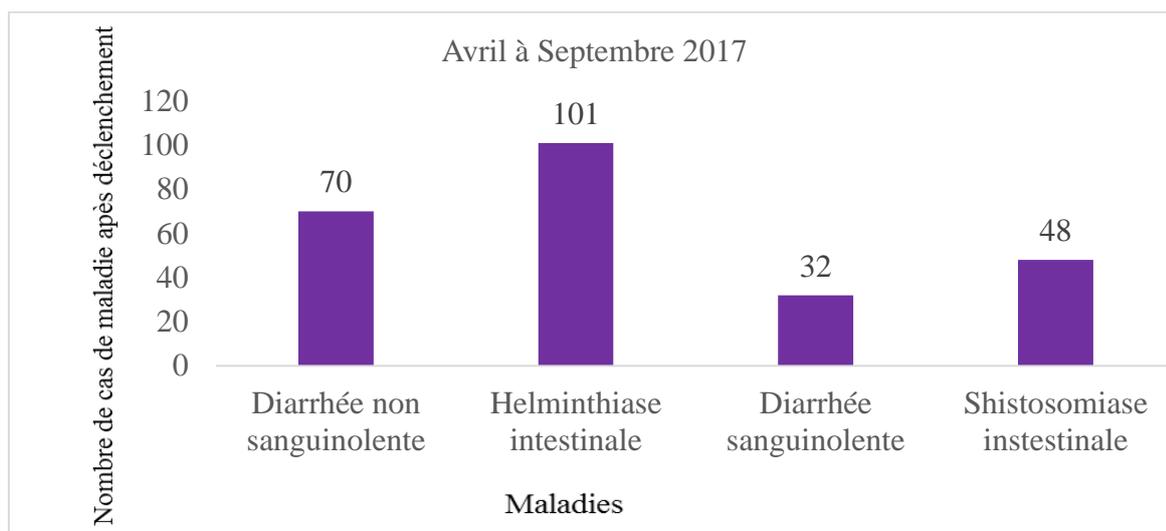


Figure 10 : Situation épidémiologique des maladies d'origine hydrique de la CR

3.4.3. Evolution sanitaire après la certification

L'évaluation sanitaire a montré une recrudescence de maladie après la certification (figure 11). Les données mettent en évidence une augmentation graduelle du nombre de cas de maladies due à l'abandon de bonnes pratiques d'hygiène.

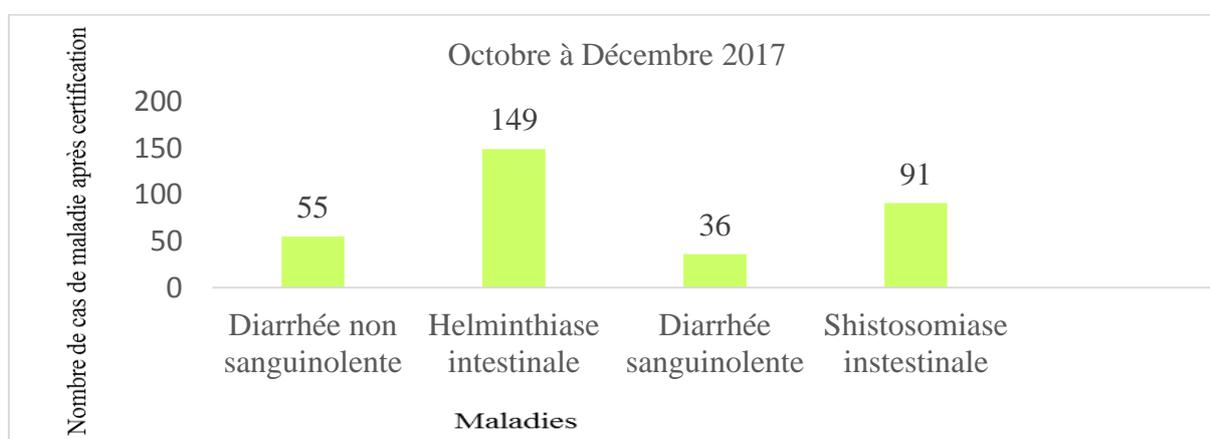


Figure 11 : Situation épidémiologique des maladies d'origine hydrique de la CR

3.5. Vérification de la reprise de la défécation à l'air libre

Les données ci-dessous prouvent à suffisance que la DAL a repris dans tous les villages, soit 92%. Ce n'est qu'une frange de la population qui n'a pas connaissance de cette situation, avec des taux très faibles de l'ordre de 8%. La présence des fèces est perceptible à certains endroits.

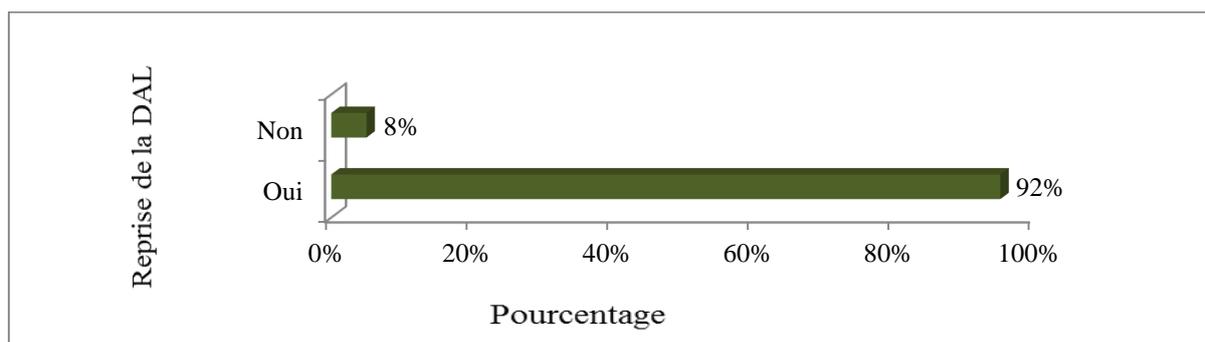


Figure 12 : Etat de reprise de la défécation à l'air libre

3.6. Evaluation du taux de rechute dans les villages certifiés

Un mois après la certification soit au mois d'octobre, la majeure partie des citoyens retombent dans la DAL. Les enquêtes menées ont montré que tous les villages certifiés ont fait une rechute.

Tableau N° 5: Taux de rechute des villages certifiés

N°	Villages	Certifiés	A rechuté dans la DAL	Taux de rechute
1	Palé II	Oui	Oui	100%
2	Gnanapkalaye	Oui	Oui	
3	Gninéta	Oui	Oui	
4	Gbénéouli	Oui	Oui	
5	Bhoïta	Oui	Oui	

On pourrait calculer le taux de rechute en proposant la formule suivante :

Taux de rechute= Nombre de villages ayant rechuté/ Nombre de villages certifiés/ *100

Taux de rechute=5/5*100%=100%

Taux de rechute =100%

Conclusion partielle :

Les activités d'ATPC menées dans la CR ont engendré une prise de conscience de la population sur les bonnes pratiques d'hygiène et la construction des latrines. Malgré cet état de fait les citoyens de la localité ont repris la défécation à l'air libre dont les raisons principales sont centrées sur la pauvreté, les pratiques traditionnelles etc...

Afin de maintenir le statut FDAL durable les populations ont conscience qu'elles ont un rôle primordial à jouer et que cette réussite doit passer par le combat contre les pratiques

traditionnelles et l'implication des leaders naturels. Il est à signaler que tous les villages ont fait la rechute vers la DAL.

Chapitre IV : ANALYSES ET DISCUSSIONS

Les résultats obtenus plus haut ont été soumis à une analyse et discussion dont voici la teneur

4.1. Analyse des facteurs socio-économiques et culturels de la reprise de la défécation à l'air libre

4.1.1. Facteurs économiques

Ces facteurs sont nombreux et diversifiés et ont eu un impact sur le maintien de la durabilité du statut FDAL

- ***Insuffisance de coopérative d'intérêt économique local***

L'insuffisance de coopérative est une conséquence du manque de moyens et d'organisation. Les paysans préfèrent plutôt se tourner vers les tontines, plus généralement assurées par les femmes. La coopérative semble être une alternative au problème de financement de l'assainissement rural. La présence d'associations dans quelques villages évoluant dans l'ATPC est une illustration. Ces résultats sont soutenus par UNICEF (2013) qui affirme que le renforcement de la durabilité de l'ATPC sur le long terme passe par plusieurs options dont notamment la mise en place de relais communautaires et de coopératives.

- ***Affinité prolongée aux travaux champêtres***

Le taux de 53% des enquêtés accordent une part importante de leurs activités à ces travaux. L'agriculture étant la principale activité économique de la région, les paysans alternent les cultures vivrières, maraichères et commerciales une partie de l'année. Cette situation les sédentarise davantage aux champs, avec pour corollaire un désintéressement aux infrastructures d'assainissement et à la pratique d'hygiène. Ces résultats sont confirmés par Cédric et al. (2017) qui soutiennent qu'une grande partie des villageois partent travailler aux champs et délaissent leurs habitations pour de longues périodes car, cela relativise énormément l'engagement de la communauté à la FDAL puisque presque tout le monde se retrouve obligé de déféquer à l'air libre pendant la période de travail aux champs.

4.1.2. Facteurs sociaux

- ***Le complexe d'infériorité***

Nombreux sont les habitants de ces villages qui ne souhaitent pas construire une latrine de dalles en bois, ils préfèrent une dalle en béton au même titre qu'une tierce personne du village. Se conformer aux autres est un élément de fierté et d'estime de soi. Contrairement à Plan (2015) l'utilisation de latrines faites à base de matériaux recyclés n'ont pas été en forte demande étant donné qu'elles n'étaient pas perçues comme étant de la même qualité que les latrines en ciment qui avaient été jadis subventionnées par les ONG.

4.1.3. Facteurs culturels

- ***Pratiques ancestrales***

Le taux de 63% des répondants affirment que les pratiques ancestrales constituent une cause de reprise de la DAL. Cela traduit le fait que les populations ont du mal à se débarrasser de ces pratiques. Malgré les messages de promotion de l'hygiène émis, force est de constater que certains continuent à pratiquer ces actes qui impactent sur l'environnement et la santé. Des efforts dans le cadre de la sensibilisation sont à réaliser pour inverser la tendance. Contrairement à ILBOUDO (2013), c'est la disposition des latrines en rangée et la honte pour une personne que sa belle-famille l'aperçoive se rendant dans une latrine qui ont entraîné la non utilisation des latrines, donc la reprise de la DAL.

4.2. Analyse du mécanisme de suivi mis en œuvre avant et après la certification

4.2.1. Suivi pendant la mise en œuvre du projet

Au cours de la mise en œuvre, la majeure partie des personnes impliquées ont joué leur rôle. Malgré tout, les structures étatiques ont manqué de clairvoyance en n'accompagnant pas l'ONG et le bailleur de fonds, car ce dernier n'a pas mis de moyens à leur disposition. Ces résultats sont corroborés par UNICEF (2013) qui stipule que certaines ONG ont pu faire un suivi très intense des communautés alors que d'autres se sont plaintes de contrats qui ne prévoyaient que les déclenchements et pratiquement pas de suivi ensuite.

4.2.2. Suivi après la certification

Après la certification le suivi n'a pas été effectué. Les autorités locales n'ont fait qu'accompagner la mise en œuvre du projet et de surcroît, elles ne disposent pas du tout d'outils ni de technique de suivi du projet. Cette situation est préjudiciable à la pérennité de la FDAL. Il est plus que

nécessaire pour la commune rurale d'intégrer un plan d'action de suivi post certification dans le plan de développement local. Une institutionnalisation de l'ATPC pourrait réduire ce problème. Ces résultats sont corroborés par UNICEF (2013) qui affirme que tous les acteurs rencontrés ont déploré le manque de suivi après la certification (et le manque de célébration de la certification également oublié dans les contrats), dû à un manque de volonté des financeurs de budgétiser le suivi après l'atteinte du résultat.

4.2.3. Non décentralisation des institutions d'assainissement

La non décentralisation des institutions d'assainissement est un facteur de reprise et de propagation de la DAL. Ce service est inexistant, bien que sa mise en œuvre soit prévue dans le PDL. On note par ailleurs la présence d'un service environnement, représenté par le cantonnement forestier. Ce dernier ne travaille pas en synergie avec les autres structures locales dans le cadre de la mise en œuvre et le suivi des activités d'ATPC. Ces données sont en contradiction avec Plan (2015) qui stipule que la politique de décentralisation du gouvernement place la responsabilité de l'ATPC entre les mains des gouvernements au niveau des districts.

4.3. Proposition de stratégie de sauvegarde des acquis de l'ATPC pour les villages déclarés FDAL

Afin de maintenir durable le statut FDAL, plusieurs propositions ont été énumérées, mais la majeure partie d'entre elles gravitent autour des leaders naturels. Ainsi donc, 33% des ménages s'accordent sur la nécessité d'augmenter le nombre des leaders naturels. Cela se justifie par la tâche combien importante à accomplir dans la zone, à cela s'ajoute l'inaction ou l'inefficacité de certains d'entre eux de mener à terme les activités qui leur sont assignées.

Le combat contre les pratiques traditionnelles est déterminant pour la durabilité du statut FDAL, elles conduisent à maints endroits à la DAL ; 23% manifestent ce désir.

11% privilégient le renforcement des capacités et la rémunération des leaders naturels tandis que 6% demandent le renouvellement de ces derniers, car ceux-ci n'ont pas fait leur preuve dans la conduite des actions à mener et mieux, certains d'entre eux ne disposent pas de latrines. Le déplacement récurrent de certains a empêché le fonctionnement normal du processus donnant ainsi des tâches difficiles à surmonter par son binôme.

Le suivi par l'ONG PRIDE/Guinée n'est pas passé inaperçu aux yeux des populations qui estiment qu'elle a un rôle à jouer dans ce sens.

Les agents de santé communautaire doivent jouer à leur tour leur rôle, qui consiste à la surveillance de la santé et la promotion des activités d'hygiène, ce qui permettrait de réduire l'incidence des maladies, surtout hydriques. Contrairement à Wandera et Cavill (2019) la durabilité du statut FDAL en Tanzanie est favorisée par l'apprentissage inter-district, à travers des événements et des visites au cours desquels les dirigeants Jirani motivent leurs pairs, ce qui favorise la confiance entre eux et encourage les communautés à conserver le statut FDAL.

4.4. Appréciation de la situation sanitaire dans les villages

4.4.1. Situation épidémiologique des maladies liées à l'eau avant le déclenchement

Durant la période (Janvier-Février-Mars 2017) précédent le déclenchement l'état de santé des habitants n'était pas très appréciable. Les consultations sanitaires ont montré une présence de maladies hydriques. Ainsi 33 cas de diarrhées non sanguinolentes ont été signalés au cours de cette période avec une moyenne de 11 cas, contrairement aux diarrhées sanguinolentes où on a identifié 6 cas avec une moyenne de 2 cas. Les helminthiases représentent le plus grand nombre cas soit 71 avec une moyenne de 24 cas. Quant aux schistosomias on a pu dénombrer 2 cas représentant ici le plus faible taux.

4.4.2. Situation épidémiologique des maladies liées à l'eau après déclenchement

L'état sanitaire des populations a connu une faible amélioration par endroit après le déclenchement (d'avril à septembre 2017) comparée à la période de pré-déclenchement. Au cours de cette période 70 cas de diarrhées non sanguinolentes ont été identifiés avec une moyenne de 11,6 cas confirmant ainsi l'état stationnaire de la maladie, comparé à la période de pré-déclenchement où on a identifié une moyenne de 11 cas. Les diarrhées sanguinolentes ont triplé, passant de 6 à 32 cas avec une moyenne de 5,33. Au niveau des helminthiases nous enregistrons une baisse légère avec 101 cas, la moyenne est passée de 24 cas à 101 cas avec une moyenne de 16,8. Les schistosomias ont été multipliées par quatre (4) avec un total de 48 cas soit une moyenne de 8 cas.

4.4.3. Situation épidémiologique des maladies liées à l'eau après la certification

Après la certification en octobre et jusqu'en décembre aucune amélioration n'a été observée à ce niveau, car le pic des maladies hydriques a été observé au cours de cette période. Le cas de diarrhées non sanguinolentes enregistré est de 55 avec une moyenne de 18,3 traduisant une augmentation. Les diarrhées sanguinolentes ont plus que doublé passant de 5,33 à 12 cas en

moyenne. Les helminthiases ont connu une forte augmentation avec 149 cas enregistrés dont une moyenne de 49,6 ; soit le triple alors que pendant la mise en œuvre la moyenne obtenue était de 16,6. De même les schistosomiasis étaient très présentes. Le nombre est passé de 48 cas à 91, caractérisant ainsi une hausse considérable pendant cette période.

4.5. Evaluation de la reprise de la défécation à l'air libre

La reprise de la DAL est une réalité dans tous les villages. Cela traduit le manque de suivi au niveau local, l'inexistence de programme de suivi de gestion post certification pour pérenniser les acquis de l'ATPC et l'inconfort des latrines (latrines à PIT) dont la plupart des usagers détestent les odeurs dégagées par ces dernières. Ces résultats vont dans le sens contraire de Cédric et al. (2014) qui affirment que la pratique de la défécation à l'air libre se traduit comme inconfort des latrines ou comme seule solution une partie de l'année lorsqu'ils travaillent aux champs ou sont en transhumance.

4.6. Evaluation du taux de rechute dans les villages certifiés

Le taux de rechute dans les villages est de 100%, cela montre qu'aucun village certifié n'a été épargné. Les critères de certification d'une latrine par ménage n'étant pas respectés, il va de soi qu'une certification qui ne tient compte que de l'utilisation des latrines du village voire même du voisin ne peuvent maintenir l'état FDAL durable et expose les populations à la DAL. Contrairement à Mukerjee (2011) 95% des communautés rapidement FDAL avaient maintenu leur changement de comportement quatre (4) à vingt (28) mois après la déclaration FDAL.

Conclusion partielle :

Les messages de promotion de l'hygiène portés par l'ONG ont permis à certains d'adhérer au programme villageois de latrinisation et à l'assainissement, ce qui a débouché sur la certification de certains villages. Force est de constater que malgré tous ces efforts fournis les maladies hydriques étaient présentes avec une petite amélioration de l'état de santé. A la certification les maladies hydriques sont devenues très récurrentes avec des taux très élevés.

CONCLUSIONS

La présente étude a permis de faire une analyse des facteurs qui ont pu entraîner la rechute vers la DAL après certification. Le constat de l'étude révèle que la certification n'a pas tenu compte du critère un ménage une latrine, ce qui prédispose les citoyens de la localité vers la DAL. A cela il faut d'autres facteurs importants : les pratiques traditionnelles, le manque de suivi post certification, l'absence de service d'assainissement, le retard accusé lors de la certification.

L'étude a montré également que l'incidence des maladies hydriques a augmenté après la certification. Des failles sont apparues lors du suivi post déclenchement et post certification. Elles sont dues au manque de moyens pour les services étatiques qui devaient participer au processus de mise en œuvre d'une part et à une absence de planification des activités de suivi post certification d'autre part. Elle nous a laissé entrevoir que les populations ont toujours une main tendue vers l'ONG pour assurer le suivi post certification.

L'étude nous a situés sur les rôles et les responsabilités des personnes qui doivent maintenir la durabilité du statut FDAL, elles gravitent autour des leaders naturels, qui doivent activement participer à cette activité et le combat contre les pratiques traditionnelles. Malgré cette situation, les populations soutiennent être les premières concernées pour le maintien de ces acquis de l'ATPC.

L'étude révèle l'absence de structures d'assainissement capable de promouvoir l'hygiène et participer pleinement au suivi évaluation.

Des efforts supplémentaires de sensibilisation et de promotion de l'hygiène, l'implication des autorités locales dans le suivi post certification sont primordiaux.

Au terme de cette étude nous recommandons

Tableau N° 6: Recommandations

Recommandations	Activités	Acteurs/Responsables	Délai
Poursuite des activités post certification	-Visite des ménages et des latrines -Vérification de l'utilisation effective des	Task force régionale (TFR), Task force préfectorale (TFP), autorités communales Comité villageois d'Assainissement (CVA), district de santé,	1 an et demi

	latrines avec couvercle Observation de la salubrité du la concession, du mode de stockage de l'eau	animateurs communautaires	
Renforcement de capacité et le renouvellement des leaders naturels	Choix et formation de leaders naturels	TFP Autorités communales	1 mois
Création et mise sur pied d'un service d'hygiène et de salubrité	Appel d'offre et recrutement d'agents chargés d'hygiène et de salubrité par voie de concours ou nomination de la part du ministère de l'environnement	DPEEF, autorités communales	6 mois
Intégration de l'ATPC comme partie intégrante dans le plan de développement local de la commune rurale (institutionnalisation de l'approche).	Mise en œuvre d'un plan d'action opérationnel pour l'intégration de l'approche.	DPEEF, Autorités communales.	6 mois
Etablissement des critères de choix des leaders naturels basés sur la capacité de construire une latrine, la disponibilité d'espace pour la réalisation de latrine, la permanence dans la zone, l'aptitude à mener les activités. de promotion d'hygiène et la	Organisation des séances discussion et de choix de leaders naturels.	ONG-PRIDE/Guinée, Autorités communales, Chefs de village.	2 mois

disponibilité pour un accompagnement post certification.			
Faire la promotion et la construction des latrines familiales collectives pour les ménages qui ne disposent pas de terres ou de parcelles.	Organisation des séances de sensibilisation, information et éducation.	Autorités communales	6 mois
Implication des autorités préfectorales et régionales de l'environnement dans le déclenchement, le suivi et la supervision des activités.	Suivi des activités	DPEEF, DREEF	2 fois/mois
Création d'une équipe tripartite entre la commune rurale, le comité de santé et d'hygiène publique et le service de l'environnement représenté par le cantonnement forestier pour la sensibilisation et le suivi des activités de promotion d'hygiène et post certification.	Prise de contact avec les différentes entités, choix du personnel et mise en place de la structure.	Autorités communales	3 mois
Etablissement des normes sociales en matière d'Assainissement.	Rencontre entre autorités communales et coutumières.	Autorités communales, Autorités coutumières, Chefs de village	-
Faire le déclenchement après les récoltes pour permettre aux paysans d'adhérer au programme villageois de latrinisation.	-	ONG-PRIDE/Guinée	-

Décaissement à temps du budget alloué au financement des activités.	Plaidoyer au niveau du bailleur de fonds	UNICEF	-
Faire la promotion et l'usage des dalles en bois pour permettre aux démunis d'accéder à une latrine.	Organisation des séances d'information, éducation et communication	ONG-PRIDE/Guinée, Leaders naturels, animateurs communautaires	9 mois
Elaboration d'une stratégie nationale post certification pour maintenir les acquis de l'ATPC.	Mise en œuvre d'un plan d'action opérationnel	TFR, TFN	6 mois
Accélération de la célébration des villages certifiés FDAL.	Célébration des villages	DNACV	2 mois

BIBLIOGRAPHIE

- Commune Rurale de Palé (2016). Plan de développement local 2016-2021. Octobre 2016. 210p
- Digrah A. R. (2014) Diagnostic du mécanisme d'acquisition des ouvrages d'assainissement en zone rurale par l'approche de microcrédit couplée à l'ATPC : cas de 22 villages du département de Bouaflé (Côte d'Ivoire). Mémoire pour l'obtention du Master en environnement. 80p
- Direction Nationale de l'Assainissement et du Cadre de Vie (2017). Atelier de Capitalisation des résultats issus de la mise en œuvre de l'ATPC à Mamou. Rapport. Décembre 2017. 32p
- Direction Nationale de l'Assainissement et du Cadre de Vie (2015). Guide des formateurs en ATPC. Document de travail. 49P
- Direction préfectorale de la Santé de N'Zérékoré. Système National des informations générales de santé (SNIGS 2017) .Rapport des hôpitaux. 45p
- Institut national des Statistiques, Guinée (2014). Enquête intégrée de base pour l'évaluation de la pauvreté. Document de travail. 87p
- Ilboudo Issèta. (2013). La Réponse WASH aux besoins des réfugiés Maliens dans les camps de Goudoubo et de Fereirio dans la région du Sahel au Burkina Faso. Mémoire pour l'obtention du diplôme de master spécialisé Water, Sanitation and Hygiene(WASH) Humanitaire. 107p
- Kar Kamal et Chambers Robert (2008). Manuel Assainissement Total Piloté par la Communauté.100p
- Ministère du plan. Analyse socioéconomique de la Région administrative de N'Zérékoré (2014). Rapport. Mai 2014.
- Ministère du plan, Guinée. (2013). Enquête démographique et de Santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS 2012). 530p
- République de Guinée, Système des Nations Unies (2014). Rapport National de Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement en Guinée. 68p
- Sarah House et Sue Cavill (2015). Rendre l'assainissement et l'hygiène plus sûrs : Réduire les vulnérabilités face à la violence. 15p
- SNC-LAVALIN/SOGEDEG(2000). Etude d'assainissement des quatre capitales régionales : Kankan, Kindia, Labé, N'Zérékoré. Rapport préliminaire, Version provisoire Volume I de II-Dossier principal, Octobre, financement Fond Africain de Développement. 173p
- UNICEF (2013). Evaluation de l'approche communautaire pilotée par la communauté(CATS). Mauritanie. Octobre 2013. Rapport succinct d'évaluation pays. 30p

SITES INTERNET VISITES

- Wandera Jackson et Cavill Sue (2019). Jirani Sanitation groups: Sustaining open defecation free status in Tanzania. 8p. URL: <https://www.susana.org/.../2-1452-wsp-factors-achieving-odf-east-> (consulté le 15 juillet 2019).
- Milward Kirsty, Pradhan Sisir, Pasteur Katherine (2014). Innovations et meilleures pratiques en ATPC à l'échelle à Madagascar. 174p. URL: [https://www.wsscc.org/resources-feed/sentiers-prometteurs-innovations-et-meilleures-pratiques-en-atpc-lechelle-madagascar-promising-pathways/](https://www.wsscc.org/resources/feed/sentiers-prometteurs-innovations-et-meilleures-pratiques-en-atpc-lechelle-madagascar-promising-pathways/) (consulté le 22 avril 2018).
- Mukherjee Nilanjana (2011). Factors Associated with Achieving and Sustaining Open Defecation Free Communities: Learning from East Java. 8p. URL: <https://www.susana.org/en/resources/library/details/2206> (consulté le 15 juillet 2019).
- OMS/UNICEF (JMP 2012). Progrès en matière d'alimentation en eau et en assainissement 68p. URL: http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/jmp2012/fr/ (consulté le 04 janvier 2018).
- OMS/UNICEF (Rapport 2013). Progrès en matière d'assainissement et en alimentation en eau 40p. URL : http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2013/jmp_report/fr/ (consulté le 17 décembre 2017).
- OMS/UNICEF (JMP 2017). Progrès en matière d'eau d'assainissement et d'hygiène 116p. URL : http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/jmp-2017/fr/ (consulté le 28 décembre 2017).
- Plan Niger, UNC (water institute) (2015). Assainissement Total Piloté par la communauté au Niger. Constat d'une étude de cas de mise en œuvre. 4p. URL: <http://wwaterinstitute.unc.edu/files/2015/12/learning> (consulté le 13 Février 2018).
- UNICEF/République du Madagascar (2014). Evaluation de l'approche assainissement total piloté par la communauté (ATPC). Août 2014. Rapport final. 114p. URL : https://www.unicef.org/evaldatabase/index_80783.html (consulté le 20 mars 2018).

ANNEXES

Figure 1 : Focus group avec le groupement Nélé ménou de Palé II



Figure 2 : Focus group avec le groupement Wélikéma de Gbénéouli



Figure 3: Présence de fèces à Gninéta



Figure 4 : Visite environnementale et découverte des zones de défécation à Palé II

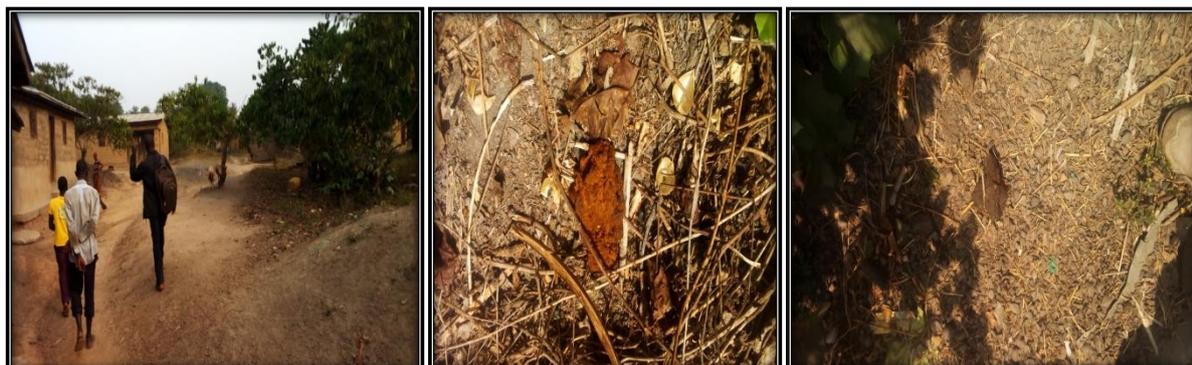


Figure 5 : Entretien avec un chef de ménage à Gbénéouli



Figure 6 : Entretien avec le chef de village de Gbénéouli



Fiche d'entretien auprès des ménages

A Milieu

Préfecture: Sous-préfecture: Village:

Genre

Statut

Personne interrogée Femme Homme Chef de ménage Autre

A-Aspects socio-économiques et culturels

1-Avez-vous les moyens de réaliser une latrine ? Oui Non

2-Etes-vous membre d'une coopérative ? Oui Non

3-Dans l'année combien de temps accordez-vous aux activités champêtres ?

Trois mois 4 mois 6 mois 7 mois 9 mois Autres

4-Quelles sont les périodes propices pour la réalisation des latrines ?

Avant les récoltes Après les récoltes Périodes de soudure

5-Pouvez-vous réaliser une latrine de dalle en bois ? Oui Non

Pourquoi ?

6-Combien y-a-t-il de puisatiers dans le village ?

7-Disposez-vous d'un espace vous permettant de vous doter d'une latrine ? Oui Non

8-Pourquoi la Défécation à l'air libre a-t-elle repris dans le village?

Déplacements de leaders naturels Manque de suivi des animateurs de santé communautaires Absence de service communautaire d'assainissement Pratiques traditionnelles Autres

B-Connaissance de l'ATPC

9-Avez-vous participé aux activités de l'ATPC depuis le début jusqu'à présent?

(déclenchement)

Oui Non

10-Avez-vous accepté l'ATPC ? Oui Non

11-Quelles sont vos raisons ?

12-Ces raisons ont-elles été surmontées? Oui Non

13- Avez-vous constaté une amélioration dans votre vie quotidienne après l'ATPC?

E-Reprise de la DAL

14-Savez-vous si la DAL a repris? Si Oui Les motifs ? Sinon

15- Connaissez-vous autres raisons ? Oui Non

16- Avez-vous remarqué ou constaté le flux de maladie après la reprise de la DAL ?

Non, non remarqué Oui, dans ma famille

Oui, un peu plus chez les enfants Oui dans tout le village

F-Mesures correctives

17-Que faut-il faire pour que le statut FDAL soit durable?

Renouveler les leaders naturels pour remplacer ceux qui sont déplacés

Organiser le suivi par les animateurs de santé communautaire Renforcer les capacités

des services locaux d'assainissement Combattre les pratiques traditionnelles

Autre

18- Qui doit jouer le rôle le plus important pour conserver le statut FDAL?

Le chef du village Les leaders naturels Les élus locaux Tout le village

Autre

Fiche d'entretien auprès des autorités locales

A Milieu

Préfecture: Sous-préfecture: Village

Genre

Statut

Personne interrogée M F

Elu local Chef de village Maire

Leader d'opinion (sage traditionnel, chef religieux)

Autre

Date de déclenchement du village: / /

Date de déclaration FDAL du village: / /

Présence d'école dans le village: Oui Non

Présence de poste de santé: Oui Non

Présence d'agents de santé communautaire Oui Non

B-Plan de développement local

1-Disposez-vous d'un plan de développement local ? Oui Non

2-Votre plan de développement local prévoit-il des actions en ATPC ? Oui Non

3-Votre plan de développement local envisage-t-il des actions dans le cadre de la promotion de l'hygiène? Oui Non

4-Existe-t-il une structure qui s'occupe des activités en matière d'eau, hygiène et d'assainissement ? Oui Non

5-Quelles solutions préconisez-vous pour la création de cette structure ?

6- La commune rurale est-elle redevable sur le plan de l'Assainissement ? Oui Non

7-Avez-vous participé aux activités de l'ATPC depuis le début jusqu'à la fin ? Oui Non

8-Quel mécanisme de suivi avez-vous utilisé ?

9-Quelles sont les difficultés majeures rencontrées pour l'adhésion des ménages au programme villageois de latrinisation?

10-Comment expliquez-vous que certains ménages refusent jusqu'à présent le plan d'action d'ATPC du village?

11-Qu'envisagez-vous pour les ménages qui n'ont pas construits leurs latrines?

Fiche d'enquête auprès des services étatiques

Service :

1-Avez-vous participé aux activités de l'ATPC dans la CR de PALE ? Oui Non

2-Votre service était-il impliqué dans le suivi ? Oui Non

3-En combien de temps le suivi a été effectué ?

4-Quelles techniques de suivi et de supervision avez-vous utilisé ?

5-Disposiez-vous de moyens matériels et logistiques adéquats pour assurer la supervision ?

Oui Non

6-Avez-vous utilisé la stratégie nationale de l'ATPC ? Oui Non

7-Savez-vous si des services techniques compétents étaient impliqués dans la réalisation des activités ? Oui Non

8- La célébration a-t-elle été faite ?

Fiche d'enquête auprès des bailleurs de fonds

Bailleur de fonds :

1-Le fond a-t-il été décaissé à temps pour bien mener l'activité ? Oui Non

2-Y-a-t-il eu une lourdeur administrative dans le décaissement des fonds ? Oui Non

3-Avez-vous participé au suivi et à la supervision ? Oui Non

4-Des réunions de coordination de pilotage du projet ont-elles été tenues ? Oui Non

5-Y'a-t-il eu une capitalisation et un apprentissage ? Oui Non

6- Comment avez-vous apprécié le statut FDAL ?