 CAPITALISATION DES ÉVIDENCES SOCIO-SANITAIRES ET
ECONOMIQUES DE L'ATPC DANS LES RÉGIONS DE L'EST ET DU
CENTRE OUEST AU BURKINA FASO.

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE
MASTERE SPECIALISE EN ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF

Présenté et soutenu publiquement par

Huguette Marie Reine YAGO (n° 20140477)

**Encadrant 2iE : M. Harinaivo A. ANDRIANISA, Maître de Conférences CAMES,
Enseignant-chercheur.**

Maître de stage : M. Karim SAVADOGO, Spécialiste WASH, UNICEF Burkina Faso

Structure (s) d'accueil du stage : UNICEF Burkina, Section WASH

Jury d'évaluation du mémoire :

Président : Dr Yacouba KONATE

Membres et correcteurs :

Examineur 1: Dr Seyram SOSSOU

Examineur 2: Dr Joseph WETHE

Promotion [2021/2022]

REMERCIEMENTS

Je remercie l'ensemble du corps professoral de la Fondation 2iE pour tous les efforts consentis à faire de nous des Bâtisseurs d'Afrique.

Je remercie Dr Harinaivo A. ANDRIANISA, Maître de Conférences, Chef du Département Génie de l'Eau, de l'Assainissement et des Aménagements Hydro-agricoles (GEAAH) 2iE ; pour l'encadrement de qualité, ses conseils et son ouverture durant le stage.

Je remercie Dr Boukary SAWADOGO, Maître-Assistant, Enseignant-chercheur à 2iE, pour son accompagnement durant tout le stage.

Je remercie Monsieur Ange Aurélien Hemez KOUASSI, Doctorant au Laboratoire Eau Hydrosystèmes et Agriculture (LEHSA) à 2iE, pour ses partages d'expériences.

Je remercie Docteur DJIM DOUMBE DAMBA, Directeur de l'Entrepreneuriat et de la Formation continue (DEFC), Monsieur Souleymane SANOU et Monsieur Léonce SOMÉ pour leur accompagnement durant tout le stage.

Je remercie la bourse DDC qui a permis le financement de notre formation.

Je remercie l'UNICEF Burkina et toute la section WASH pour leur accueil chaleureux et leur accompagnement.

Je remercie tous les partenaires de UNICEF pour la collaboration et le partage d'informations durant la collecte des données (DGA, APS, PLAN BURKINA, SNV).

Je remercie particulièrement Monsieur Karim SAVADOGO, Spécialiste WASH UNICEF Burkina et Madame Madeleine Diessongo Zabré UNICEF Burkina pour leurs précieux conseils et engagement pour ce travail.

RÉSUMÉ

Le premier objectif du Programme National d'assainissement des Eaux usées et Excréta (PN-AEUE) est d'éradiquer la défécation à l'air libre, dans tous les villages administratifs du Burkina Faso en adoptant comme stratégie de mise en œuvre la promotion à grande échelle de l'Assainissement Total Piloté par la communauté (ATPC). L'approche ATPC ayant fait ses preuves de façon globale, plusieurs études menées à ce sujet ont permis de constater des résultats significatifs importants sur ses impacts socio-sanitaires et économique dans les communautés FDAL (Fin de la Défécation à l'Air Libre) cependant, il manque encore des évidences permettant d'estimer la valeur contributive de l'ATPC à ces impacts socio-sanitaires et économiques. Il est donc nécessaire de proposer des pistes de preuve en vue de pouvoir confirmer ce apport de l'ATPC . Le but de la présente étude est de faire ressortir la contribution quantitative et qualitative de l'ATPC aux changements socio-sanitaires et économiques en matière d'hygiène et d'assainissement des communautés FDAL. Afin d'atteindre les objectifs de l'étude, des données sociales, économiques et sanitaires ont été collectées auprès des ménages, des personnes de références des districts sanitaires de Léo, Sapouy, Gourma et de la Kompienga. Après traitement et analyse de ces données, il ressort que l'ATPC a contribué à une couverture en latrines de 94,93% dans les villages du centre ouest et 69,13% dans les villages de l'Est. La diarrhée a diminué de 40% et les parasitoses intestinales ont diminuées de 42,85% après le déploiement de l'ATPC dans l'ensemble de ces villages. Le nombre de consultations liées à ces maladies a également réduit de 57,14% dans l'ensemble de ces villages. L'ATPC a également contribué significativement au processus de changement des normes sociales en matière d'hygiène et d'assainissement, au renforcement de la cohésion sociale et a permis d'économiser au moins 50% sur les dépenses en santé des ménages. Au regard de l'ensemble des évidences ressorties dans l'étude, l'ATPC est recommandé comme approche d'entrée pour les programmes d'assainissement au Burkina Faso. Cependant, un certain nombre d'aspects doivent être améliorés pour l'accélération de la mise à l'échelle de la fin de défécation à l'air libre au niveau national.

Mots Clés :

1 - ATPC

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre
Ouest au Burkina Faso.

2 – Évidences

3 – Fin de Défécation à l'air libre (FDAL)

4 - Socio-sanitaire

5 - Économique

ABSTRACT

The first objective of the National Wastewater and Excreta Sanitation Program (PN-AEUE) is to eradicate open defecation in all the administrative villages of Burkina Faso by adopting as an implementation strategy the promotion scale of Community-Led Total Sanitation (CLTS). The CLTS approach having proven itself globally, several studies carried out on this subject have shown significant results on its social-sanitary and economic impacts in ODF (End of Open Defecation) communities, however, there is still a lack of evidence to estimate the contributory value of CLTS to these social-health and economic impacts. It is therefore necessary to propose lines of evidence in order to be able to confirm this contribution of CLTS. The purpose of this study is to highlight the quantitative and qualitative contribution of CLTS to socio-sanitary and economic changes in hygiene and sanitation in ODF communities. In order to achieve the objectives of the study, social, economic and health data were collected from households and reference persons in the health districts of Léo, Sapouy, Gourma and Komienga. After processing and analyzing this data, it appears that CLTS contributed to a latrine coverage of 94.93% in the villages of the center west and 69.13% in the villages of the East. Diarrhea decreased by 40% and intestinal parasitosis decreased by 42.85% after the deployment of CLTS in all of these villages. The number of consultations related to these diseases has also reduced by 57.14% in all of these villages. CLTS has also contributed significantly to the process of changing social norms in hygiene and sanitation, strengthening social cohesion and saving at least 50% on household health expenditure. In view of all the evidence from the study, CLTS is recommended as an entry approach for sanitation programs in Burkina Faso. However, a number of aspects need to be improved for the acceleration of scaling up the end of open defecation at the national level.

Key words:

1 - Community-Led Total Sanitation (CLTS)

2- Evidences

3 – Open Defecation Free (ODF)

4 - Socio-sanitary

5 – Economic

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre
Ouest au Burkina Faso.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASBC : Agent de Santé à Base Communautaire
ATPC : Assainissement Total Piloté par les Communautés
CAVQ : Comité d'Assainissement du Village / Quartier
ATC : Agents Techniques Communaux
CVD : Conseiller Villageois de Développement
DAL : Défécation à l'Air Libre
DLM : Dispositif de Lavage des Mains
DPEA : Direction Provinciale de l'Eau et de l'Assainissement
DGAEUE : Direction Générale de l'Assainissement des Eaux usées et excréta
FDAL : Fin de la Défécation à l'Air Libre
MEEA : Ministère de l'Environnement de l'Eau et de l'Assainissement
ODD : Objectifs du Développement Durable
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONEA : Office National de l'Eau et de l'Assainissement
PDI : Personne Déplacée Interne
PN AEPA : Programme National d'Approvisionnement en Eau Potable et Assainissement
PS-EEA : Politique Sectorielle Environnement - Eau - Assainissement
VERC : Village Éducation Ressource Centre
VSLA : Village Savings and Loans : Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Source : shapefile , IGB , coordonnées GPS, enquêtes terrain , 2022.....	14
Figure 2: Caractéristiques socio-culturelles des populations rencontrées.....	21
Figure 3 : Disponibilité des latrines avant et après la mise en œuvre de l'ATPC	22
Figure 4 : Avis des ménages sur la contribution de l'ATPC à la cohésion sociale.....	25
Figure 5 : Dénombrement des colonies de coliformes des villages FDAL : Mouna, Kayéro et village non ATPC Sanyaro (centre ouest).....	29
Figure 6 : Gain économique réalisé depuis la mise en œuvre de l'ATPC	36

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Situation de mise en œuvre de l'ATPC par région	9
Tableau 2 : Échantillonnage	17
Tableau 3 : Les habitudes et pratiques des communautés avant et après l'ATPC.....	23
Tableau 4 : Nombre de consultation des ménages pour raison des maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement avant et après la mise en œuvre de l'ATPC.	28
Tableau 5 : Nombre de cas de diarrhée et de parasitoses intestinales des ménages avant et après la mise en œuvre de l'ATPC.....	28
Tableau 6 : Résultats des analyses microbiologiques de l'eau de consommation des ménages FDAL et ménages non ATPC.	29
Tableau 7 : Dépenses en santé pour les maladies diarrhéiques et parasitoses intestinales avant et après la mise en œuvre de l'ATPC.....	30
Tableau 8 : Projets/activités susceptibles d'avoir influencé les changements socio-sanitaires et économiques des communautés FDAL des régions de l'Est	31
Tableau 9 : Projets/activités susceptibles d'avoir influencé les changements socio-sanitaire et économique des communautés des régions du Centre Ouest.....	32
Tableau 10 : Taux de couverture en latrines avant et après l'ATPC des villages de l'Est.	33
Tableau 11: Taux de couverture en latrines avant et après l'ATPC des villages du Centre Ouest.....	33
Tableau 12 : Taux de réduction des maladies diarrhéiques et parasitoses intestinale.....	34
Tableau 13 : Taux de réduction du nombre de consultations pour les maladies diarrhéiques et parasitose intestinales	35
Tableau 14 : Taux de réduction des maladies diarrhéiques et parasitose intestinales du village de Kpenkankandi (district sanitaire de la Kompienga)	35

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	<i>i</i>
RÉSUMÉ	<i>ii</i>
ABSTRACT	<i>iv</i>
LISTE DES ABRÉVIATIONS	<i>v</i>
LISTE DES FIGURES	<i>vi</i>
LISTE DES TABLEAUX	<i>viii</i>
INTRODUCTION	1
I. REVUE BIBLIOGRAPHIQUE	3
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES	13
RÉSULTATS ET DISCUSSION	20
3.1. RÉSULTATS	20
3.2. DISCUSSION	37
CONCLUSION	42
RECOMMANDATIONS – PERSPECTIVES	43
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>

INTRODUCTION

Malgré les efforts consentis ces dernières années dans l'accès à l'assainissement au Burkina Faso, la défécation à l'air libre demeure une pratique courante notamment en milieu rural avec un taux d'environ 55% (JMP2021). Le Burkina Faso a adopté en 2015 l'agenda de développement durable dont l'objectif 6 vise l'accès universel à l'eau et l'assainissement. De plus, lors de la révision constitutionnelle Burkinabè de 2015, l'eau et l'assainissement ont été intégrés comme droits humains de base à promouvoir. Ceci a permis de mettre en place une stratégie nationale de l'eau et d'adopter cinq programmes pour l'opérationnaliser, parmi lesquels le Programme National d'Assainissement des Eaux usées et excréta (PN-AEUE). À travers ce programme, dont le premier objectif est d'éradiquer la défécation à l'air libre (DAL), le gouvernement ambitionne mettre fin à la DAL dans tous les villages administratifs en adoptant comme stratégie de mise en œuvre la promotion à grande échelle de l'Assainissement Total Piloté par la communauté (ATPC). Allant dans ce même cadre, UNICEF Burkina accompagne, la Direction Générale de l'Assainissement (DGA) dans la mise en œuvre de l'ATPC sans subvention dans les régions de l'Est, Centre Ouest, Sahel et Centre Nord au Burkina Faso.

Selon une étude sur l'état des lieux ATPC menée entre 2020-2021 par la DGA/UNICEF, 91% des enquêtés ont affirmés que l'ATPC a permis un changement de comportement sur le plan sanitaire, social et économique des communautés concernées. Une autre étude de l'UNICEF (Touré, 2021) menée sur l'évaluation de l'ATPC mis en œuvre dans certaines régions du Burkina Faso a également montrer des résultats qualitatifs très significatifs. Bien que ces résultats ne peuvent être directement attribuables aux interventions ATPC, il est indispensable de proposer des preuves en vue de pouvoir confirmer ce apport de l'ATPC dans ces changement socio-sanitaire et économique.

La présente étude a pour but de faire ressortir la contribution quantitative et qualitative de l'ATPC mis en œuvre dans les régions du Centre Ouest et de l'Est au Burkina Faso pour qu'elle serve d'évidences pour renforcer la stratégie de plaidoyer de la DGA en faveur de l'ATPC comme approche d'entrée pour les programmes d'assainissement d'une part, et de soutenir les mécanismes de mobilisation de ressources en vue de l'accélération de la mise à l'échelle de la fin de la défécation à l'air libre au Burkina Faso.

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

Objectif général

L'objectif général de cette étude est de faire ressortir la Contribution de l'ATPC dans les changements socio-sanitaire et économique des communautés FDAL dans les régions du Centre Ouest et de l'Est au Burkina Faso.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de ce travail sont :

- ❖ Faire un état des lieux socio-sanitaire et économique des communautés FDAL de ces régions en matière d'hygiène et d'assainissement.
- ❖ Identifier les facteurs susceptibles d'avoir influencé les changements socio-sanitaire et économique au sein de ces communautés FDAL.
- ❖ Mesurer les effets socio-sanitaire et économique au sein de ces communautés depuis la mise en œuvre de l'ATPC.

Notre travail est structuré en 03 parties. Après une introduction et une la revue bibliographique , la seconde partie va porter sur les matériels et méthodes. La troisième partie concerne les résultats obtenus, ainsi que la discussion. Cette étude d'achèvera sur une conclusion, suivie de recommandations.

I. REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Cette revue comprend des généralités sur la problématique de la défécation à l'air libre au Burkina Faso, les concepts de l'approche ATPC, l'état des lieux ATPC au Burkina Faso ainsi que ses défis et enfin l'ATPC et ses impacts socio-sanitaires et économiques.

Généralité sur la problématique de la DAL au Burkina Faso.

Au Burkina Faso, la défécation à l'air libre (DAL) reste un fléau difficile à endiguer. La pratique est d'autant plus problématique qu'elle a un fort impact sur la santé, la nutrition, le bien-être et la dignité des enfants et des femmes. La présence de matières fécales dans quasiment l'ensemble des localités du pays est une véritable menace à la santé publique pour les enfants Burkinabè, avec, pour conséquences des maladies diarrhéiques et parasitaires, des maladies respiratoires, ainsi que la détérioration de leur état nutritionnel. (UNICEF BURKINA, 2018). En 2021 le Burkina Faso enregistre un taux de DAL de 55% (JMP2021). Le Programme National d'Assainissement des Eaux usées et Excréta (PN-AEUE) constitue le document de référence et le cadre programmatique des interventions au Burkina Faso dans le sous-secteur de l'assainissement des eaux usées et excréta à l'horizon 2030. Ce programme, adopté en 2016, s'inscrit dans l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) et de la Politique sectorielle Environnement - Eau - Assainissement (PS-EEA). L'un des objectifs spécifiques de ce programme est de mettre Fin à la Défécation à l'air libre (FDAL) en 2030. L'une des approches pour atteindre cet objectif est l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) qui a été introduite au Burkina Faso depuis 2009.

Présentation de l'approche Assainissement totale pilotée par la communauté (ATPC)

L'ATPC est une démarche participative employée pour confronter les populations à leur pratique de la défécation à l'air libre. Elle suscite un sentiment de dégoût et de honte au fil de diverses activités-chocs qui, dans un premier temps, déclenchent une prise de conscience et un engagement collectif à mettre fin à la DAL. Par la suite, la communauté décide de se construire des latrines avec les moyens qui lui sont accessibles. C'est donc une nouvelle approche en assainissement qui ne se focalise pas sur la construction des latrines, mais plutôt sur la motivation d'une communauté à devenir « FDAL » et à maintenir cet état. Elle a aussi pour but de susciter l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement par la communauté. Cette approche est apparue comme la principale approche mise en oeuvre par la

quasi-totalité des acteurs de l'assainissement familial ces huit dernières années pour la mobilisation communautaire (UNICEF, 2017).

L'approche de l'ATPC a été élaborée par le Docteur Karmal Kar, originaire du Bangladesh dans les années 1990 et a été testée en 1999. Son analyse est spécialisée sur le management en ressources naturelles et des technologies à faibles coûts dans le domaine de l'agriculture. C'est dans son pays natal, au sein du village de Mosmoil (District de Rajshahi) qu'a eu lieu la première expérimentation de l'approche, avec le VERC (Village Éducation Ressource Centre), partenaire de WaterAid Bangladesh (Machayekhi, 2013). Pour atteindre l'objectif de fin de la DAL dans une communauté, l'idée est donc de procéder à ce qu'on appelle le déclenchement de l'ATPC et par l'analyse de ce que Kamal Kar appelle le profil de leur assainissement, les membres de la communauté vont auto évaluer l'ampleur de la DAL et les liens féco-oraux qui peuvent affecter chacun d'entre eux et en tirer eux-mêmes des conclusions (Machayekhi, 2013).

Les différentes étapes de l'ATPC

L'ATPC est un processus qui comprend quatre (4) étapes principales (Kamal et al, 2008). Le pré-déclenchement, le déclenchement proprement dit, le post-déclenchement et la propagation des acquis.

Phase pré déclenchement :

C'est la phase de l'approche où est effectué le choix de la population cible bénéficiaire, et l'établissement du contact avec elle. Le choix de la communauté est crucial, car les populations réagissent différemment au déclenchement à l'ATPC. Certaines acceptent plus facilement les changements d'habitudes, alors que d'autres se montrent réticentes ou indécises dans un premier temps avant de les accepter une fois constatés les bienfaits apportés à d'autres communautés.

Il est très important de se présenter aux populations et d'établir de bonnes relations avec elles, avant de déclencher le processus. En effet, ces bonnes relations permettront de déterminer certains éléments tels le bon jour, la bonne saison et le bon moment, les bons interlocuteurs pour les rencontres. Une préparation méticuleuse est toujours utile pour s'assurer que les participants au déclenchement sont représentatifs de la communauté.

Ensuite vient l'étape du déclenchement.

Phase déclenchement ou entrée dans la communauté :

Le déclenchement consiste en l'analyse participative du profil sanitaire et au lancement du processus. Le déclenchement est fondé sur la stimulation d'un sentiment collectif de dégoût et de honte chez les membres de la communauté en les confrontant à la réalité crue de la défécation à l'air libre et ses impacts sur la communauté entière. Le postulat de base est qu'aucun être humain ne peut rester indifférent au fait qu'il ingère les excréments de ses semblables. Le rôle de facilitateur est simplement d'aider les membres de la communauté à se rendre compte par eux-mêmes que la défécation à l'air libre rend l'environnement écœurant en illustrant certains outils proposés par Kamal Kar. Ces outils sont notamment :

- La marche à travers les zones de défécation ;
- La cartographie des zones de défécation ;
- Le calcul des crottes et des dépenses médicales ; etc.

C'est alors à la communauté de décider comment régler ce problème et de prendre les mesures adéquates. Cette phase du déclenchement correspond au moment où les populations réalisent de manière collective qu'à cause de la défécation à l'air libre, tous ingèrent les matières fécales des autres et que cela continuera aussi longtemps que celle-ci durera.

Phase post-déclenchement : planification et mise en place des comités

À la suite du déclenchement, il est indispensable pour la communauté de planifier des actions et pour le projet de réaliser un suivi.

La planification des actions par la communauté consiste à laisser les populations décider elles-mêmes des actions à mener pour mettre fin à leur situation en matière d'assainissement.

Prise en main du processus par la communauté ;

- Mise en place de comités ;
- Élaboration de plans d'action communautaires ;
- Suivi par le Comité.

La déclaration : Il s'agit de la confirmation et la reconnaissance officielle de l'état de Fin de la Défécation à l'air libre (FDAL) , elle comprend une :

- Inspection pour évaluer si la localité est affranchie de la Défécation à l'air libre ;
- **Certification** et suivi pour accorder une plus grande crédibilité aux résultats ;

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

- Motivation pour les autres villages toujours DAL. La mise à l'échelle de l'ATPC consiste à mettre fin à la DAL dans le village d'intervention tout en touchant les communautés voisines, en faisant tache d'huile.

Le Passage à l'échelle :

- Expansion dans tout le pays ;
- Passage à l'échelle d'assainissement amélioré (de l'ouvrage basique à celui respectant les normes de sécurité et de meilleure qualité).

ATPC avec subvention

C'est la mise en oeuvre de l'approche ATPC en apportant une aide financière ou matérielle aux ménages à réaliser leurs latrines.

ATPC sans subvention

C'est la mise en oeuvre de l'approche ATPC en amenant les ménages à réaliser leurs latrines sans appui financier ou matériel.

Présentation de la VSLA

La VSLA est une approche qui vise l'autonomisation économique des femmes en milieu rural. Elle permet la création d'associations d'épargnes et de crédits à l'issue de laquelle les membres se réunissent pour épargner à une fréquence, s'octroyer des crédits pour des activités rémunératrices et rembourser leur prêt. C'est une plateforme utilisée en ATPC pour accompagner le changement de comportements des communautés en particulier permettre aux femmes de participer au financement de l'assainissement (réalisation des latrines, acquisition de matériels d'assainissement tels que pots pour enfants, matériels d'entretien...).

Cadre politique, stratégique, institutionnel et opérationnel de la mise en oeuvre du processus de l'ATPC au Burkina Faso.

Cadre politique et stratégique

Le cadre politique et stratégique de l'assainissement au Burkina Faso est clairement défini dans les documents ci-après :

La politique sectorielle « Environnement, Eau et Assainissement » (PS-EEA) 2018-2027.

Elle a pour objectif global d'« Assurer un accès à l'eau, à un cadre de vie saine et renforcera la gouvernance environnementale et le développement durable dans l'optique d'améliorer les conditions économiques et sociales des populations ». Elle est structurée autour des trois (03) axes stratégiques que sont : (i) Axe 1 : Gestion durable de l'environnement ; (ii) Axe 2 :

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

Mobilisation et gestion des ressources en eau ; (iii) Axe 3 : Assainissement et amélioration du cadre de vie qui vise à **promouvoir un assainissement durable pour l'amélioration de la qualité du cadre de vie des populations** ;

Le Programme National d'Assainissement des Eaux Usées et Excréta (PN-AEUE) à l'horizon 2030. Il a été adopté en 2018 et a pour objectif d'assurer un assainissement durable des eaux usées et excréta ;

La stratégie nationale de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) : elle a été adoptée en 2014 et vise à améliorer les conditions de vie des communautés en mettant fin à la pratique de la défécation à l'air libre. Elle est assortie d'un guide d'orientation pour accompagner la mise en oeuvre des politiques et assurer l'atteinte de l'objectif de la FDAL au Burkina -Faso ;

Le document portant, "Procédure harmonisée de mise en œuvre de l'assainissement familial des eaux usées et excréta". Il donne des orientations sur les différentes interventions pour assurer un assainissement durable ;

Cadre institutionnel et législatif

Sur le plan institutionnel, la stratégie de mise en œuvre de l'ATPC est portée par le ministère de l'Environnement de l'Eau et de l'Assainissement MEEA et ses structures déconcentrées et rattachées. On note comme principal acquis l'existence de structures dédiées à l'assainissement : MEEA, DGAEUE, ONEA, DREA et DPEA et de ministères partenaires.

Sur le plan législatif et réglementaire de l'assainissement, on note l'adoption de nombreux textes législatifs et réglementaires qui énoncent les principes fondamentaux de l'accès à l'assainissement, de la gestion durable de l'environnement, des ressources en eau, de l'urbanisme et de l'habitat et déterminent les rôles des différents acteurs.

Ces textes législatifs et réglementaires s'efforcent de définir les rôles et les responsabilités des différentes catégories d'acteurs dans la promotion de l'hygiène et de l'assainissement, mais comportent des insuffisances, à savoir :

- La faible prise en compte de certaines catégories majeures d'acteurs, à savoir l'État central, les organisations de la société civile, les partenaires techniques et financiers ;

- Le rôle et les responsabilités des communes qui ne sont pas clairement définis : en dehors de la compétence générale de contrôle reconnue aux communes en matière de propreté et d'assainissement (police de l'hygiène publique), aucun rôle spécifique n'est assigné à ces dernières en matière d'AEUE ;
- La tentative de détermination du rôle et des responsabilités de certains acteurs (ménages, établissements scolaires et autres édifices publics, unités commerciales et industrielles) : elle a amené le MEA à travers la DGA à entamer l'élaboration en 2020 d'un projet de décret portant réglementation de l'assainissement autonome des eaux usées et excréta. Ce décret servira de référentiel à toutes les communes pour adopter leurs instruments réglementaires locaux après son adoption.

Cadre opérationnel

Au niveau opérationnel, les documents de politique et stratégie définissent clairement le rôle de chaque acteur dans la mise en œuvre de l'ATPC. Les principaux acteurs sont : Agents techniques communaux (ATC) ou Points focaux dans les communes, les CAV/Q, les ONG/Associations, les Agents de santé à base communautaire (ASBC) et les Hygiénistes.

Il est ressorti de l'enquête que les principaux facteurs ayant favorisé la mise en œuvre de l'ATPC sont :

- ✓ L'implication et l'adhésion des communautés locales (le suivi par les CAV/Q, mobilisation sociale, l'engagement communautaire) ;
- ✓ La disponibilité des ressources humaines locales (main d'œuvre, maçon), la mise en place de comités provinciaux d'évaluation ;
- ✓ L'existence des partenaires, ONG/Associations acquises à la question de l'assainissement.

Par contre, les principaux facteurs ayant défavorisé la réussite de l'ATPC sur le plan opérationnel sont :

- ✓ La non-opérationnalisation du comité ad hoc national de coordination de la mise en œuvre de l'ATPC ;
- ✓ Le faible niveau d'appropriation de l'approche par les acteurs de mise en œuvre ;
- ✓ La coexistence des deux types d'intervention de l'ATPC (avec et sans subvention) ;

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

- ✓ L'insuffisance de synergie d'actions et de coordination entre les acteurs de mise en œuvre ;
- ✓ L'insuffisance de ressources financières et humaines pour une implémentation efficace et efficiente de l'approche ATPC ;
- ✓ L'insuffisance d'appui/suivi des communautés par les acteurs de mise en œuvre après la phase de déclenchement ou de déclaration FDAL de leur village ;
- ✓ Les conflits communautaires, la prolifération des sites d'exploitation aurifères artisanaux dans certaines zones et l'insécurité liée au terrorisme qui perturbent le déroulement effectif normal de l'ATPC ainsi que le suivi rapproché des villages.

Situation de la mise en œuvre de l'ATPC au Burkina Faso

Selon les données collectées par la DGA sur l'état des lieux ATPC 2021, la situation du déroulement de l'approche, au 30 novembre 2020, se présente comme suit :

- ✓ Situation de mise en œuvre de l'ATPC par région

Tableau 1 : Situation de mise en œuvre de l'ATPC par région

Région	Nombre total de villages	Nombre de villages déclenchés	Nombre de villages déclarés FDAL	Nombre de villages certifiés FDAL	Nombre de villages abandonnés
Boucle du Mouhoun	1019	474	1	0	473
Castcades	301	158	0	0	0
Centre	208	44	0	0	44
Centre Est	756	549	7	4	2
Centre Nord	829	502	25	9	9
Centre Ouest	610	223	156	145	67
Centre Sud	564	167	0	0	0
Est	874	456	221	131	66
Haut-Bassins	535	228	0	0	0
Nord	862	281	0	0	0
Plateau central	558	117	0	0	117
Sahel	684	301	149	37	
Sud-Ouest	1092	46	1	4	9
TOTAL	8892	3546	560	330	787

Source : Collecte de données sur l'état des lieux de l'ATPC au Burkina Faso, novembre 2020

Sur 8892 villages que compte le pays, les données collectées montrent que **3546** villages ont le statut « déclenché »; **560** villages « déclaré FDAL » et **330** villages « certifiés FDAL ». Aussi, le processus de mise en œuvre de l'approche n'a pas été achevé dans tous les villages déclenchés. Ainsi, sur les **3546** villages déclenchés, **787** sont abandonnés par les acteurs de mise en œuvre pour diverses raisons. Les raisons principales évoquées par les enquêtes sont “l'arrêt de projet” (48%), “l'absence de subvention de latrines” (37%) et “la non-implication des communautés dans la mise en œuvre des projets” (7%).

✓ Villages touchés par l'ATPC selon le statut

Nous avons 40% de villages déclenchés sur le territoire national soit 3546. Sur ces 35,46% de villages déclarés, 16% ont été déclaré FDAL et 22% ont été abandonnés. Sur les 560 villages déclarés FDAL, 59% ont été certifiés.

Coordination de l'ATPC au niveau de la DGA et les défis

La stratégie ATPC est mise en œuvre par tous les acteurs intervenants dans le domaine de l'assainissement et sous la coordination de la DGA et des structures déconcentrées (DREA) . La DGA élabore un plan d'action quinquennal du PN AEUE prenant en compte les cibles pour l'atteinte de la FDAL. La coordination de l'ATPC se fait à travers la tenue de cadre de concertation trimestriel pour faire le bilan de mise en œuvre au niveau national et échanger sur les défis, les difficultés et proposer des solutions. Ainsi, la DGA et les DREA animent des cadres de concertation sur l'ATPC, assurent le renforcement de capacité des acteurs sur l'approche ATPC, suivent et supervise les interventions sur le terrain. Les acteurs impliqués au niveau étatique sont : la santé, l'environnement, l'éducation, les communes, les ONG et Associations et les communautés. Les difficultés du projet ATPC au niveau national sont entre autres la coexistence de plusieurs approches et acteurs ; la réticence de certaines communautés ; les conditions naturelles défavorables (la nature meuble du sol...) dans certaines localités ; la non-maitrise et le non-respect du processus de l'ATPC conformément au guide d'orientation ATPC. Pour ce qui est de l'ATPC en urgence, les acteurs l'ont contextualisé et l'ont déroulé dans les sites de PDI pour encourager l'adoption des bonnes pratiques. La DGA a mené une évaluation de la mise en œuvre de l'ATPC dans les sites de PDI du Centre Nord. Les résultats de cette évaluation ont permis de proposer une note d'orientation pour l'ATPC en situation d'urgence. Cette note vient en complément du

document d'orientation pour l'accélération de la FDAL à l'horizon 2030. Pour ce qui est de la pérennisation, des acquis de l'ATPC, la DGA, a prévu le renforcement des acquis dans les villages FDAL à travers la mise en œuvre de plusieurs projets pilotés par l'administration. Dans ces projets, il est prévu la réalisation d'ouvrages pour relever le niveau de service et la conduite d'activités de communication pour le changement social et de comportement.

Synthèse bibliographique de L'ATPC et ses impacts socio-sanitaires et économiques

En tant que processus participatif « de l'ensemble de la communauté », l'ATPC a le potentiel à la fois d'améliorer l'inclusion des groupes socialement défavorisés et d'exacerber involontairement les déséquilibres. Il y-a des exemples très encourageants. Au Bangladesh, Kullmann et al. (2011) rapportent que les ménages dirigés par des femmes étaient plus susceptibles d'avoir une latrine améliorée ou partagée que les ménages dirigés par des hommes après la mise en œuvre de l'ATPC. La principale motivation de l'ATPC pour déclencher une action collective visant à éliminer la DAL est la croyance en ses conséquences sur la santé. La dignité, l'intimité, la sécurité et la commodité sont certainement des objectifs supplémentaires, et en effet, on prétend parfois que ces trois derniers sont les principaux moteurs des investissements des ménages dans des toilettes améliorées. Pourtant, la provocation du dégoût qui est la pièce maîtresse de l'exercice déclencheur est sous-tendue à la fois par un problème de santé et par l'hypothèse selon laquelle l'assainissement total réduira la maladie et confèrera d'autres avantages. Dans une étude portant spécifiquement sur l'impact de l'ATPC sur la santé au Mali, Pickering et al. (2015) n'ont trouvé aucun effet sur la diarrhée, mais ont détecté des avantages importants en ce qui concerne la croissance de l'enfant, signalant une augmentation des scores et une diminution de la probabilité de retard de croissance dans les villages ATPC par rapport aux témoins, et de plus que les enfants de moins de deux ans au moment de l'inscription ont montré des augmentations de taille et de poids plus importantes que les enfants plus âgés. Deux études ont détecté des avantages sur des paramètres allant de la possession et de l'utilisation des toilettes au retard de croissance et de la mortalité infantile (Dickinson et al. 2015 ; Spears 2012). En Indonésie, Cameron et Shah (2017) ont découvert qu'une intervention ATPC était associée à une diminution de 44 % de l'infestation par les vers ronds, mais n'avait aucun impact significatif sur les concentrations d'hémoglobine, chez les enfants. L'analyse des données de 29 pays en développement (Jung, Lou et al. 2017) a examiné la relation entre la couverture au niveau du quartier de

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

l'assainissement amélioré des ménages et l'incidence de diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans, et a identifié un seuil de couverture sanitaire de 60 % pour réduire les risques de maladie. Un essai sur le terrain en Tanzanie offre un exemple de renforcement : les quartiers ciblés dans le cadre d'un Total Sanitation and Sanitation Marketing (TSSM) l'intervention intégrant l'ATPC avec le renforcement de l'offre ont signalé la défécation à l'air libre à un taux de 11 %, contre 23 % dans les villages témoins, et la construction de latrines dans les salles d'intervention est passé de 39 à 51 % au cours de l'année suivant la mise en œuvre.

Le Mozambique a détecté une réduction de huit points de pourcentage de l'incidence de la diarrhée dans tous les groupes d'âge imputables à l'ATPC, malgré le fait que les latrines nouvellement construites étaient presque universellement des latrines à fosse non améliorées (Elbers et al. 2012). Pour ce qui est de l'impact économique, peu d'études évaluent l'impact économique de l'ATPC, mais l'état des lieux ATPC (DGA.2021) a trouvé que 96% des enquêtés estiment que les activités déroulées dans le cadre de l'ATPC améliorent leur situation économique. Ils notent une amélioration des revenus grâce à la réduction des dépenses médicales, le temps consacré aux travaux est plus important, le pouvoir d'achat est amélioré ainsi que la qualité du travail. L'élevage devient rentable dû notamment à la diminution des pathologies des animaux ; il y a épargne d'argent pour d'autres besoins que les soins de santé (scolarité, engrais, équipement agricole, confort familial).

II. MATERIELS ET METHODES

Justification de la zone d'étude

La mise en œuvre de l'ATPC coordonné par la DGA avec l'accompagnement de l'UNICEF a concerné les régions de l'Est, du Centre Ouest, du Centre Nord et du Sahel. Pour des raisons d'insécurité, la région du Sahel n'a pas pu faire partie de notre étude. Le Centre Nord avait été envisagé pour l'ATPC en urgence, approche semblable à l'ATPC classique, sauf qu'elle prévoit la subvention pour la construction des ouvrages et cible les sites de PDI mais le manque de données tangibles notamment les données sanitaires dans les sites à cause de l'instabilité des personnes déplacées internes PDI nous a amenés à nous focaliser sur les 2 autres régions (Est et Centre ouest). Rappelons que les périodes de mise en œuvre de l'ATPC pour chacun des villages d'études sont de 2016 pour les villages de la Sissili et Kompienga, 2020 pour les villages du Gourma et Tapoa , 2021 pour le Ziro et 2022 pour le Boulkiemde.

Présentation de la zone d'étude

❖ Le Centre Ouest

La région du Centre Ouest est divisée en quatre provinces que sont le Boulkiemdé, le Sanguié, la Sissili et le Ziro. Sa population est estimée à environ 1,7 million d'habitants (RGPH, 2019). L'étude a concerné 3 provinces de la région : la Sissili, le Ziro et le Boulkiemde.

- Sissili : Communes de Léo : village : Kayéro, Mouna ;
- Ziro : Commune de Sapouy : Village : Lue, Sanyaro ;
- Boulkiemde : Commune de Bingo : Village : Sapelo.

La mise en œuvre de l'ATPC passe également par des sensibilisations sur l'hygiène de l'eau de consommation sur toute la chaîne depuis la source d'approvisionnement jusqu'à consommation. La fin de la défécation à l'air libre doit également réduire les contaminations fécales de l'eau de consommation. Nous avons donc jugé pertinent d'analyser l'exposition à la contamination fécale de l'eau de consommation des communautés FDAL et communautés qui n'ont pas fait objet d'ATPC pour qu'elle serve de base d'évidences. La recherche s'est focalisée sur l'analyse microbiologique et a concerné 2 types de prélèvement : un prélèvement à la pompe et un autre prélèvement dans le ménage. L'analyse a concerné 4 villages de la région du centre ouest, à savoir 2 villages FDAL : Kayéro et Mouna dans la province de la Sissili et 2 villages qui n'ont pas fait objet d'ATPC à savoir Sanyaro dans la province du Ziro et Bingo centre dans la province du Boulkiemde. Le choix de ces villages est fonction de

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

l'accessibilité du village, du statut du village et de la facilité pour le prélèvement. Malheureusement nous avons perdu l'échantillon de Bingo Centre durant la collecte. L'analyse a donc concerné Kayéro, Mouna et Sanyaro.

❖ L'Est

La région de l'Est comprend cinq provinces : le Gnagna, le Gourma, la Komondjari, la Kompienga et la Tapoa. La taille de la population avoisine les 2 millions d'habitants (RGPH, 2019). L'étude concerne 3 provinces : le Gourma, la Kompienga, la Tapoa.

- Gourma : Commune de Diapangou : villages : Yensemdni, Okargoni
- Tapoa : Commune de Partiaga : village de Kankandi
- Kompienga : Commune de Kompienga : villages : Kpenkankandi, Fanwargou.

La figure suivante représente une cartographie de la zone d'étude.

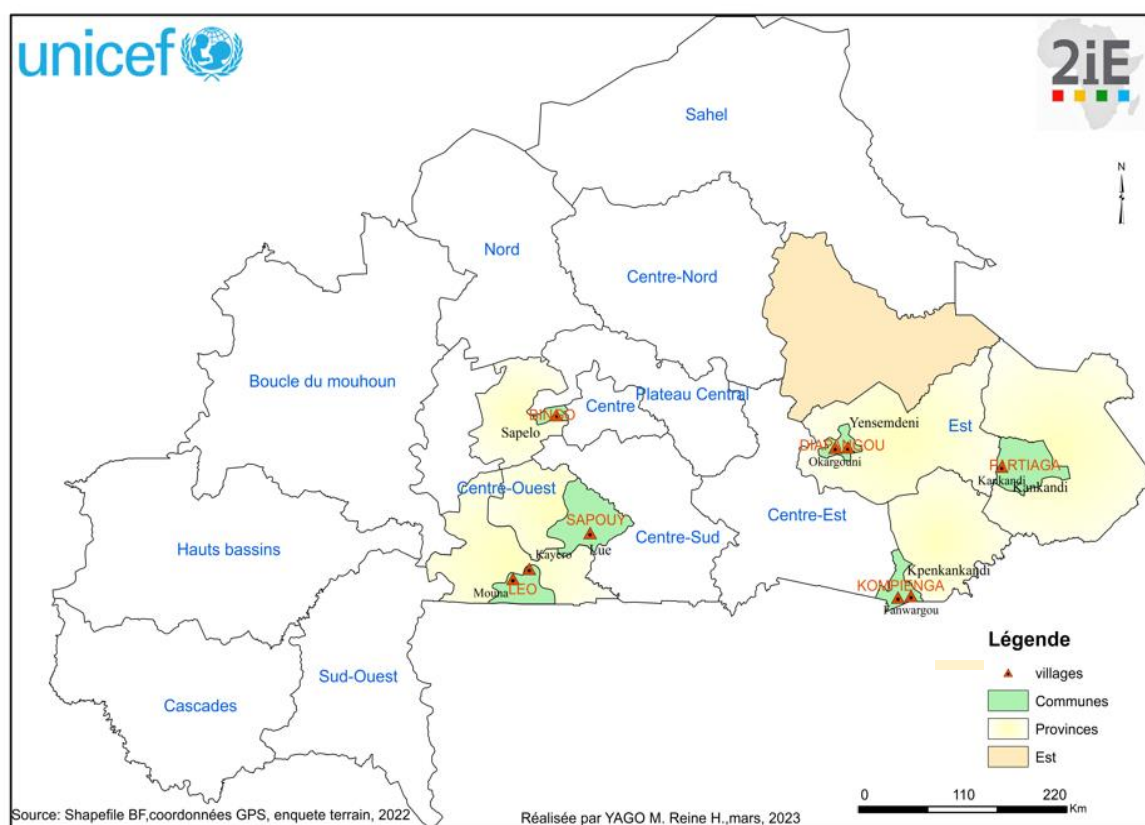


Figure 1 : Source : shapefile , IGB , coordonnées GPS, enquêtes terrain , 2022

📍 Collecte des données

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre
Ouest au Burkina Faso.

La collecte des données s'est déroulée dans la période du 11 au 20 décembre 2022, les informations recherchées étaient les données sanitaires, économiques et sociales collectées auprès des ménages, des personnes de références et des districts sanitaires. Pour atteindre ces objectifs, plusieurs méthodes de collecte ont été utilisées :

- La recherche documentaire (internet, rapports d'études réalisées, base de données ATPC...)
- La participation aux ateliers de capitalisation de la mise en œuvre de l'ATPC.
- Des enquêtes ménages
- Des entretiens semi-structurés avec des personnes de référence (CAVQ, ICP, District sanitaire, CVD, DPEA, DGA, Mairies, ONG de mise en œuvre de l'ATPC (APS, PLAN BURKINA, SNV).
- Des Focus groups en vue de trianguler les données
- L'Observation directe en vue de faire notre propre analyse de l'existant.
- Des fiches d'entretien, questionnaires ménages et grilles d'observation ont été élaborées avec l'application kobotoolbox et sur Word.

Le principe général de la collecte est de ne pas évoquer le projet ATPC lors des enquêtes ménages et focus group en vue d'amener les communautés elles-mêmes à affirmer ou non que c'est l'ATPC qui a conduit à ces changements et donner des réponses très objectives. Connaissant les périodes de mise en œuvre de l'ATPC dans chaque village, la question est posée indirectement à travers les dates et les changements opérés en matière d'hygiène et d'assainissement (cf. questionnaire ménage en annexes)

Enquête ménages

Les enquêtes ménages ont consisté à s'entretenir avec le chef de ménage principal ou un second décideur financier du ménage âgé de plus de 18 ans, en vue de recueillir des informations suivant les indicateurs de nos 3 objectifs spécifiques (cf. cadre logique en annexes).

Focus group

Les focus groups ont consisté à s'entretenir avec 12 à 20 personnes de chaque village dans lequel nous avons réalisé les enquêtes ménages en vue de recueillir les informations sur les impacts de l'ATPC avec les changements économiques et le renforcement de la cohésion sociale. Nous avons réalisé au total 11 focus groups dans 11 villages avec 167 personnes, dont 77 femmes et 90 hommes.

Entretien avec les agents de santé : Il a consisté à tenir des entretiens semi-directifs à réponses libres avec ces agents de santé en vue de recueillir des informations sur les maladies liées au manque d'hygiène, et d'assainissement des communautés concernées avant et après la mise en œuvre de l'ATPC ainsi que leurs fréquentations des centres de santé pour raisons de ces maladies avant et après ATPC.

Entretien avec les CVD, CAVQ, DPEA, Maries : Il a consisté à tenir des entretiens semi-directifs à réponses libres avec ces personnes en vue de recueillir des infos sur les changements observés en matière d'hygiène, de cohésion sociale, des normes sociales et perception des communautés en matière d'hygiène d'assainissement et les facteurs qui ont contribué à ces changements.

Entretien avec les ONG de mise en œuvre de l'ATPC : il a consisté à recueillir des informations sur la situation de la mise en œuvre de l'ATPC dans leurs zones d'intervention, les changements opérés, la situation avant et après la mise en œuvre de l'ATPC, les expériences vécues, les difficultés et les chiffres atteints.

Entretien avec la DGA : il a consisté à recueillir des informations sur l'état des lieux ATPC au Burkina, la coordination de l'ATPC et les perspectives, les changements socio-sanitaire et économiques en matière d'hygiène et d'assainissement des communautés FDAL et les facteurs qui ont contribué ces changements.

Observation directe : elle a servi à l'enquêteur de donner sa propre opinion de l'environnement immédiat du ménage, à savoir : accès aux ouvrages d'assainissement, utilisation et entretien des ouvrages, lavage des mains, la présence de lieux de défécation autour de la maison et toute autre information pertinente.

Échantillonnage

Comme mentionné précédemment, nous avons travaillé sur 2 régions et dans chaque région, nous avons travaillé dans les provinces en fonction du niveau de mise en œuvre de l'ATPC et de l'accessibilité de la zone. Les critères de sélection des villages sont l'accessibilité et le statut de fin de la défécation à l'air libre ou village dont le statut est certifié. Rappelons que le statut de village déclaré FDAL est la confirmation et la reconnaissance officielle de l'état de Fin de la Défécation à l'air libre (FDAL) après évaluation. Lorsque cette déclaration est suivie pour accorder une plus grande crédibilité aux résultats, au bout de 6 mois après ladite déclaration, on parle maintenant de village certifié FDAL.

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

Pour ce qui est de l'échantillonnage proprement dit, nous avons utilisé la méthode probabiliste, car elle permet de généraliser les résultats de l'ensemble de la population. Nous avons opté pour l'échantillonnage stratifié Pour augmenter la précision. Chaque village à enquêter représente une strate, dans chaque strate, l'on va procéder à un échantillonnage aléatoire simple. La taille de l'échantillon de chaque strate a été calculée sur la base de la formule suivante :

Équation de détermination de la taille de l'échantillon :

$$n = \frac{\frac{z * p(1 - P)}{e^2}}{1 + \frac{z * p(p - 1)}{e^2 * N}}$$

Avec

n : taille de l'échantillon

N : taille de la population cible (nombre de ménages d'usagers, etc.) réelle ou estimée

p : proportion attendue d'une réponse de la population ou proportion réelle =0,5 par défaut

z : côte z obtenu grâce au niveau de confiance de 95%

e : marge d'erreur en pourcentage sous forme décimale

En considérant un degré de confiance de 95 % et une marge d'erreur égale à 5%, et 7 comme taille moyenne des ménages on obtient les résultats suivants :

Tableau 2 : Échantillonnage

Région	Province	Commune	Village	Population du village	Échantillon de population à enquêter	Ménages à enquêter
Est	Kompienga	Kompienga	Fanwargou	1297	297	43
	Tapoa	Partiaga	Kankandi	370	189	27
			Kpenkankandi	2136	326	47
	Gourma	Diapangou	Okargoni	470	212	31

Centre Ouest			Yessinden	500	218	32
	Sissili	Léo	Kayéro	3732	349	50
			Mouna	1410	303	44
	Ziro	Sapouy	Lue	1491	306	44
	Boulkiemde	Bingo	Sapelo	547	226	33
Totale						351 ménages

Source : Données APS, PLAN, SNV, 2022

✚ Méthodologie de calcul des taux de couverture en latrines

Sachant que la norme au Burkina Faso prévoit 1 latrine pour 10 personnes et connaissant la taille de la population de chaque village nous avons estimé le taux de couverture de chaque village avant et après ATPC sur la base des nombres de latrines existantes avant et après ATPC .

✚ Méthodologie de calcul des réductions sanitaires et économiques

Le nombre de cas de maladies diarrhéiques ou parasitose intestinale a été calculé sur la base du nombre de cas avant et après ATPC. Connaissant le nombre de cas avant et après ATPC, nous avons calculé l'écart de réduction par une soustraction du nombre de cas avant et après ATPC et faire une règle de 3 pour exprimer cette réduction sous forme de pourcentage sachant que le nombre de cas avant ATPC représente 100%. Ce même calcul a été fait pour estimer les taux de réduction observés pour le nombre de consultations.

Formule de calcul des taux de réduction des maladies ou des réductions du nombre de consultations :

$$r = \frac{(C1 - C2)}{C1} * 100$$

Avec

r : le taux de réduction exprimé en pourcentage

c_1 : le nombre de cas avant ATPC

c_2 : le nombre de cas après ATPC

R : le taux de réduction moyen pour les villages de la région

Pour ce qui est des réductions économiques, nous avons obtenu ces réductions sur la base des gains économiques en santé constatés par les ménages depuis la mise en œuvre de l'ATPC et celui de l'ensemble de la communauté. Nous avons collecté cette information pendant les enquêtes ménages et les focus group.

Traitement des données

Étant donné la similitude des données de chaque village, les données quantitatives collectées ont été organisées ensemble sous forme de graphes et de tableaux en vue de faciliter les analyses. Pour ce qui est des données qualitatives (focus group et entretiens avec les personnes de référence), elles ont été analysées pour l'ensemble des villages de façon objective pour nous permettre de discuter nos résultats.

Limites de l'étude

Les limites de l'étude se situent dans le fait qu'il y'avait pas de données de référence (étude de référence des villages d'étude) sur lesquels nous baser pour soutenir l'étude. Il y'a également le fait qu'on ne puissent pas estimer totalement l'impact des autres canaux de communication sur les changements de comportement des communautés (radio, télévision, réseau socio) et aussi le brassage entre les villages et les villes car ce brassage constitue également un facteur de changement de comportement.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

3.1. RÉSULTANTS

❖ **Caractéristiques socio-culturelles des populations rencontrées**

La figure suivante représente les caractéristiques socio-culturelles des populations rencontrées, il s'agit de la répartition selon le sexe, l'âge, l'ethnie, la religion, le niveau d'instruction et l'activité principale du chef de ménage.

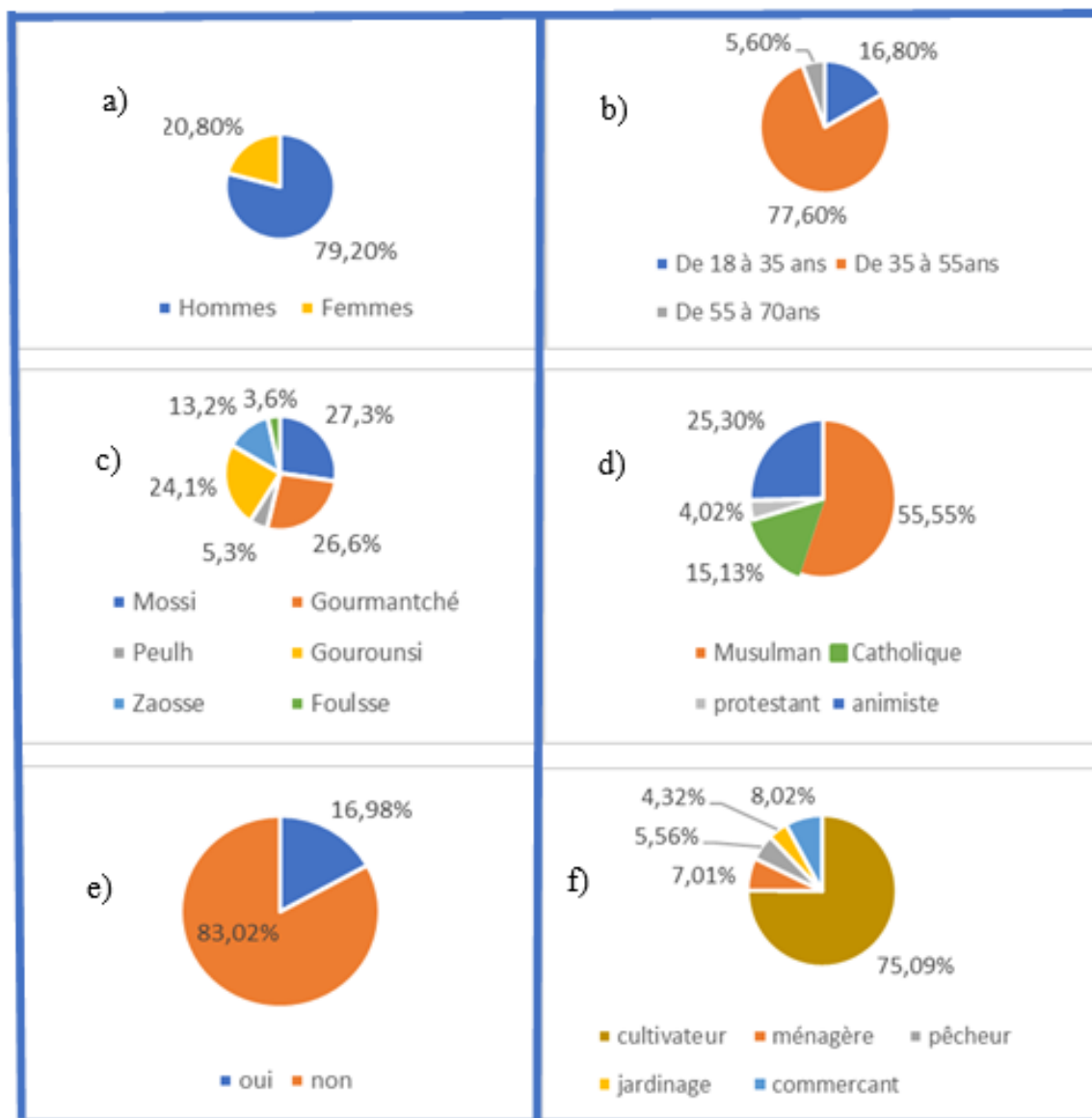


Figure 2: Caractéristiques socio-culturelles des populations rencontrées

Source : Enquêtes terrain, décembre 2022

Le cadran a) représente la répartition des personnes enquêtés selon le sexe, les ménages rencontrés étaient constitués majoritairement d'hommes 79,20% et 20,80% de femmes. Le cadran b) représente la répartition des personnes rencontrées selon l'âge, les personnes enquêtées ont entre 18 à 70 ans. La moyenne d'âge des enquêtes est de 45 ans. Le cadran c) représente la répartition des enquêtes selon l'ethnie. Les groupes ethniques majoritairement représentés dans l'échantillon sont les Mossi 27,3%, les Gourmantché 26,6% et les Gourounsi 24,1%. On constate cette diversité d'ethnies par le fait que l'étude s'est déroulée dans les

régions du Centre ouest à majorité Gourounsi, à l'Est à majorité Gourmantché, et une majorité de Mossi dans toutes les régions. Le cadran d) représente les personnes rencontrées selon la religion. La majorité de personnes enquêtées sont des musulmans 55,55% suivi des animistes et des catholiques respectivement 25,30% et 15,13%. Le cadran e) représente les personnes enquêtées selon le niveau d'instruction, 83,02% ne savent pas lire et écrire, contre 16,98% qui savent lire et écrire. Le cadran f) représente les personnes enquêtées selon l'activité principale du chef de ménage. 75,09% des chefs de ménages enquêtés pratiquent l'agriculture et l'élevage, 8,02% sont des commerçants, et 7,01% sont des ménagères, il s'agit essentiellement des chefs de ménages femmes.

❖ État des lieux socio-sanitaire et économique des communautés FDAL en matière d'hygiène et d'assainissement.

Le premier critère d'évaluation FDAL au Burkina Faso étant la disponibilité de la latrine dans le ménage, la figure suivante représente la disponibilité en latrines des ménages enquêtés.

Diagnostic sur la disponibilité en latrines avant et après l'ATPC

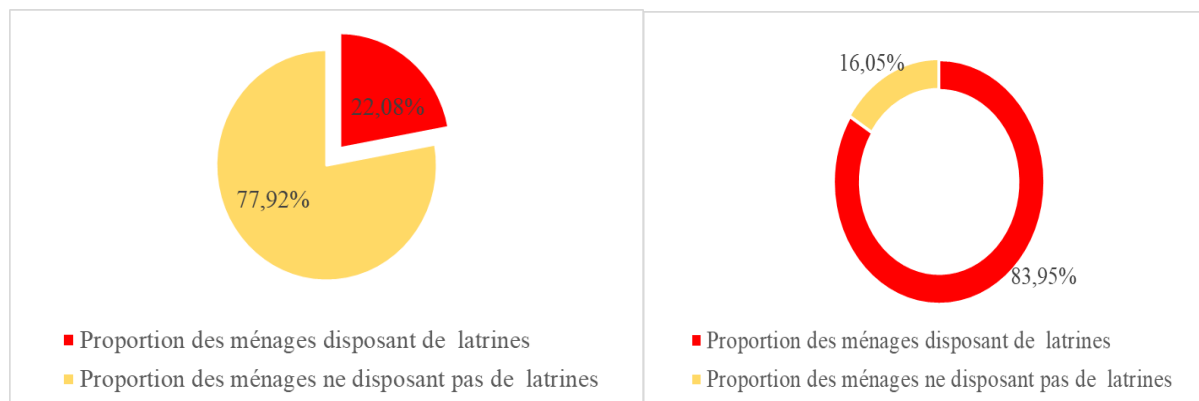


Figure 3 : Disponibilité des latrines avant et après la mise en œuvre de l'ATPC

Source : Enquêtes terrain, décembre 2022

Avant la mise en œuvre de l'ATPC, seulement 22,08% en moyenne des ménages disposaient de latrines avec un minimum de 2% de ménages dans certains villages mais après la mise en œuvre de l'ATPC, jusqu'à 83,95% en moyenne des ménages disposent de latrines avec des maximum de 100% des ménages dans certains villages.

Après avoir vérifié la disponibilité en latrines, il était question pour nous de vérifier la situation sociale (habitudes et pratiques) de ces communautés en matière d'hygiène et d'assainissement. La figure suivante représente l'ensemble des habitudes et pratiques de ces communautés avant et après l'ATPC.

Situation sociale

Tableau 3 : Les habitudes et pratiques des communautés avant et après l'ATPC

Proportion des ménages selon le Changement opéré	Avant ATPC en moyenne	min/max	Après ATPC en moyenne	min/max
Proportion des ménages ne pratiquant pas la défécation à l'air libre	10,5%	0%/13%	92,80%	87%/100%
Proportion des ménages pratiquant le lavage des mains après utilisation des toilettes	17,9%	0%/8%	61,70%	41%/85%
Proportion des ménages qui Utilisent et entretiennent leurs latrines	10,1%	0%/9%	84,4%	78%/95,2%
Proportion des ménages qui Entretiennent leurs cadre de vie	16,98%	0%/5%	93%	88,6%/100%
Proportion des ménages selon les changements de normes sociales en matière d'hygiène et d'assainissement	14,4%	0%/2%	79%	68%/87%
Proportion des ménages qui ont connaissance des	8,1%	0%/15%	80,56%	61%/91%

maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement				
--	--	--	--	--

Source : Enquête terrain décembre 2022

D'une manière générale, on constate que l'ensemble des habitudes et pratiques ce sont améliorées de façon spectaculaire depuis la mise en œuvre de l'ATPC. Avant l'ATPC, seulement 10,50% des ménages en moyenne ne pratiquaient pas la défécation à l'air libre, mais après l'ATPC, au moment de l'enquête, jusqu'à 92,80% des ménages en moyenne ne pratiquent plus la défécation à l'air libre. Pour ce qui est de la pratique de lavage des mains, avant l'ATPC, seulement 17,9% des ménages en moyenne pratiquaient le lavage des mains avec de l'eau et du savon ou de la cendre après utilisation des toilettes mais après l'ATPC, 61,70% des ménages en moyenne pratiquent le lavage des mains après utilisation des toilettes avec de l'eau ou de la cendre. L'utilisation et l'entretien des latrines sont devenu une pratique courante dans les villages FDAL. 84,4% des latrines en moyenne sont utilisées et bien entretenues, avec une fréquence de nettoyage de 1 à 2 fois par semaine contre seulement 10,10% de latrines en moyenne utilisées et bien entretenues avant la mise en œuvre de l'ATPC. On constate également que 93% des ménages en moyenne entretiennent leurs cadres de vie immédiat contre seulement 16,98% avant l'ATPC. Selon les hommes, depuis la mise en œuvre de l'ATPC, les femmes balaient automatiquement la cour le matin et le soir, les ustensiles de cuisine sont nettoyés automatiquement après utilisation. L'utilisation des pots pour les enfants est devenue systématique. Les changements ont également touchés les normes sociales, avant l'ATPC, seulement 14,40% des ménages étaient conscients qu'ils vivaient dans la saleté. Mais après l'ATPC, 79% des ménages savent et sont conscients de la saleté, la majorité disent qu'ils ont les yeux ouverts maintenant et font de l'hygiène et l'assainissement une priorité quotidienne. Pour ce qui est des connaissances des ménages sur les maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement, avant la mise en œuvre de l'ATPC, seulement 8,1% des ménages connaissaient et pouvaient citer les différentes maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement et leurs modes de transmission. Mais après l'ATPC, jusqu'à 80,56% des ménages enquêtés connaissent et peuvent citer les différentes maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement et leurs modes de

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

transmission. L'ensemble de ces changements témoignent donc de l'influence de l'ATPC sur les changements sociales.

La figure suivante représente l'avis des populations sur la contribution de l'ATPC à la cohésion sociale.

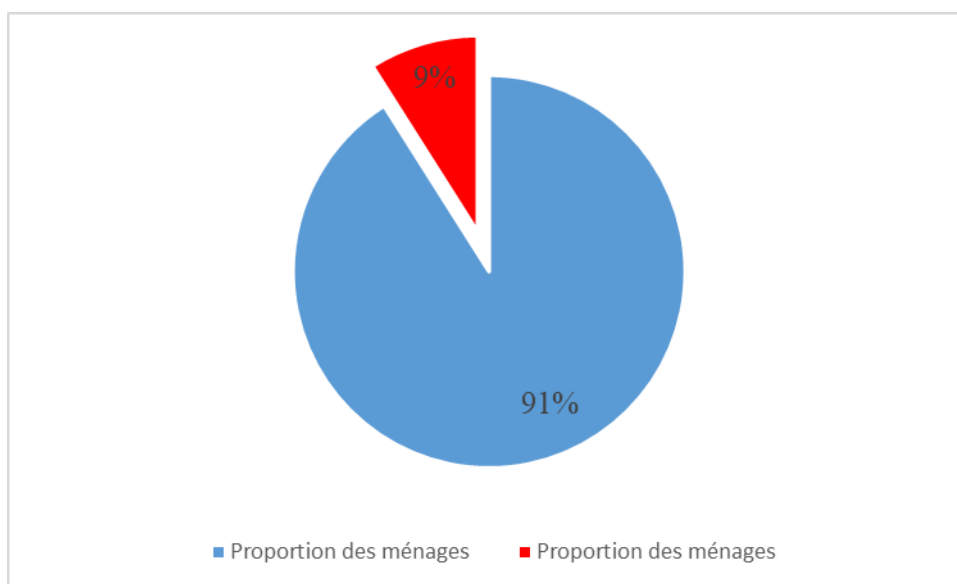


Figure 4 : Avis des ménages sur la contribution de l'ATPC à la cohésion sociale

Source : Enquêtes terrain, décembre 2022

Lors des enquêtes, il était également question pour nous de collecter l'avis des populations par rapport à la contribution de l'ATPC dans le renforcement de la cohésion sociale. Il ressort que la majorité des ménages 91% ont affirmé que l'ATPC a contribué à renforcer la cohésion sociale au sein de la communauté. L'analyse des focus group a également montré une affirmation des communautés sur un réel impact de l'ATPC au renforcement de la cohésion sociale.

Les expériences suivantes du village de **Kassolo-Tiabona et Mao-Nassira** sont des exemples pratiques de cohésion sociales survenues lors de la mise en œuvre de l'ATPC dans la région du centre ouest.

Expérience du village de Kassolo -Tiabona

Jadis, selon l'histoire, les allogènes venues du nord se sont installées sur des terres volontairement et gracieusement offertes par les autochtones de Kassolo.

Les deux communautés distantes l'une de l'autre d'environ 08 km vivaient en parfaite harmonie. Les liens sociaux se sont renforcés tout au long des générations successives.

Avec le temps, les politiciens sont parvenus à créer une dissension entre les deux (2) communautés. La tension a atteint un summum à travers l'implantation d'un centre de santé. Au lieu de l'implanter au milieu des deux (2) quartiers, la construction fut érigée dans le quartier Tiabona.

C'est ainsi que selon les informations reçues, le chef de terre de Kassolo a jeté un sort à ses habitants qui viendraient à fréquenter ce CSPPS. Depuis les habitants de Kassolo se soignent à Cassou.

Au déclenchement des deux (2) communautés, il n'était pas question de les évaluer ensemble en tant que village FDAL. Ainsi, plusieurs initiatives ont été mises en place afin de faire comprendre aux communautés, le degré de leur lien historique.

Fière et suffisant, la communauté de Tiabona va même jusqu'à ignorer l'existence d'une autre communauté que celle qui la installée dans leurs champs.

Une mission conjointe APS/Mairie est allée expliquer la démarche de l'ATPC qui ne certifie pas une communauté, mais un village administratif.

APS a par la suite mené des missions de plaidoyer pour rappeler la nécessité du vivre ensemble.

L'ensemble des efforts déployés sur le terrain a permis d'aplanir la tension entre les 2 communautés.

Stratégie d'évaluation

Le facilitateur du village est allé expliquer que le Comité Provincial d'Éducation (CPE) sera dans le village à la date indiquée. Il sera concomitamment à Kassolo et à Tiabona. Au cas où l'un des quartiers échoue, c'est tout le village qui est recalé.

Le jour J, le Haut-commissaire doivent s'installer à Kassolo et envoyer une équipe d'évaluateurs à Tiabona. Si une nouvelle tension naît, l'évaluation du village pourrait être reportée. Dans le cas contraire, le village est évalué.

Une liaison téléphonique est installée entre les facilitateurs qui sont et à Kassolo et à Tiabona. Ces équipes devaient faire le point à la coordination pour se rassurer que le terrain est bien dégagé.

*Ainsi, Kassolo-Tiabona a été certifié FDAL. Même si les 2 entités ne se sont pas rejointes, on lisait la joie de part et d'autre. **Source : Données APS décembre 2022***

Expérience du village de Mao-Nassira

Le village de Mao-Nassira est comme celui de Kassolo-Tiabona, un village à trait d'union. Pour arriver à concilier les 2 entités, il était nécessaire de remonter le temps. Selon l'histoire, la communauté de Mao serait venue de Cassou et s'est installée aux abords d'un fleuve. Ainsi, la chefferie de Mao est intronisée par le chef du canton de Cassou.

Juste à côté, le chef de Gao aurait installé des allogènes dans son champ ce qui allait être Nassira. Visiblement il n'y a pas de frontière entre les deux (02) communautés. Vivant en parfaite cohésion sociale, il a fallu que les prédateurs immobiliers viennent semer la discorde.

Après le déclenchement, des pistes pour l'atteinte de la FDAL ont été prospectées. L'ajournement du village a donné lieu à des missions pour un plaidoyer. À la dernière minute, nous nous sommes rendu compte que le village doit être évalué séparément.

Nous avons mené des démarches dans ce sens, en prenant Mao à part et Nassira à part. Ces démarches nous ont conduits à découvrir ce que nous venons de citer. Le chef de Nassira (Mossi) dit nous observer depuis le début, mais se retenait d'intervenir.

Stratégie d'évaluation

À l'évaluation, Mr le Haut-commissaire fut accueilli à Mao et envoie une équipe d'évaluateurs à Nassira. Une fois sur place, nous avons cherché à comprendre le différent par une simple et seule question : est-ce que Nassira pourrait un jour se détacher de Mao ? La réponse du chef de Nassira est NON. Et il ajouta : nous allons envoyer des représentants à Mao pour la proclamation.

Heureusement, le résultat de l'évaluation est positif. C'est avec une population réunie et pleine de joie que le chef de Mao a salué les efforts du Haut-commissaire et de l'ONG-D/APS qui ont abouti à la Fin de la Défécation à l'air libre (FDAL) du village de Mao-Nassira. Il a invité les deux (2) parties à s'investir dans la recherche du vivre ensemble. À partir d'aujourd'hui, les équivoques sont levées.

Source : Données APS décembre 2022

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

Le tableau suivant représente l'état des lieux de la situation sanitaire de ces communautés FDAL en matière d'hygiène et d'assainissement.

Situation sanitaire

Le tableau suivant représente l'état de fréquentation des centres de santé par les ménages pour raison des maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement.

Tableau 4 : Nombre de consultation des ménages pour raison des maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement avant et après la mise en œuvre de l'ATPC.

Avant l'ATPC	Après l'ATPC
7 fois au moins/ménage/mois	3 fois maximum/ménage/mois et même pour certains 0 fréquentation

Source : Enquêtes terrain, décembre 2022

92,2% des ménages disent qu'avant la mise en œuvre de l'ATPC, ils avaient un taux de fréquentation de 7 fois au moins en moyenne par mois pour les maladies diarrhéiques et parasitose intestinales surtout pour les enfants de 0 à 4ans ; avec des maxima allant jusu'à 8 fois par mois. Mais actuellement, il ya une réduction considérable , au maximum 3fois/mois/ménage en moyenne et meme 0 fréquentation pour certains.

Pour ce qui est du nombre de cas de ces maladies, la figure suivante nous donne plus de détails.

Tableau 5 : Nombre de cas de diarrhée et de parasitoses intestinales des ménages avant et après la mise en œuvre de l'ATPC.

Avant L'ATPC	Après l'ATPC
05 cas/ménage/mois de diarrhée	03 cas/ménage/mois de diarrhée
7 cas/ménage/mois de parasitoses intestinales	04 cas/ménages/mois de parasitoses intestinales

Source : Enquêtes terrain, décembre 2022

88% des ménages disent qu'ils enregistraient en moyenne un minimum 05 cas par mois de diarrhée et 7 cas en moyenne de parasitoses intestinales, mais ces chiffres sont passés à 03 et

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

04 cas respectivement au maximum depuis la mise en œuvre de l'ATPC avec des minima allant même à 0 cas par moment.

Le tableau 6 et figure 5 représentent les résultats des analyses microbiologiques réalisés sur l'eau de consommation des communautés FDAL et des communautés qui n'ont pas fait objet d'ATPC. Les prélèvements ont été réalisés dans les villages FDAL de Kayéro et Mouna et les villages non ATPC de Sanyaro.



Figure 5 : Dénombrement des colonies de coliformes des villages FDAL : Mouna, Kayéro et village non ATPC Sanyaro (centre ouest).

Source : Laboratoire LEHSA 2ie. Décembre 2022.

Tableau 6 : Résultats des analyses microbiologiques de l'eau de consommation des ménages FDAL et ménages non ATPC.

Paramètres/villages	SANYARO : village non ATPC	KAYERO : village ATPC	MOUNA : village ATPC
E. coli	Pompe : 0 UFC/100 ml Ménage : 2 UFC/100 ml	Pompe : 0 UFC/100 ml Ménage : 3 UFC/100 ml	Pompe : 0 UFC/100 ml Ménage : 2
Coliformes fécaux	Pompe : 0 UFC/100 ml Ménage : 20 UFC/100 ml	Pompe : 0 UFC/100 ml Ménage : 58 UFC/100 ml	Pompe : 0 UFC/100 ml Ménage : 140 UFC/100 ml
Streptocoques	Pompe : 0 UFC/100 ml	Pompe : 0 UFC/100 ml	Pompe : 9 UFC/100 ml

fécaux	Ménage : 14 UFC/100 ml	Ménage : 168 UFC/100 ml	Ménage : 220 UFC/100 ml
Coliformes totaux	Pompe : 0 UFC/100 ml Ménage : 228 UFC/100 ml	Pompe : 0 UFC/100 ml Ménage : 234 UFC/100 ml	Pompe : 13 UFC/100 ml Ménage : 376 UFC/100 ml

Source : Laboratoire LEHSA 2ie. Décembre 2022

Nous constatons une forte concentration de coliformes dans tous les échantillons ménages, par contre, les échantillons issus des pompes sont exempts de coliformes à l'exception de la pompe de Mouna qui contient une faible concentration de Streptocoques fécaux. Ces résultats ne peuvent pas nous permettre de conclure que l'ATPC ait eu un impact sur la qualité microbiologique de l'eau de consommation d'autant plus que le village non ATPC (Sanyaro) est moins chargé en termes de coliformes que les 2 autres villages ATPC. Mais nous recommandons aux acteurs ATPC d'intensifier les sensibilisations des ménages sur toute la chaîne d'approvisionnement de l'eau de consommation car si les échantillons ménages sont contaminés alors que celui des pompes sont potables, cela signifie que la contamination se situe au niveau du transport ou stockage de leurs eau de consommation.

Dans la suite nous allons faire l'état de la situation économique notamment des dépenses en santé pour les maladies diarrhéiques et parasitoses intestinales avant et après la mise en œuvre de l'ATPC.

Situation économique

Tableau 7 : Dépenses en santé pour les maladies diarrhéiques et parasitoses intestinales avant et après la mise en œuvre de l'ATPC.

Avant l'ATPC	Après l'ATPC
20.000 Franc CFA par mois	10.000 Franc CFA par mois

Source : Laboratoire LEHSA 2ie. Décembre 2022

Avant la mise en œuvre de l'ATPC, 89% des ménages dépensaient au moins 20.000 francs/mois en santé pour les maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement avec au minimum 15000 francs/mois de dépenses en santé et au maximum 25000 francs/mois dans certaines communautés. Contrairement à l'après-ATPC, 91% dit dépenser moins c'est-à-dire maximum 10.000 francs/mois en moyenne pour ces maladies.

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

Dans la suite, il sera question pour nous d'identifier tous les facteurs susceptibles d'avoir influencés les changements socio-sanitaires et économiques en matière d'hygiène et d'assainissement des communautés FDAL.

❖ Facteurs susceptibles d'avoir influencés les changements socio-sanitaires et économiques des communautés FDAL.

L'état des lieux socio-sanitaire et économique a montré qu'il y'a effectivement des changements très visible en matière d'hygiène et d'assainissement au sein des communautés FDAL. Nous allons donc tenter d'identifier tous les facteurs susceptibles d'avoir influencé ces changements au sein de ces communautés.

Les tableaux suivants résumant pour chaque village concerné par l'étude, les facteurs susceptibles d'avoir influencé les changements opérés dans le village.

Tableau 8 : Projets/activités susceptibles d'avoir influencé les changements socio-sanitaires et économiques des communautés FDAL des régions de l'Est

Région	Province	Commune	Village	Projets sanitaires et activités socio-économiques susceptibles d'avoir influencé le changement
Est	Tapoa	Partiaga	Kankandi	Sensibilisation des ASBC, Projet ATPC
	Kompienga	Kompienga	Fanwargou	Sensibilisation des ASBC, Projet ATPC
			Kpenkankandi	Sensibilisation des ASBC, Projet ATPC
	Gourma	Diapangou	Okargoni	Sensibilisation des ASBC, Projet ATPC
			Yessindeni	Sensibilisation des ASBC, Projet ATPC

Source : Enquêtes terrain, décembre 2022

Tableau 9 : Projets/activités susceptibles d'avoir influencé les changements socio-sanitaire et économique des communautés des régions du Centre Ouest.

Région	Province	Commune	Village	Projets sanitaires et activités socio-économiques susceptibles d'avoir influencé le changement
Centre Ouest	Sissili	Léo	Kayéro	Sensibilisation des ASBC, Projet ATPC,
			Mouna	Sensibilisation des ASBC, Projet ATPC
	Ziro	Sapouy	Lue	Sensibilisation des ASBC, Projet ATPC
	Boulkiemde	Bingo	Sapelo	Sensibilisation des ASBC, Projet ATPC

Source : Enquêtes terrain, décembre 2022

Les tableaux 8 et 9 présente la situation des activités et projets susceptibles d'avoir pu influencés les changements de comportement dans ces villages. On remarque que, hormis les séances de sensibilisations menées par les agents de santé à base communautaire ASBC et l'ATPC, l'ensemble des villages d'étude n'ont connu aucun autre projet ou activité spécifique susceptible d'avoir influencé le changement de comportement en matière d'hygiène et d'assainissement. Également, en consultant les annuaires statistiques du Ministère de la Santé de 2012 à 2021 , on constate effectivement que les ASBC ont mené des séances d'Information d'Éducation et de Communication sur les thèmes hygiène et assainissement et diarrhée dans ces communautés en même temps que l'ATPC ce qui nous permet de confirmer que les sensibilisations des ASBC et l'ATPC sont les principaux facteurs de changements en matière d'hygiène et d'assainissement au sein de ces communautés, mais étant donné que ces séances se déroulaient bien avant l'ATPC et ont continuées après l'ATPC, dans la suite, nous allons mesurer les effets socio-sanitaires et économiques constatés dans ces communautés depuis la mise en œuvre de l'ATPC.

❖ Effets socio-sanitaires et économiques depuis la mise en œuvre de l'ATPC.

Pour mesurer les effets socio-sanitaires et économiques constaté depuis la mise en œuvre de l'ATPC, nous allons mesurer 3 aspects à savoir : les effets sur la couverture en latrines, les effets sanitaires, et les effets sur le plan économique.

Couverture en latrines depuis la mise en œuvre de l'ATPC

Sur le plan accès aux latrines, nous avons essayé de mesurer la couverture en latrines avant et après l'ATPC des différents villages d'étude.

Tableau 10 : Taux de couverture en latrines avant et après l'ATPC des villages de l'Est.

Villages	population	Taux de couverture avant ATPC	Taux de couverture après ATPC
Kankandi	370	13,51%	81,08%
Fanwargou	1297	3,84%	61,53%
Kpenkankandi	2136	2,38%	40,47%
Okargoni	470	2,12%	76,59%
Yessindeni	500	10%	86%
Total moyen		6,37%	69,13%

Source : Enquêtes terrain, décembre 2022

Il ressort que dans la région de l'Est, les villages concernés sont passés d'une couverture de 6,37% avant l'ATPC à un taux de couverture de 69,13% après L'ATPC.

Tableau 11: Taux de couverture en latrines avant et après l'ATPC des villages du Centre Ouest.

Village	Population	Taux de couverture avant ATPC	Taux de couverture après ATPC
Kayéro	3732	3,2%	90,90%
Mouna	1410	4,96%	78,01
Lue	1491	10%	92,66%
Sapelo	547	15,27%	100%
Total moyen		8,35%	90,39%

Source : Enquêtes terrain, décembre 2022

Pour les villages de la région du centre ouest, le taux est passé de 8,35% avant l'ATPC à 90,39% après l'ATPC. Dans la section suivante, nous allons estimer les effets sanitaires constatés dans ces villages depuis la mise en œuvre de l'ATPC.

Effets sanitaire depuis la mise en œuvre de l'ATPC

Le tableau 12 représente le taux de réduction des cas de Diarrhée et de parasitose intestinales des villages FDAL étudiés. Ces données ont été obtenues auprès des ménages et vérifiées auprès des différents centres de santé et districts sanitaires.

Tableau 12 : Taux de réduction des maladies diarrhéiques et parasitoses intestinale

Avant ATPC	Après ATPC	Taux de Réduction des cas de maladies
5 cas/ménages/mois de diarrhée	3 cas/ménages/mois de diarrhée	40%
7 cas/ménages/mois de parasitoses intestinale	4 cas/ménages/mois de parasitoses intestinale	42,85%

Source : Enquête terrain décembre 2022

Comme le montre le tableau ci-dessus, on constate une réduction moyenne de la diarrhée de 40% et 42,85% en moyenne pour les parasitoses intestinales, avec des maximales de réductions de 60% pour la diarrhée et 85,71% pour les parasitoses intestinales. Dans la suite,

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

nous allons calculer les réductions du nombre de consultation pour ces maladies.

Tableau 13 : Taux de réduction du nombre de consultations pour les maladies diarrhéiques et parasitose intestinales

Avant ATPC	Après ATPC	Taux de Réduction des consultations
7 fois/mois/ménages	3fois/mois/ménage	57,14%

Source : Enquête terrain décembre 2022

On constate effectivement une réduction en moyenne de 57,14% du taux de fréquentation des centres de santé pour raison de ces maladies par ces communautés, avec des réductions maximales allant à 62,5% dans certains villages et minimales de 14,28% dans d'autres. Ces chiffres sont comparables aux données sur les nombres de consultations pour maladies diarrhéiques et parasitose intestinales recueillis auprès du district sanitaire de la Kompienga pour le village de Kpenkankandi (tableau 14).

Tableau 14 : Taux de réduction des maladies diarrhéiques et parasitose intestinales du village de Kpenkankandi (district sanitaire de la Kompienga)

Maladies	Avant ATPC	Après ATPC	Taux de réduction du nombre de consultations
Diarrhée :	90 consultations/ mois	40 consultations /mois	55,55%
Dysenterie	30 consultations/mois	12 consultations /mois	60%
Fièvre typhoïde	35 consultations/mois	15 consultations /mois	57,14%
Parasitose intestinale	40 consultations/mois	15 consultations /mois	62,5%

Source : District sanitaire de la Kompienga(Kpenkankandi), décembre 2022

Dans la section suivante, il sera question de mesurer les effets économiques constatés depuis la mise en œuvre de l'ATPC.

Effets économiques depuis la mise en œuvre de l'ATPC

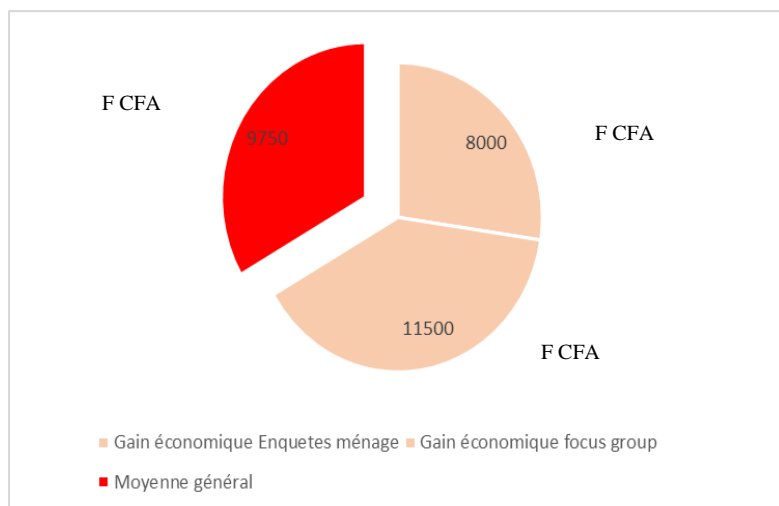


Figure 6 : Gain économique réalisé depuis la mise en œuvre de l'ATPC

Source : enquêtes terrain, décembre 2022

85% des ménages estiment économiser en moyenne 8000 francs CFA au moins/mois depuis la mise en œuvre de l'ATPC avec un minimum d'économie de 4500 francs/mois et un maximum d'économie de 12000 francs/mois dans certains villages. Durant les focus groups, les communautés ont estimées une moyenne d'économie de 11500 francs/mois depuis la mise en œuvre de l'ATPC, ce qui donne une moyenne générale de 9750 francs/mois comme gain économique depuis la mise en œuvre de l'ATPC. Comparé à ce que la majorité 89% dépensait avant la mise en œuvre de l'ATPC au moins 20000 francs CFA/mois, cette valeur permet de conclure que l'ATPC a permis de faire un gain économique de 50% des dépenses en santé des ménages.

3.2. DISCUSSION

Volet disponibilité en latrines

Le diagnostic sur la disponibilité des latrines réalisé dans les villages d'étude a permis de constater que la proportion des ménages détenteurs de latrines avant la mise en œuvre de l'ATPC est faible 22,08% comparé à la proportion des ménages détenteurs de latrines après la mise en œuvre de l'ATPC qui est de 83,95%. Ces résultats vont dans le même ordre de valeur que les résultats de l'état des lieux ATPC 2021 de la DGA qui ont montré qu'une grande proportion des ménages FDAL possédaient des latrines soit un taux de latrinisation de 85% et aussi dans le même sens que l'étude UNICEF (Touré, 2021) où 97,8% des ménages FDAL enquêtés possédaient des latrines. Cela témoigne de l'influence de l'ATPC sur l'accès aux latrines. Malheureusement, ces taux élevés ne sont pas comptabilisés dans le calcul du taux d'accès à l'assainissement au niveau national, car la majorité des latrines réalisées par l'intermédiaire de l'ATPC sont des latrines non homologuées. Cependant, elles permettent la réalisation de l'objectif spécifique N°1 du PN-AEUE.

Il ressort aussi que dans la région de l'Est, les villages étudiés sont passés d'une couverture en latrines de 6,37% avant l'ATPC à un taux de couverture de 69,13% après l'ATPC et les villages de la région du centre ouest sont passés de 8,35% avant l'ATPC à 90,39% après l'ATPC. Cela va dans le même ordre qu'une étude menée en Uganda sur les performances de l'ATPC qui montre une augmentation dans la couverture en latrines de 69.8 à 87.0% de 2017 à 2018 avec des taux atteignant leur maximum autour de 2019 avec 92.5% (Dektar, 2021).

Aussi, l'identification des facteurs susceptibles d'avoir influencé les changements en matière d'hygiène et d'assainissement a permis de savoir que hormis l'ATPC et les sensibilisations des agents de santé à base communautaires ASBC, nos villages d'étude n'ont connu aucun autre projet ou activité spécifique susceptible d'avoir influencé l'accès aux latrines or l'accès aux latrines est grimpé de façon spécifique depuis la mise en œuvre de l'ATPC. On peut donc conclure que c'est l'ATPC qui a majoritairement contribué à l'accès des communautés aux latrines pour mettre fin à la DAL.

Volet social

Avant l'ATPC, seulement 10,5% des ménages ne pratiquaient pas la défécation à l'air libre, mais après l'ATPC, jusqu'à 92,80% des ménages ne pratiquent plus la DAL. Cela se confirme avec le rapport Bilan national 2021 sur la Situation de l'état de Fin de défécation à l'air libre où les taux les plus élevés sont celui de l'Est et du Centre Ouest. 26,8% pour la région du Centre Ouest et 30,5% pour la région de l'Est pour un taux national de 6,6%. (Source : BD INOA, DGA 2021).

Sachant que jusque-là au Burkina Faso, l'ATPC est la seule approche qui permet de confirmer qu'une communauté soit FDAL et vu les taux élevés de villages FDAL de nos 2 régions d'études cela permet de confirmer l'influence de l'ATPC en matière de FDAL. C'est même là l'objectif clé de cette approche.

Pour ce qui est du lavage des mains, avant l'ATPC, seulement 17,9% des ménages pratiquaient le lavage des mains avec de l'eau et du savon ou de la cendre après utilisation des toilettes mais après l'ATPC, 61,70% des ménages pratiquent le lavage des mains avec de l'eau ou de la cendre après utilisation des toilettes. Cela se confirme avec le rapport du Bilan national PN-AUE 2021 à partir duquel on constate que les régions de l'Est et du Centre ouest ont des taux supérieurs à 60% en matière des pratiques de lavage des mains.

En ce qui concerne l'utilisation et l'entretien des latrines, elle est une pratique courante dans les villages FDAL. 84,4% des latrines sont utilisées et bien entretenues. Ces chiffres sont similaires aux résultats du rapport Bilan national 2021 sur la situation de l'entretien des latrines où à l'exception des hauts bassins, la région de l'Est et du Centre ouest sont en tête de liste avec des proportions de 93,6% et 89,97% en termes de proportion de latrines utilisées et bien entretenues. Aussi, on constate que 93% des ménages entretiennent leurs cadres de vie immédiats après l'ATPC contre seulement 16,98% avant l'ATPC. Pour ce qui est des normes sociales en matière d'hygiène et d'assainissement, on remarque qu'avant l'ATPC seulement 14,40% des ménages étaient conscients qu'ils vivaient dans la saleté. La majorité de ces personnes disent que c'est grâce à l'ATPC qu'ils ont commencé à remarquer certaines saletés qu'ils ne remarquaient pas avant. En termes de connaissance des communautés FDAL sur les maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement et leurs modes de transmission, 80,56% des ménages enquêtés connaissent et peuvent citer les différentes maladies liées au

manque d'hygiène et d'assainissement et leurs modes de transmission. Pourtant, avant la mise en œuvre de l'ATPC, seulement 8,1% des ménages connaissaient ces différentes maladies et leur mode de transmission. Pour ce qui est de la cohésion sociale, il ressort que 91% des ménages et la majorité des focus group réalisés ainsi que les entretiens avec les personnes de références ont affirmé que l'ATPC a contribué à renforcer la cohésion sociale au sein de la communauté à travers les activités communautaires telles que les journées de salubrité, l'entraide pour la construction des latrines, la volonté et l'impression de viser le même objectif et d'appartenir à une même communauté. L'ensemble de ces changements sociaux peuvent se confirmer à travers le retour des entretiens avec les CVD/CAVQ en ces termes : *« l'ATPC a apporté de meilleures pratiques d'hygiène et d'assainissement dans nos villages, il était impossible de s'asseoir à certains endroits du village à cause de l'odeur des excréta, les animaux domestiques mourraient parce qu'ils se nourrissaient des excréta, mais depuis la mise en œuvre de l'ATPC, tous ces phénomènes n'existent plus »*. Les DPEA, Mairies, ONEA de ces provinces et communes ont également affirmé le réel impact de l'ATPC sur les pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement dans la communauté, selon eux, *« les villages qui n'ont pas fait objet d'ATPC possèdent en moyenne entre 7 à 12 latrines comparées à ceux qui ont fait l'ATPC. Du côté comportement, le cadre de vie est vraiment amélioré, l'hygiène des ustensiles de cuisine, l'utilisation des pots pour les enfants, même le lavage des mains après l'utilisation des toilettes s'est amélioré surtout avec le covid qui est venu les rappeler l'importance de se laver les mains. Lors de nos visites de supervision et autre, nous ne croisons plus de caca au hasard, les anciens lieux de fréquentation n'existent plus et certains villages ont même inculqué les règles d'hygiènes et d'assainissement dans leurs coutumes si bien que quand tu ne les respectes pas, tu es traduit en conseil des sages »*. Les différents districts sanitaires et agents de santé des zones d'interventions ont également affirmé qu'il y'avait vraiment une réduction des maladies et des fréquentations des centres de santé pour les maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement dans les villages FDAL comparés aux villages qui n'ont pas fait l'ATPC. Les ONG de mise en œuvre de l'ATPC sont également convaincues que l'ATPC a été le principal facteur de changement dans les communautés, mais déplorent le fait qu'avec le temps, et sans un accompagnement minimum post FDAL, les communautés ne sont plus motivées et cela amène un relâchement des habitudes. Vu l'ensemble des évidences sociales et sachant que les 2 principaux facteurs

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

susceptibles d'avoir influencés ces changements au niveau social sont l'ATPC et les séances de sensibilisations des ASBC on peut confirmer la forte contribution de l'ATPC à ces changements au niveau social.

Volet sanitaire

Sur les aspects sanitaires de l'étude, il ressort que la diarrhée a diminué de 40% et les parasitoses intestinales de 42,85% depuis la mise en œuvre de l'ATPC. Ces chiffres sont comparables aux données recueillies auprès du District sanitaire du Gourma pour le village de Yessindeni respectivement de 47,67% pour les réductions de diarrhée et 50,2% pour les réductions de parasitose intestinales.

Pour ce qui est du taux de fréquentation des centres de santé pour raison de ces maladies, on constate une réduction de 57,14%. Ces chiffres peuvent se confirmer avec les données sur les nombres de consultations pour maladies diarrhéiques et autres maladies gastriques recueillies auprès du District sanitaire de la Kompienga pour le village de Kpenkankandi). (Tableau 11). L'ATPC et les séances de sensibilisations des ASBC étant les 2 principaux facteurs de changement dans ces communautés, additionnés à l'ensemble de ces évidences, nous pouvons confirmer la contribution de l'ATPC aux changements sanitaires.

Volet économique

Les enquêtes ont permis d'estimer un gain économique de 50% sur les dépenses en santé des ménages depuis la mise en œuvre de l'ATPC. La fréquentation des centres de santé pour raison des maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement est passé de 7fois/mois à 3fois/mois depuis l'ATPC. Ce qui se confirme avec l'état des lieux ATPC (DGA.2021) dont 96% des enquêtés estiment que les activités déroulées dans le cadre de l'ATPC améliorent leur situation économique par la réduction des dépenses médicales et les pertes de temps pour raison de maladie. Aussi, hormis le gain économique en termes de dépenses en santé, la VSLA qui accompagne l'ATPC a également contribué en termes d'impacts économiques. 65% des chefs de ménages femmes ont fait cas du réel impact économique de l'ATPC à travers la VSLA, la majorité disent que c'est à travers l'épargne VSLA qu'elles ont réussi à construire

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

leurs latrines, s'acquérir des seaux, des pots pour les enfants, des bidons, barriques, ustensiles de cuisine, savons, bouilloires. Cela se confirme avec des exemples de projet comme le PAEPHA 1 conduit par PLAN BURKINA dans la région de l'Est qui a permis de mettre en place 45 groupes féminins VSLA avec près de 44 707 540 FCFA comme montant épargné dont plus de 5 692 325 FCFA injectés dans l'hygiène et l'assainissement. (Source : PLAN BURKINA 2023). Également dans le centre ouest, des caisses VSLA ont été mise en place et fonctionnent actuellement avec des crédits accordés d'un montant total de 30 585 000 franc CFA et un solde en caisse de 12 299 100 franc CFA. (Source : APS 2023). Etant donné l'ensemble de ces évidences et sachant que l'ATPC et les séances de sensibilisations des ASBC sont les 2 principaux facteurs de changement dans ces communautés, on peut confirmer la contribution évidente de l'ATPC aux impacts économiques.

CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était de faire ressortir la contribution de l'ATPC dans les changements socio-sanitaires et économiques des communautés FDAL. L'état des lieux nous a permis de diagnostiquer l'accès aux latrines et la situation socio-sanitaire et économique de ces communautés en matière d'hygiène et d'assainissement. Ce qui nous a permis de voir qu'il y avait effectivement des changements et nous a conduits à l'identification des facteurs susceptibles d'avoir influencé ces changements. Il est ressorti que l'ATPC et les sensibilisations des agents de santé à base communautaires ASBC sont les 2 facteurs qui ont influencés ces changements. Pour terminer, nous avons mesurer les effets socio-sanitaires et économiques depuis la mise en œuvre de l'ATPC. Ce qui nous a permis de faire ressortir de façon quantitative et qualitative les contributions socio-sanitaires et économiques de l'ATPC au sein des communautés FDAL.

RECOMMANDATIONS – PERSPECTIVES

- ❖ Au vu des évidences ressorties dans l'étude, nous recommandons donc la mise à l'échelle de l'ATPC au niveau national comme approche d'entrée pour les programmes d'assainissement au Burkina Faso.
- ❖ Nous recommandons aux acteurs WASH de faire un plaidoyer auprès du ministère de la Santé afin de rendre numériques et disponibles les données sanitaires par village des maladies Wash pour faciliter les études.
- ❖ L'état des lieux de la DGA 2021 montre que sur, 3546 villages déclenchés seulement 560 ont le statut « déclaré FDAL » et 330 « certifiés FDAL ». Cela témoigne des enjeux et défis à relever pour l'atteinte FDAL total. Nous recommandons donc de mettre en place une politique ATPC en vue d'harmoniser la gouvernance de l'ATPC et de booster davantage la volonté politique pour la promotion de l'approche.
- ❖ Pour ce qui est de l'ATPC en urgence, la non-sédentarisation des PDI, ne permet pas de quantifier les données. Nous recommandons donc une autre étude dont la méthodologie est de localiser un certain nombre de ménages PDI et de les suivre pendant plusieurs mois en vue de mieux cerner les changements.
- ❖ Pour cette étude, nous avons essayé de comparer l'exposition à la contamination fécale de l'eau de consommation des communautés FDAL dans l'optique de voir si l'eau de consommation des communautés FDAL était moins contaminée par rapport à ceux qui n'ont pas fait objet d'ATPC. Malheureusement, les résultats scientifiques n'ont pas été concluants en vue de servir de base d'évidences. Une étude plus approfondie sur la question pourrait servir de base d'évidences.

BIBLIOGRAPHIE

- APS.** 2021. « Étude de référence zéro/CAP (Comportements, Attitudes et Pratiques) en matière WASH dans la province du Ziro au Burkina Faso ».
- APS.** 2021. « Base de données ATPC ».
- Baluma, Bwire.** 2010. « Rompre les tabous de merde : l'ATPC au Kenya ». *Participatory learning and action, no 61: Si la merde m'était contée: l'Assainissement total piloté par la communauté en Afrique—Tour d'horizon: pp. 97-112.*
- DGA.** 2021. « État des lieux de l'ATPC au Burkina Faso ».
- Diallo, Tidiane.** 2018. « Rural Sanitation and CLTS Monitoring and Evaluation : Experiences of Post-Certification Monitoring in West and Central Africa Sanitation and Hygiene Hunter-Gatherer Thematic Note ».
- Cavill, Sue, Robert Chambers, et Naomi Vernon.** 2015. « Sustainability and CLTS: Taking Stock ». 27 p.
- Direction Générale de l'Assainissement des Eaux Usées et Excrétas.** 2014. « Guide d'orientation pour la mise en œuvre de l'assainissement total piloté par la communauté au Burkina Faso ».
- Direction Générale de l'Assainissement des Eaux Usées et Excrétas.** 2014. « Stratégie de mise en œuvre de l'ATPC au Burkina ».
- Etiang, N, Arvelo, et Galgalo.** 2018. « Moving towards Transformational WASH », 2018, Primary school children édition.
- Fondation ensemble.** 2009. « Partage d'expérience : Eau et assainissement ». 10 p.
- INSD.** 2009. « Recensement générale de la population et de l'habitat ».
- Kar, Kamal, Robert Chambers, et U. K. Plan.** 2008. « Handbook on community-led total sanitation. Plan UK London ». 92 p.
- Joanna, Ssteves Mills, et Oliver Cumming.** 2016. « The Impact of Water, Sanitation and Hygiene on Key Health and Social Outcomes: Review of Evidence ».
- Madeleine, Diessongo, et Sawadogo KARIM.** 2019. « Métio ! Enfin libéré de la défécation à l'air libre ». Burkina Faso: UNICEF.
- Ministère de l'Eau et de l'Assainissement.** 2016. « Programme national d'Approvisionnement en Eau potable 2016-2030 ».
- Organisation Mondiale de la Santé.** 2018. « Guidelines on sanitation and health, World Health Organization ».

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre
Ouest au Burkina Faso.

- Pickerring, Amy J, Djebbar Habiba, Lopez Carolina, et Coulibaly Massa.** 2015. « *Effet of a Community-Led Sanitation Intervention on Child Diarrhoea and Child Growth in Rural Mali: A Cluster-Randomised Controlled Trial* », 2015.
- Plan International.** 2018. « *Mise en œuvre des groupes VSL ET ATPC* ». Burkina Faso.
- Plan International.** . « 2022.Base de données ATPC ».
- TOURE, Leïla Yasmine.** 2021. « *Évaluation de l'ATPC sans subvention mis en œuvre dans les régions du Burkina Faso.* »
- UNICEF.** 2017. « *Revue conjointe de la mise en œuvre des projets pilotes ATPC dans deux régions du Burkina Faso* ».
- UNICEF.** s. d. « *Effect of a community-led sanitation intervention on child diarrhoea and child growth in rural Mali : a cluster-randomised controlled trial* ».
- UNICEF.** (2017). *Progress on drinking water, sanitation and hygiene: 2017 update and SDG baselines.* In World Health Organization. Retrieved
- UNICEF.** (2010). « *Progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau : rapport 2010.* Retrieved from Organisation mondiale de la Santé ».website: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44327>
- SNV.** « 2022.Base de données ATPC ».
- USAID.** 2018. « *An Examination of CLTS's Contributions Toward Universal Sanitation, April 2018. Progress on Household Drinking Water, Sanitation and Hygiene 2000-2020* », 2018.
- Venkataramanan, Vidya, Jonny Crocker, Andrew Karon, et Jamie Bartram.** 1965. « *Community-Led Total Sanitation: A Mixed-Methods Systematic Review of Evidence and Its Quality.* Environmental Health Perspectives », 1965, EHP édition.
- Wiley, John.** 2014. « *The Elusive Effect of Water and Sanitation on the Global Burden of Disease* », 2014, Son Ltd édition.
- ZOUGRANA, Thierry Assomption.** 2016. « *Contribution à l'analyse des effets de l'approche ATPC appliquée dans le cadre du programme USAID WA-WASH sur les comportements et les perceptions des populations : cas de quatre villages dans les communes de Koudougou et Ténado* ».

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre
Ouest au Burkina Faso.

Site internet et liens

<http://www.who.int/iris/handle/10665/258617>

<https://www.globalwaters.org/resources/assets/washpals/examination-cltss-contributions-toward-universal-sanitation>

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)00144-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)00144-8/fulltext).

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514705>.

https://www.lshtm.ac.uk/sites/default/files/2017-07/WASHEvidencePaper_HighRes_01.23.17_0.pdf.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X19302682>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/tmi.12286>

Annexe : CADRE LOGIQUE

Objectif Générale : <u>Faire ressortir la Contribution de l'ATPC dans les changements socio-sanitaires et économiques des communautés FDAL des régions du Centre Ouest, et de l'Est au Burkina Faso.</u>				
Objectifs spécifiques	Activités	Méthodologie	Résultats attendus	Indicateurs objectivement vérifiables des résultats attendus
OS1 : Faire un état des lieux socio-sanitaire et économique des communautés FDAL de ces régions en matière d'hygiène et d'assainissement.	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnostiquer l'accès aux latrines des ménages avant et après l'ATPC. -Analyser les habitudes et pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement des ménages avant et après l'ATPC ainsi que la contribution de l'ATPC à la cohésion sociale -Diagnostiquer la prévalence des maladies liées au manque d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire -Enquête -Observation directe Entretiens/interviews avec des personnes de référence -Analyse labo 	<ul style="list-style-type: none"> -Le diagnostic de l'accès aux latrines des ménages avant et après l'ATPC est réalisé - L'analyse des habitudes et pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement des villages avant et après la mise en œuvre de l'ATPC et la contribution de l'ATPC à la cohésion sociale est effectuée - Le diagnostic des 	<ul style="list-style-type: none"> -Proportion des ménages ayant accès aux latrines, - Proportion des ménages pratiquant la DAL -Proportion des ménages pratiquant le Lavage systématique des mains aux moments critiques -Normes sociales des ménages en matière d'hygiène et d'assainissement

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

	<p>et d'assainissement des ménages avant et après l'ATPC.</p> <p>-Analyser l'influence de l'ATPC sur les aspects économiques</p> <p>- Analyser l'exposition à la contamination fécale de l'eau de consommation des villages ATPC et villages non ATPC</p>		<p>maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement des ménages avant et après l'ATPC est effectué</p> <p>- L'analyse des changements économiques est réalisé</p> <p>- L'analyse de l'exposition à la contamination fécale de l'eau de consommation des villages ATPC et villages non ATPC est réalisée</p>	<p>- Connaissances des ménages sur les maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement et leurs mode de transmission</p> <p>- Avis des ménages sur la contribution de l'ATPC à la cohésion sociale</p> <p>- prévalence des maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement des ménages avant et après l'ATPC.</p> <p>- Dépenses en santé pour maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement des</p>
--	---	--	---	--

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

				<p>ménages avant et après l'ATPC et la fréquentation des centres de santé pour raison de ces maladies</p> <p>- Le taux de coliformes et streptocoques dans l'eau de consommation des ménages ATPC et non</p>
OS2 : Identifier les facteurs susceptibles d'avoir influencé les changements socio-sanitaire et économique au sein de ces communautés FDAL.	-Faire l'inventaire des projets sanitaires et activités socio-économiques susceptible d'avoir influencé les changements dans les communautés		L'inventaire des projets sanitaires et activités socio-économiques susceptible d'apporter le changement dans la communauté à l'exception de l'ATPC est réalisé	-Inventaire des projets sanitaires et activités socio-économiques susceptible d'apporter le changement dans les communautés
OS3 : Mesurer les effets socio-sanitaire et économique au sein de	-Estimer la contribution de l'ATPC dans la couverture en latrines avant et après		-La contribution de l'ATPC dans la couverture en latrines	-Taux de couverture en latrines avant et après l'ATPC

Capitalisation des évidences socio-sanitaires et économiques de l'ATPC dans les régions de l'Est et du Centre Ouest au Burkina Faso.

<p>ces communautés depuis la mise en œuvre de l'ATPC.</p>	<p>sa mise en œuvre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimer la contribution de l'ATPC dans les changements sanitaires - Estimer la contribution de l'ATPC dans les changements économiques 		<p>avant et après sa mise en œuvre est mesurée</p> <ul style="list-style-type: none"> - La contribution de l'ATPC dans les changements sanitaires est mesurée - la contribution de l'ATPC dans les changements économiques est mesuré 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de réduction des maladies et des fréquentation des centres des santé pour les maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement - Taux de réduction des dépenses en santé sur les maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement
---	--	--	---	---