

Participation communautaire au Programme Ecoles et Villages assainis dans la zone de santé de Bunyakiri au Sud-Kivu en République Démocratique du Congo: Enjeux de l'appropriation et perspectives

[Community participation in the Healthy Schools and Villages program in the Bunyakiri Health Zone in South Kivu in the Democratic Republic of Congo: Ownership issues and perspectives]

Doris Bengibabuya Hombanyi and Hermès Karemere

Ecole régionale de santé Publique, Université Catholique de Bukavu, Bukavu, Sud-Kivu, RD Congo

Copyright © 2022 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: *Background:* The National Healthy Schools and Villages Program aims to provide and maintain water, hygiene and sanitation facilities in rural and peri-urban villages and schools in the Democratic Republic of Congo (DRC). In South Kivu, at least 75% of projects fail when the involvement of the population is not taken into account. This is the case of the Bunyakiri Health Zone where a weak appropriation of the achievements of the Healthy Schools and Villages Program in the post-certification phase is observed, resulting in the loosening of the community. The aim of the study was to determine the factors associated with low ownership of the post-certification phase of Healthy Schools and Villages Program.

Methodology: The study was descriptive cross-section using a semi-structured questionnaire. It involved 383 households located in healthy villages and 69 certified schools. Data processing and analysis was done using Stata v14 software. We used the Chi-square test to compare categorical variables at the level of statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: The level of ownership of the Healthy Schools and Villages Program in the post-certification phase is low and associated with the negative perceptions of the community towards the Healthy Schools and Villages Program ($p = 0.0294$); insufficient and / or lack of financial resources ($p = 0.0327$); the absence / non-existence of community-based committees in some villages and schools ($p = 0.0000$); the lack of motivation of the members of the existing committees and the effectiveness of these committees ($p = 0.0134$); the insufficiency / absence of supervision of permanent monitoring of activities by the BCZ and the technical and financial partners ($p = 0.0024$ and 0.0286) and the low or not community mobilization in the village ($p = 0.0000$).

Discussion and Conclusion: The low ownership of Healthy Schools and Villages Program remains a major problem in communities and the involvement of all stakeholders in the process is of great importance. Intervention projects should set up dynamic committees and motivate them, a monitoring plan and financial support while building community support in order to sustain interventions.

KEYWORDS: Community participation, appropriation, National Healthy Schools and Villages, Post-certification phase, Bunyakiri, South Kivu, Democratic Republic of Congo.

RÉSUMÉ: *Introduction:* Le programme national Ecoles et Villages Assainis (PNEVA) vise à fournir et à maintenir des installations dans le domaine de l'Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) dans des villages et écoles ruraux et péri-urbains en République Démocratique du Congo (RDC). Au Sud-Kivu, au moins 75% des projets connaissent l'échec quand l'implication de la population n'est pas prise en compte. C'est le cas de la Zone de Santé de Bunyakiri où une faible appropriation des acquis du PNEVA en phase post-certification est observée, traduite par le relâchement de la communauté. Le but de l'étude était de déterminer les facteurs associés à la faible appropriation de la phase post-certification du PNEVA.

Méthodologie: L'étude était descriptive transversale recourant à un questionnaire semi-directif. Elle a concerné 383 ménages localisés dans les villages assainis et 69 écoles certifiées. Le traitement et l'analyse des données ont recouru au logiciel Stata v14. Nous avons utilisé le test de Chi-carré pour comparer les variables catégoriques au seuil de signification statistique fixée à $p < 0.05$.

Résultats: Le niveau de l'appropriation du PNEVA dans la phase post-certification est faible et cela est associé aux perceptions négatives de la communauté vis-à-vis du programme VEA ($p=0,0294$); à l'insuffisance et/ou manque des moyens financiers ($p=0,0327$); à l'absence/inexistence des comités de base communautaire dans certains villages et écoles ($p=0,0000$); au manque de motivation des membres des comités existants et d'efficacité de ces comités ($p=0,0134$); à l'insuffisance/absence des supervisions de suivi permanent des activités par le BCZ et les partenaires techniques et financiers ($p=0,0024$ et $0,0286$) et la faible ou non mobilisation communautaire dans le village ($p=0,0000$).

Discussion et conclusion: La faible appropriation du PNEVA demeure un problème majeur dans les communautés et l'implication de toutes les parties prenantes dans le processus est d'une grande importance capitale. Les projets d'intervention devraient mettre en place des comités dynamiques et les motiver, un plan de suivi et un appui financier tout en amenant à une adhésion communautaire afin d'une pérennisation des interventions.

MOTS-CLEFS: Participation communautaire, appropriation, Programme National Villages-Ecoles Assainis, Phase post-certification, Bunyakiri, Sud-Kivu, République Démocratique du Congo.

1 INTRODUCTION

De nos jours, il se pose le défi de la participation et la logique de l'action collective dans les démarches des projets. Le niveau d'implication des populations desservies par des projets sanitaires constitue une condition nécessaire à la réussite de ces derniers [1]. La participation communautaire est en effet la clé de l'appropriation de tout programme de santé pour sa pérennisation [2, 3]. Elle est l'un des principes de soins de santé primaires [4]. Elle replace l'être humain au centre du processus de résolution des problèmes de santé, dont les maladies liées à l'eau et au mauvais assainissement de base [5]. Les inquiétudes s'accroissent avec des différentes méthodes appliquées dans la conception et élaboration des projets de développement qui ne répondent pas aux aspirations de la communauté. Des études ont montré l'importance de la participation communautaire aux différentes phases d'un projet de développement [1, 3, 6].

Dans plusieurs pays, l'implication des bénéficiaires se limite à la phase de planification, tantôt à celle de l'implémentation sans parfois d'outil méthodologique [7] mais très rarement de l'évaluation des projets communautaires [8]. Beaucoup de projets pèchent donc dans leur stratégie participative à toutes les étapes, surtout celle de la mise en œuvre [9]. L'animation qui doit accompagner cette étape, souvent réduite à la recherche d'adhérents, mérite d'être adaptée au contexte des populations pauvres à majorité analphabètes et souvent ignorants du bien-fondé de la promotion de l'hygiène [10, 11]. Les populations seront disposées à modifier leur comportement lorsqu'elles seront conscientes des liens qui existent entre les maladies diarrhéiques et l'absence de latrines [12-15]. Le manque d'eau ou sa disponibilité en quantité et en qualité suffisantes, son utilisation dans des conditions hygiéniques adéquates et sa gestion constituent de sérieux problèmes dans les campagnes africaines. C'est sans doute pourquoi les États africains et les organismes de développement et de coopération internationale ont accordé depuis les indépendances africaines, une priorité au secteur de l'hydraulique villageoise [16].

La RDC, depuis son indépendance, n'a cessé d'initier et exécuter d'ambitieux projets et programmes de développement pour la réduction de la pauvreté ou répondre à l'accessibilité de l'hygiène et d'assainissement de qualité [17-19]. Le Programme National École et Village Assainis (PNEVA) contribue de manière significative à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD). Déployé en RDC, le PNEVA a favorisé entre 2008 et 2017, l'assainissement de 9530 villages et de 2 458 écoles. Malgré des efforts continus, la RDC n'a pas atteint les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) pour l'eau et l'assainissement en 2015, avec seulement 52 % de la population ayant accès à un point d'eau amélioré et 29 % à des installations sanitaires améliorées, contre respectivement 71 % et 51 % attendus dans le cadre des OMD [20].

Dans la zone de santé de Bunyakiri, le PNEVA a commencé à partir de l'année 2016. Des sources d'eau ont été aménagées, des mini-adductions ont été construites et plusieurs villages ont été certifiés assainis. Dans cette zone de santé, 88 villages et 74 écoles ont été certifiés assainis en 2016. Mais en 2019, à la phase post-certification, les ouvrages implantés par le programme n'étaient plus fonctionnels, dénotant une faible appropriation des acquis du programme par la population.

L'objectif de l'étude était d'identifier les facteurs à la base de la faible appropriation par la communauté du PNEVA après certification dans la zone de santé de Bunyakiri.

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 SITUATION GÉOGRAPHIQUE DE LA ZONE DE SANTÉ RURALE (ZSR) DE BUNYAKIRI

La Zone de Santé Rurale de Bunyakiri, située dans le Territoire de Kalehe, fait partie des 34 Zones de santé de la province du Sud-Kivu en RDC. Elle compte 132049 habitants en 2020 [21].

2.2 TYPE ET PÉRIODE D'ÉTUDE

Elle est descriptive transversale, consistant à identifier et à décrire les facteurs associés à la faible appropriation des acquis du programme Villages et Ecoles assainis. L'étude couvre la période de janvier à septembre 2020.

2.3 DÉTERMINATION DE LA TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

La taille de l'échantillon a été calculée suivant la formule de Lynch: $n = \frac{NZ^2\alpha P(1-P)}{Nd^2 + Z^2\alpha p(1-p)}$, donnant ainsi 383 ménages à enquêter. Concernant les écoles, 69 écoles certifiées assainies ont été incluses dans l'étude sur les 74 écoles certifiées de toute la Zone de santé Bunyakiri. Les responsables des 5 écoles exclues de l'étude n'ont pas accepté de participer à l'étude.

Les critères d'inclusion des ménages étaient l'appartenance aux villages certifiés assainis et l'acceptation de participation à l'entrevue basée sur un questionnaire. Les ménages se trouvant dans des villages non certifiés assainis ont été exclus de l'étude, ainsi que ceux pour qui les responsables n'ont pas donné leur consentement à participer à l'étude.

2.4 TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNÉES

L'étude a recouru à une enquête menée à l'aide d'un questionnaire semi-directif, pre-testé pour sa validation. Les enquêteurs ont été recrutés sur base de l'expérience en techniques d'enquête et de communication. Tous les enquêteurs étaient formés sur les outils de collecte.

2.5 VARIABLES D'ÉTUDE

La faible appropriation des acquis du PNEVA à la phase post certification a constitué la variable dépendante de l'étude. Les variables indépendantes étaient la motivation des comités villageois; la recherche de survie des membres des comités villageois; le volontarisme des membres des comités; le niveau d'étude des membres des CODESA; l'implication des leaders locaux de la zone de santé; l'existence d'un bureau de fonctionnement des comités; le niveau de la mobilisation communautaire; le niveau de sensibilisation des bénéficiaires pour s'approprier les actions du PNEVA, le suivi post-certification et la mobilité des membres des comités villageois.

2.6 PLAN DE COLLECTE DES DONNÉES

Tous les ménages ont été sélectionnés dans les villages certifiés. Cette étude a consisté à interroger les chefs des ménages et les responsables des écoles sélectionnées pour les enquêtes.

2.7 PLAN DE TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

Les données collectées étaient saisies et traitées à l'aide de Microsoft Excel 2016. Ces données ont été analysées à l'aide du logiciel Stata 14. Les variables catégoriques ont été résumées sous-forme de fréquences et proportions pendant que les variables quantitatives continues étaient résumées en moyennes avec écart-type. Pour examiner l'association entre la variable dépendante, le test de Student a été utilisé pour comparer les variables quantitatives continues et le test de Chi-carré pour comparer les variables catégoriques. L'association entre la variable dépendante et les différents facteurs explicatifs a été mesurée à l'aide des rapports des cotes (Odds ratios) avec l'intervalle de confiance à 95%. Le seuil de signification statistique était fixée à une valeur $p < 0.05$.

2.8 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le protocole de recherche avait été approuvé par l'équipe cadre de la ZS de Bunyakiri. Aucune autre approbation n'était nécessaire. Un consentement verbal éclairé a été systématiquement obtenu auprès de chaque chef de ménage et de chaque responsable d'école. La confidentialité et la neutralité lors de la collecte des données ont été garanties et assurés au travers l'anonymat lors du traitement des données.

3 RESULTATS

3.1 PERCEPTION DES MÉNAGES SUR LE PROGRAMME VILLAGES ET ÉCOLES ASSAINIS À BUNYAKIRI

Tableau 1. Perception des ménages sur le programme villages et écoles assainis dans la Zone de santé de Bunyakiri

Appropriation du programme villages et Ecoles assainis post-certification					
Variables	Non appropriation n (%)	Appropriation n (%)	Total (n=383)	OR (IC à 95 %)	p-value
Connaissance sur l'existence du programme villages et écoles assainis dans le village.					
Ne connaissent pas	39 (79,6)	10 (20,4)	49	6,3 (3,1-13,7)	0,0000
Connaissent	127 (38,0)	207 (62,0)	334		
Satisfaction par les ménages du processus de certification de village comme « village assaini					
Non satisfait	76 (45,0)	93 (55,0)	169	1,72 (1,10-2,68)	0,0187
Satisfait	54 (32,1)	114 (67,9)	168		
Avis sur le programme villages et écoles assainis dans le village					
Ne sait pas	11 (50,0)	11 (50,0)	22	1,96 (0,81-4,72)	0,1605
Négatif	44 (47,3)	49 (52,7)	93	1,76 (1,07-2,88)	0,0301
Positif	75 (33,8)	147 (66,2)	222		

La faible appropriation du programme VEA est significativement associée à la méconnaissance des ménages sur l'existence du PNEVA dans leur village ($p < 0,001$) et à la non satisfaction de plus de la moitié des ménages du processus de certification de village ($p = 0,0187$). Les ménages qui avaient un avis négatif sur PNEVA ne se sont pas appropriés le programme après certification ($p < 0,001$). Ainsi, les ménages se trouvant dans les villages certifiés et n'ayant pas de connaissances sur l'existence du programme Ecoles et Villages Assainis couraient 6,3 fois le risque de ne pas s'approprier du PNEVA en sa phase post-certification [6,3 (3,1-13,7)]. Les ménages qui ne sont pas satisfaits du processus de certification de leur village couraient 1,72 fois le risque de ne pas s'approprier le PNEVA [1,72 (1,1-2,6)].

3.2 FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES DES MÉNAGES SUR L'APPROPRIATION DE LA PHASE POST CERTIFICATION DU PROGRAMME VILLAGES ET ECOLES ASSAINIS

Tableau 2. Les facteurs socio-économiques de l'appropriation de la phase post certification du programme Villages et Ecoles assainis dans la Zone de Santé de Bunyakiri

Appropriation du programme villages et écoles assainis post-certification					
Variabes	Non appropriation n (%)	Appropriation n (%)	Total (n=383)	OR (IC à 95 %)	p-value
Respect des traditions/coutume en matière de construction des latrines et points d'eau dans la mise en œuvre du PNEVA					
Non	63 (62,4)	38 (37,6)	101	2,8 (1,7-4,6)	<0,001
Oui	103 (36,5)	179 (63,5)	282		
Moyens financiers et accès aux services du programme après certification dans le village					
Non	123 (49,8)	124 (50,2)	247	2,1 (1,3-3,3)	<0,001
Oui	43 (31,6)	93 (68,4)	136		
Existence d'un comité de base communautaire pour gérer les acquis du programme post- certification du village certifié					
Non	62 (72,1)	24 (27,9)	86	4,7 (2,8-8,2)	<0,001
Oui	104 (35,0)	193 (65,0)	297		
Raisons de non existence des comités dans certains villages certifiés par le programme VEA					
Aucune raison	40 (75,5)	13 (24,5)	53		
Les membres toujours absents dans le village pour chercher la survie	21 (65,6)	11 (34,4)	32	0,6 (0,23-1,62)	0,334
Manque de motivation	1 (100)	0 (0,0)	1	+∞	0,999
Implication des ménages à l'exécution du programme VEA avant son exécution dans le village					
Non	98 (58,7)	69 (41,3)	167	3,1 (2,0-4,7)	<0,001
Oui	68 (31,5)	148 (68,5)	216		
Satisfaction par les ménages des activités du programme village et écoles assaini					
Non	138 (52,7)	124 (47,3)	262	3,6 (2,2-6,0)	<0,001
Oui	28 (23,1)	93 (76,9)	121		

Les facteurs socio-économiques associés à la faible appropriation du programme VEA post-certification sont: le non-respect des coutumes et certaines traditions en matière de construction des latrines et points d'eau ($p < 0,001$), la non existence des comités de base communautaires pour gérer les acquis dans les villages déclaré assaini ($p < 0,001$), la non implication/association des ménages dans l'exécution du programme VEA avant son exécution dans le village ($p < 0,001$) et la non satisfaction par les ménages des activités du programme VEA ($p < 0,001$). Les ménages à faible moyen financier ont 2,1 fois la chance de s'approprier des acquis du programme VEA [2,1 (1,3-3,3)] avec une différence statistiquement significative ($p = 0,0003$). Pour certains facteurs étudiés, la différence observée n'est pas statistiquement significative.

3.3 NIVEAU D'IMPLICATION DES ACTEURS DANS L'APPROPRIATION DE LA PHASE POST CERTIFICATION DU PROGRAMME VILLAGES ET ECOLES ASSAINIS DANS LES VILLAGES CERTIFIÉS.

Tableau 3. Implication des acteurs sur l'appropriation de la phase post certification du programme Villages et Ecoles assainis dans les villages certifiés de la Zone de Santé de Bunyakiri

Variables	Non Appropriation n (%)	Appropriation n (%)	Total	OR (IC à 95%)	P-value
Formation sur le bienfait du programme VEA avant son exécution					
Non	106 (53,0)	94 (47,0)	200	2,3 (1,5- 3,5)	<0,001
Oui	60 (32,8)	123 (67,2)	183		
Demande d'avis de la communauté par les partenaires avant d'exécute le programme					
Non	86 (53,8)	74 (46,3)	160	2,0 (1,3- 3,1)	<0,001
Oui	80 (35,9)	143 (64,1)	223		
Implication des membres des CODESA dans l'exécution du programme village et écoles assainis avant certification					
Non	66 (63,5)	38 (36,5)	104	3,0 (1,9- 4,9)	<0,001
Oui	100 (35,8)	179 (64,2)	279		
Participation des membres des CODESA dans les comités mis en place pour la pérennisation des activités du PNEVA					
Non	72 (56,7)	55 (43,3)	127	2,2 (1,4- 3,4)	<0,001
Oui	94 (36,7)	162 (63,3)	256		
Participation du chef de village dans le programme villages et écoles assainis dans sa phase d'exécution					
Non	44 (67,7)	21 (32,3)	65	3,3 (1,9- 6,0)	<0,001
Oui	122 (38,4)	196 (61,6)	318		
Implication du chef de village dans le comité de la pérennisation des activités du programme après certification					
Non	73 (55,7)	58 (44,3)	131	2,1 (1,3- 3,3)	<0,001
Oui	93 (36,9)	159 (63,1)	252		
Supervisions de suivi permanent des activités du programme post-certification du village par le BCZ.					
Ne sait pas	6 (33,3)	12 (66,7)	18	1,4 (0,5-4,2)	0,5658
Non	132 (51,8)	123 (48,2)	255	3,1 (1,9-5,1)	<0,001
Oui	28 (25,5)	82 (74,5)	110		
Implication des PTE dans le suivi et appui des activités du PNVEA post-certification dans le village					
Non	148 (48,1)	160 (51,9)	308	2,9 (1,6- 5,3)	<0,001
Oui	18 (24,0)	57 (76,0)	75		
Mobilisation communautaire pour pérenniser les acquis du PNEVA dans le village					
Non	90 (65,7)	47 (34,3)	137	4,2 (2,7- 6,6)	<0,001
Oui	76 (30,9)	170 (69,1)	246		

La faible appropriation du PNEVA post-certification semble significativement liée à la non information de la communauté des villages sur le bienfait du PNEVA avant son exécution ($p<0,001$), à la non demande d'avis de la communauté avant l'exécution du programme ($p<0,001$), à la non implication de certains membres des CODESA et du chef du village dans le programme avant certification du village ($p<0,001$) et à la non participation des membres du CODESA et du chef du village aux comités mis en place pour la pérennité des activités du programme VEA ($p<0,001$). Cette faiblesse serait significativement associée à l'insuffisance et/ou à l'absence des supervisions permanentes des acquis du programme par le Bureau central de la Zone de santé ($p<0,001$), à la non implication des partenaires techniques et financiers en post- certification ($p<0,001$) et à la non mobilisation communautaire pour pérenniser les acquis du PNVEA dans le village ($p<0,001$).

3.4 FACTEURS ASSOCIÉS À LA FAIBLE ASSOCIATION APPROPRIATION DES ACQUIS DU PNVEA

Tableau 4. Facteurs associés à la faible appropriation du PNVEA post-certification

Variables	Non appropriation n (%)	Appropriation n (%)	Total n=69	ORna (IC à 95%)	p-value	ORa (IC à 95%)	p-value
Permanence du comité pour la continuité des acquis du programme dans les écoles suite au manque de motivation							
Non permanent	3 (60,0)	2 (40,0)	5	10,8 (1,3-104,6)	0,0220	11,5 (1,6-81,7)	0,0141
Permanent	7 (11,5)	54 (88,5)	61				
Efficacité des comités mis en place dans l'exécution de leur rôle dans la gestion du programme VEA post-certification							
Non efficace	7 (46,7)	8 (53,3)	15	8,1 (2,0-35,1)	0,0025	8,5 (2,1-33,7)	0,0021
Efficace	5 (9,3)	49 (90,7)	54				

La faible appropriation du PNEVA dans les écoles certifiées serait significativement associée à la non permanence suite au manque de motivation des comités mis en place dans les écoles et à l'inefficacité d'autres comités dans l'exécution de leur rôle dans la gestion du programme post-certification, $p < 0,05$.

4 DISCUSSION DES RESULTATS

4.1 PERCEPTION DES MÉNAGES SUR LE PROGRAMME ECOLES ET VILLAGES ASSAINIS À BUNYAKIRI.

L'étude révèle que les ménages se trouvant dans les villages certifiés et n'ayant pas de connaissance sur l'existence du programme Ecoles et Villages Assainis couraient 6,3 fois le risque de ne pas s'approprier le PNEVA en sa phase post-certification [6,3 (3,1-13,7)] et il a été observé que la faible appropriation du programme EVA en phase post-certification semble associée de manière significative à la méconnaissance du PNEVA par les ménages ($p = 0,0000 < 0,05$). Des études montrent qu'il est important de faire impliquer les communautés dans les projets et programmes de développement pour aspirer à la réussite [22, 23]; ce qui soutient l'idée [24], selon laquelle les acteurs qui veulent un développement durable des acquis de leurs projets ou programmes devront mettre à profit les connaissances des bénéficiaires pour une appropriation réussie. Cette théorie soutient que le développement durable ne se conçoit pas sans une appropriation du projet par les bénéficiaires et une pérennisation des effets recherchés.

Les résultats ont ressorti que la faible appropriation du PNEVA dans sa phase post-certification serait significativement associée à la non satisfaction des ménages du processus de certification de village quant à la mise en place des infrastructures ($p < 0,001$). L'on pouvait remarquer tout de même que les ménages qui ne sont pas satisfaits du processus de certification de leur village couraient 1,72 fois le risque de ne pas s'approprier le programme VEA [1,72 (1,1-2,6)].

Dans cette étude, l'on pouvait remarquer également que les ménages qui avaient une perception négative et ceux qui n'avaient aucune position face à leur avis sur programme EVA couraient respectivement un risque de 3,8 et 2,1 fois de ne pas s'approprier le programme EVA en phase post-certification [3,8 (2,0-7,3) et 2,1 (1,3-3,3)], et il existait des différences statistiquement significatives entre les variables étudiées ($p < 0,0000$, et 0,0025). Nos résultats rejoignent ceux soutenant que les efforts pour promouvoir un développement durable ou une appropriation des actions de développement sont indissolublement liés au micro et macro environnement [25] et à l'implication des communautés dans les différentes phases d'un projet qui les concernent [26].

4.2 LES FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE L'APPROPRIATION DE LA PHASE POST CERTIFICATION DU PROGRAMME ECOLES ET VILLAGES ASSAINIS DANS LA ZONE DE SANTÉ DE BUNYAKIRI

Dans cette étude, les observations ont relevé que le non-respect des traditions et coutumes dans certains milieux villageois en matière de construction des latrines et des points d'eau avait 2,8 fois le risque de faire à ce que la communauté ne puisse pas s'approprier les acquis du programme EVA en sa phase post-certification [2,8 (1,7-4,6)]. Cette observation corrobore celle de la Direction générale de l'eau Potable du Burkina Faso [27]. Néanmoins, les ménages pauvres avaient 2,1 fois plus de chance de s'approprier les acquis du programme du fait de leur implication dès le départ parce que le projet tenait compte des conditions socio-économiques des ménages, privilégiant ainsi les ménages les plus défavorisés financièrement [28].

Les villages qui n'avaient pas des comités de base pour gérer les acquis du PNEVA en phase post-certification couraient 4,7 fois le risque de ne pas s'appropriier des acquis du programme [4,7 (2,8-8,2)]; une association statistiquement significative a été observée au cours des différentes analyses de données ($p=0,0000$). La présence de ces comités est très capitale dans la gestion des acquis d'un programme lorsqu'ils sont sensibilisés et formés [29]; quoique des limites de la gestion des points d'eau par les comités villageois peuvent être en contexte de pauvreté [30].

Lorsque les ménages ne s'impliquent pas dans l'exécution du PNEVA avant sa mise en œuvre dans le village, il y a un risque de 3,3 fois de ne pas s'appropriier des acquis du programme à sa phase post-certification [3,1 (2,0-4,7)], [9, 23, 27]. De même, les ménages qui ne sont pas satisfaits des activités du programme/projet couraient 3,6 fois les risques de ne pas s'appropriier ces acquis en sa phase post-certification [3,6 (2,2-6,0)]. Des différences statistiquement significatives ont été observées entre ces variables $p<0,05$. Cette situation aurait d'impact à la fois sur la prise de conscience du changement, la confiance en sa capacité d'agir, la maîtrise sociale des besoins grâce à un apprentissage adéquat, et l'exercice d'une liberté d'action, de décision et de contrôle. Pendant que la prise de responsabilité ne s'improvise pas; elle ne se négocie pas non plus. Elle s'apprend et elle se mûrit en se confrontant aux turbulences sociales et économiques des villages. Elle s'invente même jour après jour, à travers les méandres des actions réussies et les échecs. Il faudrait d'abord désintoxiquer les mentalités, remettre les pendules à l'heure et surtout placer les individus face à leurs incontournables responsabilités avec un accompagnement de la communauté [9, 31]. D'où il est très capital d'impliquer la communauté dans toutes les phases du processus de mise en œuvre de tout un programme afin de la permettre de s'en approprier les acquis [23].

4.3 IMPLICATION DES ACTEURS SUR L'APPROPRIATION DE LA PHASE POST CERTIFICATION DU PROGRAMME ECOLES ET VILLAGES ASSAINIS DANS LES VILLAGES ET ÉCOLES CERTIFIÉS DE LA ZONE DE SANTÉ DE BUNYAKIRI

La recherche a montré que la faible appropriation du PNEVA post-certification serait influencée par la non formation de la communauté sur le bienfait du PNEVA avant son exécution ($p<0,001$), la non demande d'avis de la communauté avant l'exécution du programme ($p<0,001$). Le problème majeur des interventions internationales pour le développement n'est pas tant l'incapacité de transformer les conditions d'existence que la difficulté d'amener les populations à s'approprier les valeurs et les exigences d'un modèle extérieur de développement généralement imposé ou suggéré par un projet d'aide qui fixe le rythme ou qui décide des approches. L'appropriation d'un projet suppose tout un changement d'attitude et de comportement chez les gens concernés [23].

La faible appropriation du programme est liée significativement à la non implication de certains membres des Comités de Développement de Santé (CODESA) et le chef du village dans le programme avant certification du village ($p<0,001$) et au fait que ceux derniers ne faisaient pas parti des comités mis en place pour la pérennité des activités du programme EVA ($p<0,001$). La question fondamentale posée et imposée aux concepteurs et acteurs du développement est comment s'y prendre pour réussir une appropriation collective telle que les projets soient des moyens capables de répondre aux besoins fondamentaux des populations démunies dans l'équité et la justice; ce qui revient à privilégier selon l'idée de Hugues Dionne "l'implication, l'initiative et la crédibilité de toute la communauté de base dans la découverte de nouvelles "voies de sorties [32].

Cette recherche a montré que la faible appropriation du PNEVA post-certification serait associée à l'insuffisance et/ou l'absence des supervisions permanentes des acquis du programme par le BCZ ($p<0,001$), à la non implication des partenaires techniques et financiers dans certains villages post- certification ($p<0,001$). Par ailleurs, comme pour renforcer l'importance de ce facteur mis en relief par notre recherche Platteau, abordant les principes clés d'un soutien efficace du développement participatif par les organismes donateurs, propose que ces derniers acceptent la nécessité de soutenir durablement les efforts d'organisation des communautés ciblées [33]. Pour lui, même s'il existe des associations locales, celles-ci doivent souvent être renforcées institutionnellement dans le but non seulement d'acquérir des règles et des procédures efficaces, mais également de clarifier les préférences et les choix. Ouédraogo (1992) faisait savoir que l'appropriation ne se réalise pas au bout de deux ans avec des groupes-cibles ayant au départ un faible niveau organisationnel. Selon lui, les uns et les autres au sein de l'organisation n'ont pas le même pouvoir, les mêmes responsabilités et les mêmes représentations [23]. La planification et le suivi ainsi que l'évaluation constitue un élément essentiel dans la conduite des programmes car il permet de traquer et de renseigner les indicateurs définis sur la base des évidences tout en tirant les leçons dans une perspective d'amélioration continue du projet/programme. Tantôt l'appropriation est porteuse d'une certaine durabilité des impacts des projets et programmes au sein des communautés bénéficiaires [34, 35], tantôt, l'appropriation s'entend de ce que les pays partenaires [de ces organismes internationaux] exercent un leadership efficace sur leurs politiques et leurs stratégies de développement et coordonnent les actions de développement [36]. Il faut du temps et de la patience pour mettre les gens en état de réflexibilité et opérer des changements en profondeur.

La non mobilisation communautaire pour pérenniser les acquis du programme EVA dans le village a influé significativement à la faible appropriation des acquis du programme dans la zone de santé de Bunyakiri. ($p<0,001$). La participation qui nous

paraît conforme à celui de l'appropriation fait appel à une évolution graduelle vers la responsabilisation et la prise en charge. Si elle est prise en compte dans la mise en œuvre des programmes la communauté pourra s'en approprier ce qui les permettra d'analyser les situations, des problèmes, des priorités et des solutions dans l'objectif de pérenniser les acquis [23].

Il ressort que la faible appropriation du programme Ecoles et Villages Assainis dans les écoles certifiées serait significativement associée à la non permanence des comités mis en place dans les écoles suite au manque de motivation d'une part et d'autre part à leurs inefficacité dans l'exécution de leurs rôles dans la gestion du programme EVA en phase post-certification, $p < 0,05$. Ce qui pourraient impacter négativement les acquis du programme EVA en phase post-certification. Les projets EVA visent à doter les écoles d'un environnement sain pouvant contribuer à la réduction des maladies d'origine hydrique et fécale auprès des enfants qui fréquentent les établissements scolaires, et d'améliorer la présence scolaire et les résultats académiques. L'analyse de l'efficacité des acteurs est relative à leur performance dans l'exécution de leurs rôles respectifs [29]. Dans l'ensemble, si le projet a pu être exécuté dans une forte proportion, c'est parce que la quasi-totalité des acteurs institutionnels impliqués ont joué leur partition.

5 CONCLUSION

L'étude démontre que la faible appropriation du programme Ecoles et Villages Assainis dans la phase post-certification dans la zone de santé de Bunyakiri est associée à des perceptions négatives de la communauté sur le programme EVA; l'insuffisance et/ou manque des moyens financiers; à l'absence/inexistence des comités de base communautaire dans certains villages et écoles; le manque de motivation et d'efficacité des comités existants; l'absence d'un dispositif de maintenance efficace des ouvrages mis en place, l'insuffisance/absence des supervisions de suivi permanent des activités du PNEVA post-certification par le Bureau Central de la Zone de Santé et les Partenaires Techniques et Financiers et la faible mobilisation communautaire dans le village.

Ainsi, l'implication du Ministère de la santé publique et de l'éducation primaire, secondaire et professionnel, des partenaires techniques et financiers du programmes villes et écoles assainis, du bureau central de la zone de santé, de la population des villages certifiés de la zone de santé de Bunyakiri est d'une grande importance pour palier à cette question de grande portée.

REFERENCES

- [1] Essama J. Evaluation de la participation communautaire dans un projet d'approvisionnement en eau potable: cas du district sanitaire de Sangmelima en République du Cameroun. Bulletin de liaison et de documentation de l'OCEAC. 1995.
- [2] Kouaro MO. La participation communautaire. Enjeux et défis d'une gouvernance alternative. Le courage des alternatives 2012. p. 217.
- [3] Fleuret S. Construction locale de la santé: quels sont les facteurs de réussite des projets locaux de santé communautaire? L'Espace Politique Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique. 2015; (26).
- [4] Lacouture A, Kadio K, Ridde V. Renforcement de l'empowerment, la participation et l'appropriation communautaire [Chapitre 6]. L'Harmattan; 2015.
- [5] Ouendo E, Napo-Koura G, Makoutode M. Etude des interactions entre les différents acteurs des interventions sous directives communautaires et changements obtenus au Bénin et au Togo. 2016; 18 (4).
- [6] Proulx D, Brière S. Caractéristiques et succès des projets de développement international: Que peuvent nous apprendre les gestionnaires d'ONG? Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement. 2014; 35 (2): 249-64.
- [7] Schulenkorf N. Sustainable community development through sport and events: A conceptual framework for sport-for-development projects. Sport management review. 2012; 15 (1): 1-12.
- [8] Snijder M, Shakeshaft A, Wagemakers A, Stephens A, Calabria B. A systematic review of studies evaluating Australian indigenous community development projects: the extent of community participation, their methodological quality and their outcomes. BMC public health. 2015; 15 (1): 1-16.
- [9] Ndiaye P, Ndiaye NM, Diongue M, Faye A, Dia AT. Participation communautaire dans un projet de latrines en zone rurale Sénégalaise. Santé Publique. 2010; 22 (1): 147-54.
- [10] Hutton G, Chase C. The knowledge base for achieving the sustainable development goal targets on water supply, sanitation and hygiene. International journal of environmental research and public health. 2016; 13 (6): 536.
- [11] Joshi A, Prasad S, Kasav JB, Segan M, Singh AK. Water and sanitation hygiene knowledge attitude practice in urban slum settings. Global journal of health science. 2014; 6 (2): 23.

- [12] Kuberan A, Singh AK, Kasav JB, Prasad S, Surapaneni KM, Upadhyay V, et al. Water and sanitation hygiene knowledge, attitude, and practices among household members living in rural setting of India. *Journal of natural science, biology, and medicine*. 2015; 6 (Suppl 1): S69.
- [13] Sibiya JE, Gumbo JR. Knowledge, attitude and practices (KAP) survey on water, sanitation and hygiene in selected schools in Vhembe District, Limpopo, South Africa. *International journal of environmental research and public health*. 2013; 10 (6): 2282-95.
- [14] Sridhar M, Okareh O, Mustapha M. Assessment of Knowledge, Attitudes, and Practices on Water, Sanitation, and Hygiene in Some Selected LGAs in Kaduna State, Northwestern Nigeria. *Journal of Environmental and Public Health*. 2020; 2020.
- [15] Karemere H, Kalibanya NF, Kayeye JLB, Chihire P, Barhahakana, Kashama J. What Can We Learn about Analysis of the Situation of Water, Hygiene and Sanitation in an African Rural Health Area: Study Case of Kavumu in Democratic Republic of Congo ? *International Journal of Science and Research (IJSR)*. 2018; 7 (7): 1231-7. doi: 10.21275/ART2019109. PubMed Central PMCID: PMC2018.
- [16] Conac G, Savonnet-Guyot C, Conac F. Les politiques de l'eau en Afrique. *Economica Centre d'études juridiques et politiques du monde Africain Université de Paris*. 1985.
- [17] Jancloes M, Jancloes-Diepart M. Campagnes périodiques d'assainissement et de chimiothérapie de masse contre les nematodes intestinaux, appliquées isolément et en combinaison, au Bas-Zaïre. *Ann Soc belge Méd trop*. 1981; 61: 111-8.
- [18] Mudekereza N, Sia D, Lubambo G, Karemere H. Politique sanitaire, Acteurs, Stratégies et Contenu des interventions de lutte contre le choléra dans la Zone de santé d'Uvira en République Démocratique du Congo. *Revue de l'infirmier congolais*. 2019; 3 (1): 1-9.
- [19] Kangombe TK. Approvisionnement en eau potable en milieu rural en République Démocratique du Congo face à l'Objectif 6 de Développement Durable, Exemple de la province du Maniema: Selinus University of Science and Literature; 2020.
- [20] Izu A, Mulolo B. Evaluation des Objectifs du Millénaire pour le Développement en RDC: quelles leçons pour les Objectifs du Développement Durable? 2017.
- [21] ZS-Bunyakiri. Rapport annuel. Zone de santé de Bunyakiri. 2020.
- [22] Tchagbèlè A. Faible appropriation des projets par les communautés partenaires de l'ONG Plan International Togo (PIT), Unité de programme de Sokodé au Togo. *International Journal of Innovation and Applied Studies*. 2019; 25 (2): 594.
- [23] Ouédraogo HB. L'appropriation des projets de développement: le cas des Micro-réalisations au Burkina Faso. 1992.
- [24] Brière S, Auclair I. Toward gendered projects in international development: Paradoxes, resistance and convergent approaches. *International Journal of Project Management*. 2020; 38 (8): 500-14.
- [25] Guène O, Touré CS, Maystre LY. Promotion de l'hygiène du milieu: une stratégie participative: PPUR presses polytechniques; 1999.
- [26] Kaleghana KK, Mweru J-P. Gouvernance environnementale de la ville de Butembo par les services publics urbains (Nord-Kivu, République Démocratique du Congo). *Tropicultura*. 2018; 36 (3).
- [27] Emmanuel Y. Rapport d'Évaluation d'Impact Environnemental et Social_Province du BAZEGA_Octobre 2019 du Projet d'Eau Potable et d'Assainissement en Milieu Rural (PEPA-MR) dans les Régions du Centre-Sud et du Centre-Ouest. Ministère de l'eau et de l'assainissement, Burkina-Faso. 2019.
- [28] Touré O. Intégration de l'hygiène dans les projets d'eau et d'assainissement exécutés par les ONG nationales au Mali. *Mali Santé Publique*. 2020; 10 (1): 55-9.
- [29] Bonnassieux A, Gangneron F. Des mini-réseaux d'eau potable: entre enjeux politiques et arrangements locaux. Le cas de la commune de Djougou au Bénin. *Mondes en développement*. 2011; (3): 77-92.
- [30] Tchekote H, Poka AN, Mbarga FBNA. Comites Villageois Et Problématique De La Gestion Des Points D'eau Dans L'arrondissement De Bayangam (Ouest-Cameroun). *European Scientific Journal*. 2018; 14 (26): 16.
- [31] Kouassi Kouadio E. Lutte contre la malnutrition en Côte d'Ivoire: bilan critique de la participation communautaire. In: Française FC-R, editor. *Pratiques humanités - Accès à la santé et épidémies - Côte d'Ivoire* 2020.
- [32] Dionne H. Développement autonome du territoire local et planification décentralisée. *Revue canadienne des sciences régionales*. 1989; 12 (1): 61-73.
- [33] Platteau J-P. Efficacité de l'aide et développement décentralisé. *Reflète et perspectives de la vie économique*. 2003; 42 (2): 21-7.
- [34] Organisation mondiale de la Santé, Akoh-Arrey M, Atabe A, Boussinesq M, Diawara L, Subayi-Cuppen T. Rapport d'évaluation de la durabilité du Projet TIDC Centre III, Cameroun: avril-mai 2003. 2003.
- [35] Organisation mondiale de la Santé, Takougang I, Gaba J, Mebenga TL, Brintanya N, Ntumba F, et al. Rapport final d'évaluation à mi-parcours de la durabilité du projet TIDC des ueles (République Démocratique du Congo): 12 avril-2 mai 2007. 2007.
- [36] Koch D-J. Une déclaration de Paris pour les ONG internationales? 2008.