

RAPPORT D'ÉVALUATION

Evaluation Sommative de la Composante Assainissement du Programme d'Hydraulique et d'Assainissement pour le Millénaire (PHAM) en CÔTE D'IVOIRE (2013 – 2018)



Evaluation réalisée par : PEM CONSULT
Client : UNICEF COTE D'IVOIRE
Contrat N° : 43288363 du 15 décembre 2019

JANVIER 2021



Table des matières

1	Résumé Exécutif	vii
2	Contexte de L'évaluation.....	12
3	Objet de l'évaluation	13
4	But de l'évaluation.....	17
5	Objectifs de l'évaluation.....	18
6	Portée de l'évaluation	18
6.1	Portée thématique	18
6.2	Portée géographique.....	18
6.3	Portée chronologique.....	18
7	Critères et Questions de l'évaluation	19
7.1	Critères d'évaluation	19
7.2	Questions évaluatives	19
7.2.1	Pertinence	19
7.2.2	Efficacité	19
7.2.3	Efficiency	20
7.2.4	Durabilité.....	20
7.2.5	Prise en compte des droits humains, du genre et de l'équité.....	21
8	Méthodologie	22
8.1	Approche méthodologique	22
8.2	Méthodes et outils de collecte des données	22
8.2.1	Revue documentaire.....	22
8.2.2	Entretiens semi-structurés	23
8.2.3	Discussion de Groupe.....	23
8.2.3	Observation directe	24
8.3	Stratégie d'échantillonnage	24
8.4	Collecte, assurance qualité et analyse des données	27
8.4.1	Collecte des Données	27
8.4.2	Assurance qualité des données.....	27
8.4.3	Traitement et analyse des données.....	28
8.5	Considérations éthiques et principes de l'évaluation	28
8.6	Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation	29
9	Constats et Conclusions Préliminaires (par critère).....	31
9.1	Pertinence	32
9.1.1	Constats pertinence.....	33
9.1.2	Conclusions préliminaires pertinence.....	36
9.2	Efficacité.....	37
9.2.1	Constats efficacité.....	38
9.2.2	Conclusions préliminaires efficacité :	52
9.3	Efficiency.....	54
9.3.1	Constats efficacité.....	54
9.3.2	Conclusions préliminaires efficacité :	57
9.4	Durabilité	58
9.4.1	Constats durabilité.....	58
9.4.2	Conclusions préliminaires durabilité :.....	62
9.5	Droits humains, Genre et Équité	63
9.5.1	Constats droits humains, genre et équité	64
9.5.2	Conclusions préliminaires droits humains, genre et équité	66

10	Leçons Apprises	66
10.1	Les principes généralisables.....	67
10.1.1	L'ATPC	67
	La capitalisation des acquis et résultats du PHAM	67
10.1.2	67
10.1.3	L'instabilité sectorielle qui n'a pas favorisé le développement et la mise en œuvre d'un cadre institutionnel adéquat.	67
10.2	Les conditions essentielles pour une mise en œuvre réussie de l'ATPC	67
10.2.1	L'ATPC et la décentralisation / déconcentration,	68
10.2.2	Le suivi post-FDAL.....	68
10.2.3	L'engagement des communautés bénéficiaires	68
10.2.4	L'implication du secteur privé (quincailleries, maçons, NGO) dans le marketing de l'assainissement	68
11	Conclusions Finales (par critère).....	68
12	Recommandations.....	70
13	Annexes	75
	ANNEXE 1 :	75
	ANNEXE 2 :	102
	ANNEXE 3 :	114
	ANNEXE 4 :	131
	ANNEXE 5 :	132
	ANNEXE 6 :	133
	ANNEXE 7 :	161
	ANNEXE 8 :	162
	ANNEXE 9. ESQUISSE DE GRILLE D'OBSERVATION	164

Liste des tableaux

Tableau 1	: Présentation succincte de l'objet de l'évaluation.....	13
Tableau 2	: Résultats attendus et activités engagées du PHAM	14
Tableau 3	: Parties prenantes du PHAM.....	15
Tableau 4	: aperçu des utilisateurs potentiels et de leurs besoins d'information	17
Tableau 5	: synthèse des entretiens et discussions de groupe réalisés par département	24
Tableau 6	: départements retenus pour l'enquête.....	25
Tableau 7	: aperçu de la stratégie d'échantillonnage.....	26
Tableau 8	: limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation.....	29
Tableau 9	: synthèse des résultats LSDU	41
Tableau 10	: synthèse des résultats obtenus	43
Tableau 11	: comparaison assainissement domestique avant / après PHAM.....	49
Tableau 12	: statut des toilettes utilisées par les ménages au terme des actions PHAM	50
Tableau 13	: répartition (en %) des ménages utilisant des toilettes avec dispositif de lavage des mains au terme des actions PHAM.....	50
Tableau 14	: ménages (%) disposant d'un dispositif de lavage des mains au terme des actions PHAM.....	50
Tableau 15	: ménages (%) disposant d'un dispositif de lavage des mains approprié au terme des actions PHAM.....	50
Tableau 16	: évolution du statut « FDAL/DAL » des villages PHAM un an après la fin des actions PHAM	51
Tableau 17	: synthèse des éléments de coût de la composante assainissement du PHAM	55
Tableau 18	: analyse de l'efficacité des ONG	56
Tableau 19	: Synthèse des recommandations stratégiques.....	71
Tableau 20	: synthèse des recommandations opérationnelles.....	72

Liste des figures

Figure 1	: univers des enquêtes de l'évaluation.....	26
Figure 2	: synthèse données démographiques zone d'intervention PHAM	39

Figure 3 : Villages PHAM par partenaire de mise en œuvre.....	39
Figure 4 : Population PHAM par partenaire de mise en œuvre	39
Figure 5 : progrès annuels ATPC déclenchements PHAM	40
Figure 6 : progression annuelle villages FDAL PHAM.....	41
Figure 7 : Nombre de blocs de latrines institutionnelles construites par ONG.....	42
Figure 8 : populations bénéficiaires PHAM	43
Figure 9 : évolution de l'incidence des diarrhées infantiles (2010 et 2016) dans les départements PHAM.....	45
Figure 10 : incidence de diarrhées infantiles en % des consultations dans les centres de santé.....	47
Figure 11 : répartition (en %) des types de toilettes utilisés par les ménages au terme des actions PHAM	50
Figure 12 : taux de mise en œuvre des « critères FDAL » dans les villages enquêtés un an après la clôture PHAM.....	51
Figure 13: Carte des sites ciblés par PHAM.....	75
Figure 14: Map of sites targeted by ASWA (by District)	76

Liste des photos

Photo 1 : dispositif de lavage de main comprenant une tige pour enfant, une tige pour handicapé et une tige pour adulte	32
Photo 2 : latrine améliorée d'une femme, chef de ménage à Soubré.....	38
Photo 3 : entretien avec la présidente des femmes du village de Blaisekro	63

Liste des acronymes

AA	A Améliorer
AEPA	Approvisionnement en Eau Potable et Assainissement
AEPHA	Alimentation en eau potable, Hygiène et assainissement
AMO	Assistance au Maître de l’Ouvrage
ASWA	Accélération de l’Assainissement et de l’Eau pour Tous
AT	Assistance Technique
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté
C4D	Communication Pour le Développement (UNICEF)
CAD	Comité d’Aide au Développement
CADBE	Charte Africaine des Droits et du Bien-Etre de l’Enfant
CAP	Connaissances, Attitudes, Pratiques
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDS	Comité Départemental de Suivi
CF	Convention de Financement
CHS	Comités d’Hygiène et de Soutien à l’ATPC
CI	Côte d’Ivoire
CM	Conseil Municipal
COPIL	Comité de Pilotage
CP	Comité de pilotage
CR	Conseil Régional
CRF	Croix Rouge Française
CSD	Survie et Développement de l’Enfant (UNICEF)
CT	Collectivité Territoriale
CVD	Comité Villageois de Développement
CVS	Comité Villageois de Suivi
DAD	Direction de l’Assainissement et du Drainage (MCLAU)
DAL	Défécation à l’Air Libre
DAR	Direction de l’Assainissement Rural (MINASS)
DAU	Direction de l’Assainissement Urbain (MINASS)
DD	Direction (Directeur) Départementale
DDG	Discussion De Groupe
DGIHH	Direction Générale des Infrastructures d’Hydraulique Humaine
DGIS	Direction Générale de la Coopération Internationale (Pays Bas)
DGPLP	Direction Générale du Plan de Lutte Contre la Pauvreté
DH	Droits de l’Homme
DHES	Direction de l’Hygiène, de l’Environnement et Santé
DLM	Dispositif de Lavage des Mains
DUE	Délégation de l’Union Européenne
DVS	Direction de la Vie Scolaire (MENET)
EAA	Eau et Assainissement pour l’Afrique
Ecosan	Latrine sèche à déviation d’urine (LSDU)
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement
EIC	Entrevues Informateurs Clés
ENV	Enquête sur le Niveau de Vie
EPAO	Entrevues Personnelles Assistées par Ordinateur
FDAL	Fin de Défécation à l’Air Libre
FGD	Focus Group Discussion(s) = Discussion(s) de Groupe
GIE	Groupement d’Intérêt Économique
GRE	Groupe de Référence de l’Évaluation
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information Éducation Communication

IMF	Institution de Micro-Finance
INS	Institut National de la Statistique
IOV	Indicateur(s) Objectivement Vérifiable(s)
IAD	Institut Allemand de Développement
IP	Partenaire de Mise en Œuvre
IRC	International Rescue Committee
IS	Insatisfaisant
JMP	Joint Monitoring Program (UNICEF/OMS)
KII	Entrevues Informateurs Clés
LN	Leader Naturel
LPSAD	Lettre de Politique Sectorielle d'Assainissement et de Drainage
LSDU	Latrine sèche à déviation d'urine (Ecosan)
MAPP	Méthode d'Analyse des Programmes et des Projets
MARP	Méthode accélérée de recherche participative en milieu rural
MCLAU	Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MENET	Ministère de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Technique
MESUDD	Ministère de l'Environnement, de la Salubrité Urbaine et du Développement Durable
MICS	Enquêtes par Grappe à Indicateurs Multiples
MINASS	Ministère de l'Assainissement et de la Salubrité,
MINH	Ministère de l'Hydraulique
MOE	Maitrise d'Œuvre
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSLS	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
MSUA	Ministère de la Salubrité Urbaine et de l'Assainissement
MVE	Maladie du Virus Ebola
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
ONAD	Office National de l'Assainissement et du Drainage (MINASS)
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PADEHA	Programme d'appui à l'accélération de l'Accès Durable à l'Eau, à l'Hygiène et à l'Assainissement
PAPD	Participation, Attitude, Pratique, Durabilité
PFE	Pratiques Familiales Essentielles
PHAM	Programme d'Hydraulique et d'Assainissement pour le Millénaire
PHAST	Participatory Hygiene and Sanitation Transformation
PME	Planification, Suivi et Evaluation (UNICEF)
PMO	Partenaire de Mise en Œuvre
PSEA	Prévention de l'Exploitation et des Abus Sexuels (UNICEF)
RASS	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RC	Réunions Communautaires
S	Satisfaisant
SANMARK	Sanitation Marketing
SanPlat	Latrine avec dalle sanitaire
SIEA	Services for Implementation of External Aid
SIMPO	Société Ivoirienne de Matériel et de Pièce d'Occasion
SL	Sierra Leone
SMART	Spécifique Mesurables Ambitieux Réalistes Temporels
TdC	Théorie du Changement

TdR	Termes de Référence
UNEG	Groupe d'Evaluation des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIP	Ventilated Improved Pit latrine (latrine améliorée à fosse ventilée)
WASH	Water, Sanitation and Hygiène
WCAR	Régions de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (UNICEF)

1 RESUME EXECUTIF

Le présent document représente le rapport d'évaluation sommative de la Composante Assainissement du Programme d'Hydraulique et d'Assainissement pour le Millénaire (PHAM) mis en œuvre de 2013 à 2018 en Côte d'Ivoire. L'évaluation sommative a été commanditée par le bureau UNICEF Côte d'Ivoire via le contrat de service n° 43288363 du 15 décembre 2019.

1. *Evaluation Object*

L'objectif général de la composante assainissement de PHAM qui s'est déroulé sur la période 2013 – 2018 était de contribuer à un accès équitable et durable des femmes et des enfants aux services d'assainissement et d'hygiène en situation de stabilité et d'urgence. De façon spécifique, la composante visait améliorer durablement l'accès aux services sociaux de base en matière d'assainissement et d'hygiène des populations de la zone du programme. La composante a été mise en œuvre par 3 ONG internationaux, notamment la Croix Rouge Française (CRF), le International Rescue Committee (IRC) et l'Agence Panafricaine Intergouvernementale Eau et Assainissement pour l'Afrique (EAA, Côte d'Ivoire) sous l'égide du bureau UNICEF Côte d'Ivoire et ses antennes régionales. Cette intervention se décline en deux principaux résultats : R1) La pratique de la défécation à l'air libre est éliminée dans les villages cibles ; R2) les populations de la zone du programme ont un accès durable à l'assainissement hygiénique et utilisent des infrastructures d'assainissement améliorées. Les principaux bénéficiaires étaient les populations rurales de la zone d'intervention (ATPC y compris l'hygiène), les écoles et centres de santé ayant bénéficié de latrines institutionnelles et les premiers responsables des Ministères et Agences en Charge de l'Assainissement (y inclus l'Hygiène) ayant bénéficié d'un appui institutionnel.

2. *Buts*

Les deux principaux buts de cette évaluation sont la redevabilité et l'apprentissage organisationnel dans le domaine de l'assainissement et de l'Hygiène. Plus spécifiquement, l'évaluation est censée assister ses utilisateurs visés (le Bureau Pays de l'UNICEF en Côte d'Ivoire ainsi que la contrepartie gouvernementale et les agences de mise en œuvre) lors de la planification, financement et mise en œuvre des activités futures en matière d'assainissement et d'hygiène.

3. *Objectifs*

En sus des deux principaux buts énoncés ci-dessus, cette évaluation a pour objectif de (i) Documenter les réalisations et les défis de la composante assainissement du programme PHAM ; (ii) Identifier les leçons apprises aux niveaux stratégique et opérationnel ; (iii) Documenter les bonnes pratiques pour éliminer la défécation à l'air libre ; (iv) Formuler des recommandations pour la consolidation des gains de l'approche ATPC ainsi que pour la mise à l'échelle des meilleures pratiques ; (v) Contribuer au renforcement des capacités nationales d'évaluation.

4. *Portée de l'Evaluation*

L'évaluation a porté sur le volet assainissement du PHAM en Côte d'Ivoire et notamment le paquet d'activités mis en œuvre dans la cadre du programme. Elle porte sur l'analyse de la mise en œuvre du programme dans les 1 650 villages d'intervention situés dans les régions de Cavally, Gbôklé, Guémon, Haut-Sassandra, Nawa, Marahoué, San Pedro et Tonkpi. L'évaluation a couvert les activités de programme mises en œuvre entre mars 2013 et août 2018 dans les villages ciblés.

5. *Critères et Questions d'Evaluation*

Le cadre analytique de l'évaluation repose sur 5 critères d'évaluation : quatre (04) des six (06) critères d'évaluation OECD/DAC que sont la Pertinence, l'Efficacité, l'Efficiences et la Durabilité, ainsi qu'un critère additionnel concernant les Droits Humains, le Genre et l'Équité. Le critère d'impact n'a pas été appréhendé en raison de la faible disponibilité de données empiriques sur les populations bénéficiaires et d'informations sur les changements de comportements engendrés par la mise en œuvre du PHAM au sein des sociétés ciblées. Lors de la phase de démarrage 42 questions ont été validées et regroupées par critère d'évaluation.

¹ Il a été mis en œuvre de juin 2013 à août 2018, avec une période d'extension sans coût de juin 2017 à août 2018.

6. Méthodologie

L'approche méthodologique de cette évaluation sommative est celle utilisée dans le cadre d'une évaluation ex-post des programmes. Il s'est agi d'une part, de l'appréciation de l'atteinte des objectifs du programme à partir des indicateurs de réalisation en usant des sources de vérification et, de l'appréciation de la pérennisation des acquis et/ou effets directs et indirects du programme, d'autre part. Ainsi la mission a été basée sur une approche exploratoire, analytique et participative. L'évaluation s'est donc principalement reposée sur une approche principalement qualitative avec une grande diversité de méthodes, d'outils et de techniques pour la collecte et l'analyse des données. Ces méthodes incluent la revue documentaire, les entretiens individuels et les discussions de groupe ainsi que les observations directes.

Pour l'évaluation et eu égard à la proximité des réalités socio-culturelles et à l'accès géographique des régions, sept (7) régions sur les huit (8) des trois (3) districts ciblés par PHAM ont été retenues. Sur la base de l'approche qualitative mobilisée et d'une stratégie d'échantillonnage à deux degrés, les entretiens se sont déroulés dans chacune des sept (7) régions retenues à travers 42 villages échantillonnés. La mission a organisé 17 Discussions de groupe avec 101 participants et 353 entretiens individuels (dont 9 entretiens individuels sur les 12 programmés à Abidjan). Dans les zones témoins la mission a réalisé 68 entretiens. Ce qui porte le total des entretiens individuels (EI) à 421 et 17 focus group (FGD) sur l'ensemble de l'univers d'enquête (zones témoins & bénéficiaires du programme). Les données collectées ont fait l'objet d'un traitement, puis d'une analyse de contenu. A la suite de la collecte, les entretiens ont été traduits, transcrits et saisis à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (Word).

7. Limitations et Mesures de Mitigation

Les contraintes majeures rencontrées (et les stratégies d'atténuation mises en place), dont certaines ont été inhérentes à la survenue de la pandémie de la COVID-19 (respect des mesures sanitaires et barrières mises en place, entretiens à distance), ont été liées à/aux : (i) la perte de la mémoire institutionnelle auprès de certaines structures à cause de la forte mobilité du personnel non accompagnée d'un transfert de dossiers lors de la passation de service (recours à des répondants complémentaires par échanges téléphoniques) ; (ii) les difficultés d'accès (saison pluvieuse) et d'insécurité (coupeurs de route) nécessitant le remplacement de certains sites ; (iii) le manque de préparation des populations cibles (report des rencontres, rallonge de la période des enquêtes).

8. Principaux constats et conclusions préliminaires (par critère)

Les constats effectués à l'issue de cette évaluation ont servi de base pour un nombre de conclusions tirées par l'équipe d'évaluation. Celles-ci sont présentées selon chacun des critères d'évaluation retenus.

Pertinence

La composante « assainissement » du PHAM est alignée sur les ODD 1 & 6 ainsi que sur les priorités nationales visant à améliorer durablement l'accès aux services d'assainissement et d'hygiène des populations ivoiriennes en général et, plus particulièrement, celles des zones de l'ouest et du centre-ouest qui se distinguaient par une forte prévalence de défécation à l'air libre (constats pertinence n°1,2 et 6).

L'évaluation de la composante « assainissement » du PHAM révèle que les activités déployées autour de l'ATPC, telles que « la création des comités départementaux pour le suivi de la mise en œuvre de l'ATPC », ou « la promotion du marketing de l'assainissement (SANMARK), sont parfaitement alignées avec les principes énoncés dans la dernière version (en cours d'approbation) de la Lettre de Politique Sectorielle d'Assainissement et de Drainage (LPSAD). Cependant, il reste qu'en pratique le programme n'a pas pleinement réussi à faire émerger une stratégie nationale viable et financable d'éradication de la DAL, au niveau des huit régions ciblées, ni au niveau du pays. (Constat pertinence n°6).

Efficacité

L'efficacité des interventions de la composante assainissement du PHAM, mesurée par le niveau d'atteinte des cibles envisagées, est satisfaisante en termes de :

- Villages ayant atteint le statut FDAL 3 ans après le démarrage du PHAM (103% de la cible) ;
- Nombre de personnes adoptant de bonnes pratiques d'hygiène (92% de la cible) ;
- L'utilisation des sous-produits d'assainissement (110% de la cible)

Par ailleurs, l'évaluation conclut que la répartition des rôles et des responsabilités entre les acteurs de mise en œuvre était appropriée pour l'obtention des résultats du programme (Constat efficacité n° 2). Le renforcement de capacité des acteurs locaux s'est déroulé conformément aux prévisions et a été réalisé à l'intention des promoteurs locaux du SANMARK, des comités ATPC et des leaders Naturels (renforcement des capacités aux techniques de lavage des mains à l'eau et au savon et aux Pratiques Familiales Essentielles).

Cependant, le niveau d'atteinte des résultats est moins satisfaisant en termes d'utilisation de latrines améliorées (62% de la cible selon la définition PHAM). (Constat efficacité n° 1). Le nombre de personnes utilisant de « latrines améliorées » est pénalisé par l'application de la définition PHAM d'une « latrine améliorée » (202 000 personnes contre une cible de 330 000 personnes, soit 31% de la cible). En outre, il n'a pas été possible d'étayer l'impact du programme sur la santé des villages du PHAM à partir des statistiques départementales du ministère de la Santé (Constat efficacité n° 3). L'évaluation conclut que le maintien du statut FDAL demeure problématique (la totalité des 5 critères FDAL) mais l'amélioration des pratiques hygiéniques est un acquis indéniable (Constat efficacité n° 6).

Efficiences

L'Efficiences du volet assainissement du programme PHAM est satisfaisante. En effet, la mise en œuvre de la composante « assainissement » du PHAM démontre que l'approche ATPC, à travers un changement de comportement collectif au sein d'une communauté, permet de mettre fin à la défécation à l'air libre et d'améliorer les comportements hygiéniques à un coût moyen relativement faible (30 USD) (Constat efficacité n° 1). L'évaluation a noté une bonne distribution et déploiement des ressources humaines, financières et matérielles pour la mise en œuvre du programme. Les ONG IRC, CRF et, dans une moindre mesure EAA, ont réussi à accompagner les villages/localités cibles au statut FDAL à travers la mise en œuvre de l'ATPC, dans un laps de temps relativement court (2 ans) pour l'atteinte des objectifs fixés et à des coûts moyens abordables. Les coûts indirects liés aux interventions des ONG et de l'UNICEF représentent environ 24% du budget total. Par ailleurs, le Ministère de la Santé a réussi à éviter les doublons et les chevauchements par une répartition judicieuse des interventions similaires (Constat efficacité n° 2). Par contre, l'articulation des approches ATPC et ECOSAN (assainissement écologique) pour le déclenchement des localités et l'incitation des ménages à la construction de latrines durables (LSDU) par micro-crédit n'a pas donné les résultats escomptés en termes d'efficacité et d'efficiences (Constats efficacité n° 3 et 4).

Durabilité

L'approche ATPC porte en elle les bases de la durabilité car elle repose sur un changement de comportement en termes d'abandon de la pratique de la défécation à l'air libre et d'utilisation hygiénique des latrines. La pérennisation des acquis peut être assurée, au niveau communautaire, par des leaders naturels et les CVS-ATPC qui devront poursuivre l'amélioration de leur cadre de vie sous l'encadrement des CDS-ATPC. Cependant, l'équilibre reste fragile et le dispositif doit être accompagné par la mise en place d'un environnement habilitant (Constats durabilité n° 1, 2, 4). Le défi majeur est la durabilité des interventions de la composante « assainissement » du PHAM des acquis de cette intervention. Les acteurs étatiques et les communautés interviewés posent les problèmes du maintien des acquis dès lors que les appuis financiers externes ont pris fin. Le développement du marché de l'assainissement (SANMARK) devra contribuer à faciliter l'accès des populations aux produits d'assainissement durable (Constat durabilité n° 1, 2, 4, 7). L'environnement habilitant doit être renforcé par une mise en œuvre effective de la décentralisation et de la déconcentration avec un transfert effectif des fonds couplé au transfert des compétences et une augmentation conséquente du budget alloué à l'assainissement (Constats efficacité n° 4, 9, 10).

Les aspects transversaux droits humains, genre et équité

Les questions transversales ont suffisamment été prises en compte dans la conception de cette intervention. Aussi, l'évaluation conclut que les besoins spécifiques des enfants, des femmes, des personnes, des ménages en situation de vulnérabilité ont été satisfaits de façon adéquate. L'analyse de la conception du programme a révélé que les stratégies et approches ont suivi une approche basée sur l'équité, les droits de l'homme et l'égalité des genres. Le programme, en contribuant à l'amélioration durable de l'accès à l'assainissement et à l'hygiène des populations dans les Régions du Nawa, du Gbôklé, de San Pedro, du Cavally, du Guémon, du Tonkpi, du Haut Sassandra et de la Marahoué, a ainsi amélioré le droit des hommes à la santé en général et des enfants en particulier (Constats n° 1 et 2). La promotion de l'hygiène menstruelle et la réalisation des blocs latrines VIP séparés par sexes et adaptés aux personnes vivant avec un handicap ont davantage contribué à la prise en compte du genre (Constats DHGE n° 1, 2, 4). Par ailleurs, les interventions du programme, notamment l'approche ATPC dans les villages de l'ouest de la Côte d'Ivoire, a permis de rapprocher à moindre coût les infrastructures d'assainissement (latrines, dispositifs de lavage de main) des communautés vulnérables et défavorisées, garantissant du coup leur (i) droit à l'assainissement, (ii) droit aux installations sanitaires, (iii) droit à un cadre politique, institutionnel et juridique de nature à améliorer l'assainissement.

Leçons apprises

L'évaluation a listé ci-après les 7 leçons apprises identifiées lors du travail sur le terrain.

Les principes généralisables

- L'ATPC : L'approche ATPC contribue à un changement de comportement collectif au sein d'une communauté et promeut la capacité des ménages à financer la construction de leur latrines après une prise de conscience des effets bénéfiques sur la santé
- La capitalisation des acquis et résultats du PHAM : Le PHAM a contribué à faire sortir de l'ombre l'assainissement en milieu rural. En témoigne notamment la création de la Direction de l'Assainissement Rural, en octobre 2016. A cette date, l'essentiel des réalisations du volet ATPC étaient terminées, et la DAR a contribué au PHAM par la formation des CDS. La DAR a ensuite priorisé la capitalisation des acquis du PHAM, et des autres programmes axés sur l'Assainissement en milieu rural.
- L'instabilité sectorielle n'a pas favorisé le développement et la mise en œuvre d'un cadre institutionnel adéquat.

Les conditions essentielles pour une mise en œuvre réussie de l'ATPC

- L'ATPC et la décentralisation / déconcentration : La stratégie d'opérationnalisation de la « pérennisation des activités ATPC » vise à définir les actions devant être mises en œuvre afin de garantir une évolution continue des ménages tant sur l'échelle de changement de comportement que sur celle de l'assainissement. L'opérationnalisation de ces actions prend en compte et de façon simultanée le retrait graduel des ONGs de mise en œuvre et la capacitation / responsabilisation continue des acteurs locaux (CDS, Leaders Naturels, communautés).
- Le suivi post-FDAL : Le suivi post-FDAL, indispensable au maintien du statut FDAL et à l'amélioration des ouvrages d'hygiène et d'assainissement, initié par les ONG de mise en œuvre de l'ATPC de la déclaration FDAL à la certification FDAL, devrait être repris de façon graduelle par les acteurs locaux (CDS, Leaders Naturels, communautés bénéficiaires) avec leur capacitation/responsabilisation continue.
- L'engagement des communautés bénéficiaires : Pour pérenniser au maximum les résultats, il faut s'assurer de l'adhésion totale des communautés bénéficiaires, de façon bénévole, à l'approche ATPC, notamment après la fin du programme. Cela comporte : (i) l'implication de manière pérenne des acteurs locaux dans l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement ; et (ii) l'établissement d'un réseau de leaders villageois, appelés Leaders Naturels, qui travaillent sous la responsabilité du Comité de Suivi Départemental de chaque département. Ainsi, les CDS continuent de fonctionner et prennent en charge la coordination du travail des Leaders Naturels (LN) pendant que les LN assurent le suivi des villages d'intervention et continuent de promouvoir l'atteinte et le maintien de la FDAL
- L'implication du secteur privé dans le marketing de l'assainissement : Le secteur privé est constitué essentiellement des entreprises, quincaillers, des maçons, des promoteurs et des puisatiers qui assurent la promotion, la distribution et la construction des ouvrages d'assainissement. Les entreprises de proximité et les quincailleries ont montré un certain désintérêt car très peu sollicités dans le cadre des projets pilotes SANMARK mis en œuvre. En vue d'une mise à l'échelle, l'association des quincailleries s'avère propice à la mise en place d'une chaîne d'approvisionnement de proximité « assainissement amélioré » à l'échelle locale.

10. Recommandations :

Les constats et conclusions auxquelles a abouti l'évaluation servent de base pour les recommandations stratégiques et opérationnelles formulées par l'équipe d'évaluation. Ces dernières ont été mûrement réfléchies et formulées dans un souci de pertinence et de faisabilité de mise en œuvre. La liste de 2 recommandations stratégiques et de 3 recommandations opérationnelles a fait l'objet d'un certain nombre de discussions avec l'UNICEF, le Groupe de Référence de l'Évaluation (GRE) et les autres PMO pour amendement avant validation. Les actions spécifiques qui permettront de mettre en œuvre les 5 recommandations de l'évaluation seront discutées ultérieurement en vue du développement du Management response.

10.1 Recommandations stratégiques (RS)

RS1 : Renforcer le plaidoyer pour une mise en œuvre effective et une meilleure appropriation de l'approche ATPC au niveau décentralisé, notamment dans le domaine de compétence de l'assainissement (y compris l'hygiène) transféré aux collectivités territoriales, accompagné d'un transfert réel des ressources (humaines,

logistiques et financières) couplée au renforcement des services déconcentrés de l'état (finances, assainissement et hygiène, santé) (Destinataires : UNICEF ; Ministère en charge de la Décentralisation ; Ministère en charge de l'Economie et des Finances ; Ministère en charge de l'assainissement et de l'hygiène) ;

RS2 : Appuyer et accompagner le Gouvernement de la Côte d'Ivoire jusqu'à la validation et la mise en œuvre effective de la nouvelle stratégie d'assainissement en milieu rural (Destinataire : UNICEF)

10.2 Recommandations Opérationnelles (RO)

RO 1 : Analyser en détail les écarts en termes d'efficacité entre les différentes modalités de mise en œuvre de l'ATPC et définir les modalités les plus efficaces pour une mise à l'échelle (Destinataire : UNICEF) ;

RO 2 : Renforcer le suivi post-FDAL afin de s'assurer que les communautés déclarées FDA maintiennent leur statut et améliorent leurs ouvrages d'hygiène et d'assainissement réalisés. Cela impliquera le besoin d'accompagner les communautés à gravir l'échelle de l'assainissement en partant de la FDAL vers un assainissement général du village conformément au principe de pérennisation et d'amélioration des latrines et des dispositifs de lavage des mains. (Destinataires: UNICEF, Ministère en charge de la Décentralisation ; Ministère en charge de l'Economie et des Finances ; Ministère en charge de l'assainissement et de l'hygiène) ;

RO 3 : Renforcer le dispositif de suivi en y incluant des paramètres de sexe et d'âge afin de présenter les données de façon désagrégée (Destinataires : UNICEF ; Ministère en charge de l'assainissement et de l'hygiène).

2 CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

L'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement figure parmi les priorités nationales de la Côte d'Ivoire et des objectifs de développement au niveau de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (avec des initiatives telles que AFRICASAN) et au niveau mondial (OMD7 et ODD6). Cependant, la décennie de crise militaro politique qu'a connue la Côte d'Ivoire, a entraîné une rupture dans la réponse en matière de satisfaction des besoins de base, notamment, l'hygiène et l'assainissement du cadre de vie des communautés en générale et plus particulièrement des communautés rurales. Cette situation a des conséquences profondes non seulement sur la santé, mais aussi sur le développement économique et le bien-être social de la population rurale.

Entre 2013 et 2018 le domaine de l'assainissement a été attaché à plusieurs ministères notamment le ministère de la construction, du logement, de l'assainissement et d'urbanisation (MCLAU) et le ministère de l'assainissement et de la salubrité (MINASS), ce qui n'a pas favorisé de constituer et conserver la mémoire institutionnelle au niveaux central et décentralisé. Depuis 2012 la Côte d'Ivoire dispose d'un document de politique sectorielle, élaboré avec l'appui de l'Union Européenne², qui prône, entre autres pour l'assainissement rural, la promotion de l'ATPC, comme vecteur des changements de comportement, et le principe de FDAL, pour évaluer le taux d'accès à un assainissement autonome amélioré en milieu rural. L'ATPC est considéré comme une des stratégies permettant de susciter la demande d'assainissement et la fin de la défécation à l'air libre comme un indicateur d'amélioration de l'assainissement autonome en milieu rural. Depuis juin 2015, un document de stratégie de développement du sous-secteur de l'assainissement en milieu rural est en cours de finalisation³.

En effet, depuis la fin de la crise post-électorale de 2010, les défis de l'amélioration des conditions de vie des populations se présentaient avec acuité dans tous les secteurs, y compris le secteur de l'Hygiène et de l'Assainissement pour lequel la Côte d'Ivoire accusait déjà un retard par rapport aux OMD7 et ODD6. En outre, la majorité des communautés villageoises continuaient de pratiquer la Défécation à l'Air Libre. Par exemple, selon les dernières données nationales disponibles (MICS, 2016), la défécation à l'air libre (DAL) est toujours pratiquée par 24% de la population. Dans les zones rurales, le taux de DAL est quinze fois plus élevé (39%) que dans les zones urbaines (2,6%). L'on enregistrait entre autres des taux de mortalité infantile élevés attribués pour la plupart aux services d'assainissement et d'hygiène non améliorés (RASS 2016). Le rapport initial sur la mise en œuvre de la CADBE de même que les évaluations et études réalisées en Côte d'Ivoire attestent, toutefois, de la lenteur des progrès et de la faiblesse des investissements publics dans le domaine de l'assainissement en général et en milieu rural en particulier. La détérioration de l'accès aux services sociaux de base causée par les crises sociopolitiques depuis les années 2000, a notamment impacté le secteur de l'assainissement, plus particulièrement en milieu rural, et notamment à l'ouest du pays, zone d'implantation du programme PHAM. Les dommages faits résultant de la crise privaient la Côte d'Ivoire de toute chance d'atteindre l'OMD 7, qui prévoyait de porter le taux d'accès à l'eau potable de 61 à 82%, et le taux d'accès à l'assainissement de 23 à 60%. Dans ce contexte, les objectifs du PHAM s'avèrent particulièrement pertinents. Ils demeurent en phase avec les ODD (horizon 2030) qui ont succédé aux OMD à partir de janvier 2016 (ODD 1 « Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde », ODD 6 « Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau ». Devant la nécessité d'atteindre malgré tous les OMD, le Gouvernement ivoirien a adopté le 28 mars 2012 le Plan National de Développement (PND 2012-2015), qui constitue le cadre de référence de l'action publique pour les administrations, les partenaires au développement et le secteur privé.

Dans le cadre du rapport initial sur la mise en œuvre de la Charte Africaine des Droits et du Bien-Etre de l'Enfant (CADBE, 2014), une recommandation a été faite au gouvernement de la Côte d'Ivoire de faciliter l'accès à l'assainissement pour une meilleure réalisation du droit des enfants à la santé et à des conditions adéquates de logement. Les études socio-anthropologiques réalisées sur l'assainissement en Côte d'Ivoire mettent en évidence l'importance des relations entre classes d'âges, des relations de genre et des facteurs socio-économiques dans la mise en œuvre des projets visant à améliorer les conditions d'hygiène et d'assainissement (Brou et al. 2018).

Dans le secteur de l'assainissement en Côte d'Ivoire, il y a eu peu d'actions d'envergure et les chances pour la Côte d'Ivoire d'atteindre les OMD (faire progresser l'accès à l'assainissement de 23 à 60%) étaient gravement

² Lettre de politique sectorielle assainissement et drainage, actualisée dans le cadre du PHAM et approuvée en Conseil des Ministres, Septembre 2015

³ Communication orale UNICEF Côte d'Ivoire lors de la réunion de démarrage le vendredi 6 décembre 2019

hypothéquées. Compte tenu de cette situation, et de la fragilité des approches essentiellement basées sur la responsabilisation des communautés, le gouvernement ivoirien, appuyé par ses partenaires⁴, a initié, à partir de 2006, des projets pilotes basés sur la professionnalisation de l'entretien des infrastructures. Puis l'UE a soutenu le passage à l'échelle de ces expériences à travers un large programme (PUR4⁵), conduit avec succès entre 2008 et 2010 par l'UNICEF et des ONG internationales en partenariat avec l'État (ONEP, DAD, collectivités décentralisées) dans les régions du Centre, du Nord et de l'Ouest. Les constats et recommandations auxquels ont débouché le projet PUR4 sont à l'origine de la formulation du PHAM, démarré en mars 2013 et arrive à terme après 5 ans de mis en œuvre. C'est ainsi qu'au terme de ce programme à base communautaire, l'UNICEF et ses partenaires gouvernementaux ont convenu de la sélection d'un bureau d'études pour réaliser la présente évaluation finale. L'évaluation a débuté en Février 2020 par la rédaction d'un rapport préliminaire. Après une phase d'étude documentaire, d'entretiens préliminaires et de préparation, une mission de terrain s'est déroulée du 28 Juin au 18 Juillet 2020. L'équipe d'évaluation était constituée d'un consultant international, d'un consultant national et de 21 agents de collecte des données. Les visites de sites ont été l'occasion de rencontrer des bénéficiaires directs du projet et les structures de mises en œuvre.

3 OBJET DE L'ÉVALUATION

Dans le cadre de la nouvelle stratégie d'évaluation régionale de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, la présente évaluation couvre le résultat Prioritaire en faveur des enfants dans le domaine de l'Eau, l'Hygiène et l'Assainissement (EHA) défini pour les programmes de l'UNICEF en Afrique de l'Ouest à savoir l'élimination de la défécation à l'air libre. Sur cette base, la présente évaluation a pour but d'aider à mieux positionner la réponse à l'assainissement rural et surtout rendre effectif la redevabilité et l'apprentissage organisationnel dans le domaine de l'assainissement et des bonnes pratiques d'hygiène. Le tableau ci-dessous est une représentation succincte de l'objet de l'évaluation.

Tableau 1 : Présentation succincte de l'objet de l'évaluation

Titre du projet/programme	La composante Assainissement du PHAM
Pays	Côte d'Ivoire
Sources de financement / bailleurs	Les sources de financement sont : i. L'Union Européenne (UE) pour 25 000 000 € ; ii. La KfW, pour 350 000 € ; iii. L'UNICEF pour 800 000 € ; iv. L'État de Côte d'Ivoire pour 1 150 000 €.
Budget total	27 300 000 € pour le PHAM dont 8 800 000 € pour sa composante assainissement.
Durée	Mars 2013 – Aout 2018 (y compris la période d'extension sans coût de juin 2017 en août 2018).
Objectif global	Contribuer à un accès équitable et durable des femmes et des enfants aux services d'assainissement et d'hygiène en situation de stabilité et d'urgence
Composantes (axes, effets, produits, etc.)	Composante Hydraulique qui a pour effet l'amélioration de l'accès à l'eau potable des populations de la zone du programme et assurer l'entretien ; la professionnalisation du sous-secteur de l'hydraulique rurale et la bonne gestion des infrastructures d'alimentation en eau potable de la zone du programme. Composante Assainissement qui a pour effet l'élimination de la pratique de la défécation à l'air libre dans les villages cibles ; l'accès durable des populations de la zone du programme à l'assainissement hygiénique ; et l'utilisation des infrastructures d'assainissement améliorées.

⁴ Notamment l'Union européenne principal bailleur de fonds dans le secteur de l'hydraulique et de l'assainissement en milieu rural. Différents projets ont ainsi été mis en œuvre entre 2005 et 2011 ou sont en cours sur financement FED pour un montant de 16.000.000 EUR (Programmes d'Urgence de Réhabilitation post-crise et Facilité ACP-UE pour l'eau).

⁵ 4ème Programme d'Urgence de Réhabilitation post-crise

Bénéficiaires attendus	Les principaux bénéficiaires des interventions du programme PHAM dans l'ouest de la Côte d'Ivoire sont des hommes, des femmes, des enfants, des filles, des garçons, des personnes vivant avec un handicap, des personnes âgées, des ménages marginalisés des localités cibles. Des chiffres sur le nombre de bénéficiaires suivant le sexe et l'âge ne sont pas disponibles.
Partenaires (institutionnels, de mise en œuvre)	Districts et Régions de la Zone d'Intervention du Programme (ZIP), Structures en charge de l'assainissement en milieu ruralAD (puis DAR), ONAD ⁶ Croix-Rouge française, EAA, IRC

Le « Programme d'Hydraulique et d'Assainissement pour le Millénaire » (ci-après PHAM), d'un montant total de 27 300 000 €, a été financé au titre du PIN 10^{ème} FED attribué à la Côte d'Ivoire pour un montant de 25 000 000€ (13,5 millions € pour la composante hydraulique, 8,0 millions € pour la composante assainissement, 2,0 millions € pour les deux volets institutionnels et 1,5 millions € pour imprévus, audits et évaluations). Les financements complémentaires, pour le volet assainissement, ont été mobilisés à travers des cofinancements conjoints de :

- L'UNICEF pour 800 000 € (mise en œuvre de la composante assainissement du PHAM) ;
- L'État de Côte d'Ivoire pour 1 150 000 €.

Le PHAM est décliné autour de la logique d'intervention suivante (voir Cadre Logique en Annexe 1) :

- L'objectif général du programme est de contribuer à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration de la santé des populations de la zone du programme par un accès à de meilleurs services sociaux de base en matière d'eau et d'assainissement.
- L'objectif spécifique du programme est d'améliorer durablement l'accès aux services sociaux de base en matière d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène des populations de la zone du programme.

Le programme concerne plus d'un million de personnes, soit environ 350 000 pour les infrastructures hydrauliques et environ 650 000 pour les actions et infrastructures d'assainissement.

Tableau 2 : Résultats attendus et activités engagées du PHAM

Résultats attendus	Principales activités envisagées
Composante hydraulique	
<i>Résultat 1.1 : L'accès à l'eau potable des populations de la zone du programme est amélioré</i>	1.1.1 Identification des villages cibles et réalisation des études techniques (activités préalables au programme, financées et réalisées par la KfW et l'ONEP). 1.1.2 Construction et réhabilitation de mini-adductions d'eau (systèmes HVA) pour les villages ayant une population comprise entre 1 000 et 4 000 habitants. Selon les estimations provisoires, le nombre de centres à construire/réhabiliter sera de l'ordre de 100. 1.1.3 Suivi, contrôle et supervision des travaux. 1.1.4 Sensibilisation des populations et appui aux comités de gestion
<i>Résultat 1.2 : L'entretien et la gestion des infrastructures d'alimentation en eau potable de la zone du programme sont assurés, à travers la professionnalisation du sous-secteur de l'hydraulique rurale</i>	1.2.1 Appui à la maîtrise d'ouvrage (ONEP et/ou collectivités décentralisées) pour la contractualisation d'opérateurs privés chargés de l'entretien et de la gestion des infrastructures. 1.2.2 Appui institutionnel pour le développement de la politique de professionnalisation du sous-secteur de l'hydraulique rurale engagée par l'Etat de Côte d'Ivoire.
Composante Assainissement	
<i>Résultat 2.1 : La pratique de la défécation à l'air libre est</i>	2.1.1 Mise en œuvre d'une stratégie de formation, d'un plan d'actions et formation à l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC).

⁶ Sous la tutelle du Ministère de la Construction de l'Assainissement et de l'Urbanisme au moment du démarrage du projet, puis du Ministère de l'Assainissement et de la Salubrité

Résultats attendus	Principales activités envisagées
<i>éliminée dans les villages cibles</i>	<p>La formation ciblera les animateurs de terrain et les agents de l'État qui seront en charge de la mise en œuvre de l'approche.</p> <p>2.1.2 Identification des villages ciblés. L'état des lieux permettra de sélectionner les villages (population de 300 à 1 000 habitants) présentant le taux d'accès à l'assainissement le plus bas. Selon les estimations provisoires, environ 1 000 villages seront concernés.</p> <p>2.1.3 Réalisation de campagnes APTC : sensibilisation, certification « fin de défécation à air libre (FDAL) », suivi post FDAL, en vue de l'atteinte de l'état FDAL et de sa pérennité.</p>
<i>Résultat 2.2 : Les populations de la zone du programme ont un accès durable à l'assainissement hygiénique et utilisent des infrastructures d'assainissement améliorées</i>	<p>2.2.1 Réalisation de latrines familiales améliorées, qui respectent les normes techniques en vigueur, en particulier en ce qui concerne les couvertures des latrines, et puisse être considérées comme des infrastructures d'assainissement amélioré dans le cadre de l'atteinte de l'objectif 7c des OMD.</p> <p>2.2.2 Appui institutionnel pour accompagner la mise en œuvre de la politique sectorielle d'assainissement.</p>

La réussite du programme repose notamment sur l'hypothèse du maintien de l'engagement politique effectif de l'État, principalement au niveau de la professionnalisation de la gestion des ouvrages d'hydraulique rurale, et de l'existence et application d'un cadre institutionnel clarifiant et précisant les responsabilités en matière de maîtrise d'ouvrage. A cet effet, il est également prévu un appui à la gouvernance locale et au niveau institutionnel, qui ambitionnent, via la mise en place d'une assistance technique spécifique, d'atteindre les résultats suivants :

- Résultats liés à la composante « appui institutionnel volet hydraulique » :
 - **R1** : Une politique sectorielle, prenant en compte les préoccupations des parties prenantes au secteur de l'eau potable, est définie et mise en œuvre ;
 - **R2** : Une analyse institutionnelle, financière et budgétaire de la maîtrise d'ouvrage des infrastructures d'eau potable en milieu rural est menée pour accompagner les autorités ivoiriennes dans le processus de déconcentration et de décentralisation ;
 - **R3** : Une stratégie portant sur la gestion et l'entretien des infrastructures d'alimentation en eau potable en milieu rural est développée à l'échelle nationale et effectivement mise en œuvre dans la zone du programme.
- Résultats liés à la composante « appui institutionnel volet assainissement » :
 - **R1** : Un cadre cohérent (plan d'actions, plan d'investissement, stratégie de mobilisation des ressources, responsabilité des acteurs) de mise en œuvre de la Politique d'assainissement du Gouvernement est élaboré et exécuté ;
 - **R2** : Une analyse institutionnelle, financière et budgétaire de la maîtrise d'ouvrage des infrastructures d'assainissement est menée pour accompagner les autorités ivoiriennes dans le processus de déconcentration et de décentralisation.

Le PHAM a mobilisé les parties prenantes suivantes :

Tableau 3 : Parties prenantes du PHAM

Parties prenantes	Place et rôle tenus dans le projet
Ministère de l'Économie et des Finances, Ordonnateur du FED, Cellule de coordination de la Côte d'Ivoire / UE	<ul style="list-style-type: none"> • Contribution au financement • Gestion de la Convention de financement (subvention de l'UE)

Parties prenantes	Place et rôle tenus dans le projet
UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> • Contribution au financement (Convention de contribution signée avec l'UE) • Mise en œuvre des infrastructures d'assainissement
KFW	<ul style="list-style-type: none"> • Contribution au financement (Convention de délégation signée avec l'UE) • Chargée de la mise en œuvre des travaux d'hydraulique rurale • Etudes APD d'une part importante de la composante hydraulique • Mise à disposition d'une équipe d'AT auprès de l'ONEP
Structures en charge de l'alimentation en eau potable des populations rurales : DGIHH, ONEP ⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficiaires des actions de renforcement de leur autonomie et capacité : développement de la politique de professionnalisation du sous-secteur, appui à la maîtrise d'ouvrage pour la contractualisation d'opérateurs privés chargés de l'entretien et de la gestion des infrastructures
Districts et Régions de la Zone d'Intervention du Programme (ZIP)	
Structures en charge de l'assainissement en milieu rural DAD (puis DAR), ONAD ⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficiaires des actions de renforcement de leur autonomie et capacité : • Appui institutionnel pour la mise en œuvre de la politique sectorielle d'assainissement • Formation des agents de l'état en charge de la mise en œuvre de l'approche ATPC
Districts et Régions de la Zone d'Intervention du Programme (ZIP)	
Opérateurs économiques : Opérateurs privés assurant le service de l'eau Entreprises chargées des travaux de forage et de génie civil Fournisseurs d'équipement	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisés dans le cadre de gestion déléguée • Mobilisés dans le cadre des marchés passés pour les travaux / infrastructures • Mobilisés dans le cadre de la maintenance des installations
Organisations internationales et ONG	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisées les actions de sensibilisation / hygiène et assainissement (ingénierie sociale) pour le changement de comportement des populations sur le long terme • Bénéficiaires de formation (animateurs) à la mise en œuvre de l'approche ATPC
Populations de la zone du programme Collectivités villageoises	<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficiaires des installations et services mis en place et/ou améliorés • Assurera un rôle essentiel dans la gestion traditionnelle des équilibres sociaux : gestion de l'épargne, contrôle des résultats d'activité des opérateurs du service de l'eau, organisation et collecte des fonds nécessaires à la maintenance des installations.

⁷ Sous la tutelle du Ministère des Infrastructures économiques au moment du projet, sous celle du Ministère de l'Hydraulique depuis sa création en juillet 2018

⁸ Sous la tutelle du Ministère de la Construction de l'Assainissement et de l'Urbanisme au moment du démarrage du projet, puis du Ministère de l'Assainissement et de la Salubrité

4 BUT DE L'ÉVALUATION

La présente évaluation a pour but d'aider à mieux positionner la réponse à l'assainissement rural et surtout rendre effectif la redevabilité et l'apprentissage organisationnel dans le domaine de l'assainissement et des bonnes pratiques d'hygiène en Côte d'Ivoire. Autrement dit, cette évaluation sommative a deux principaux buts : la redevabilité et l'apprentissage organisationnel dans le domaine de l'assainissement et de l'Hygiène :

- En termes de redevabilité, l'évaluation permettra de rendre compte des résultats obtenus par le PHAM vis-à-vis non seulement du donateur (Union européenne) (redevabilité horizontale), mais aussi des populations censées bénéficier de leur mise en œuvre (redevabilité verticale);
- En termes d'apprentissage organisationnel, l'objectif de cette évaluation est de documenter les bonnes pratiques et les leçons tirées de la mise en œuvre du programme afin d'informer la prise de décision sur l'extension des différentes approches adoptées lors de la mise en œuvre et de formuler de nouvelles stratégies (ou d'améliorer les stratégies existantes) de l'approche de l'assainissement rural dans les prochains cycles de coopération de l'UNICEF.

Utilisateurs et utilisation de cette évaluation

Les conclusions de cette évaluation seront partagées avec les services de l'UNICEF, les ministères techniques, les autorités territoriales, l'Union Européenne et enfin, avec les partenaires d'exécution (ONG) (Table 4).

Tableau 4 : Aperçu des utilisateurs et des utilisations escomptées de l'évaluation

Utilisateurs de l'évaluation	Utilisations escomptées de l'évaluation
Programme Eau, Hygiène et Assainissement du Bureau de pays de l'UNICEF en Côte d'Ivoire	Élaborer la note de stratégie du programme pour le prochain cycle de programmation (2021-2025). Alimenter les réflexions sur la stratégie d'extension de l'approche ATPC à d'autres localités du milieu rural de la Côte d'Ivoire. Développer des outils de plaidoyer en faveur de l'accès durable des communautés rurales à l'assainissement et de la promotion des approches ATPC.
Programmes Survie et Développement de l'Enfant (CSD), Communication pour le Développement (C4D) et Planification, Suivi et Evaluation (PME) de l'UNICEF en Côte d'Ivoire	Incorporer les meilleures pratiques et s'appuyer sur les enseignements tirés pour améliorer les performances des interventions futures dans le domaine de l'assainissement. Alimenter les réflexions stratégiques sur le positionnement de l'approche ATPC dans les politiques nationales d'assainissement. Renforcer le plaidoyer de haut niveau et la mobilisation des ressources auprès des bailleurs dans le domaine de la mise à échelle de l'approche ATPC.
Autorités sanitaires aux niveaux national et déconcentré (du Ministère en charge de l'Assainissement)	Prendre des décisions et élaborer des orientations stratégiques pour l'élimination de la pratique de la défécation à l'air libre (DAL), y compris l'allocation de ressources humaines, matérielles et financières sur la base des preuves générées par l'évaluation.
Autorités territoriales, (les conseils départementaux et communaux, CDS/CVS)	Ajuster et optimiser le mécanisme de suivi du programme national d'élimination de la défécation à l'air libre sur la base des leçons tirées de l'évaluation.
Donateur (Union européenne)	Influencer la conception et l'extension futures des programmes ATPC et Informer l'allocation des ressources financières pour l'ATPC dans un proche avenir.
ONG partenaires et autres organisations de la société civile	Guider la réflexion en s'appuyant sur les preuves générées par l'évaluation pour améliorer les performances de la mise en œuvre des programmes / interventions en matière d'assainissement. Développer de nouvelles stratégies d'intervention ; Se familiariser avec les approches estimées comme performantes par l'évaluation et les introduire plus systématiquement dans leurs opérations. Bâtir sur des leçons apprises lors de l'évaluation pour renforcer leur stratégie de plaidoyer auprès des partenaires techniques, administrations territoriales et déconcentrées

Source : travaux de l'équipe d'évaluation 2020

5 OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Cette évaluation sommative vise, en sus des deux objectifs principaux que sont la redevabilité et l'apprentissage organisationnels dans le domaine de l'assainissement et de l'Hygiène, les cinq objectifs spécifiques suivants :

- Documenter les réalisations et les défis de la composante assainissement du programme PHAM ;
- Identifier les leçons apprises aux niveaux stratégique et opérationnel ;
- Documenter les bonnes pratiques pour éliminer la défécation à l'air libre ;
- Formuler des recommandations pour la consolidation des gains de l'approche ATPC ainsi que pour la mise à l'échelle des meilleures pratiques ;
- Contribuer au renforcement des capacités nationales d'évaluation.

L'évaluation du degré de conformité du programme à la politique et aux directives de l'UNICEF sur la prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PSEA) fait également partie de l'exercice. La revue documentaire ainsi que les discussions de groupe et les entretiens sémi-structurés ont permis de rendre compte des articulations significatives de cette dernière partie des objectifs de l'évaluation.

6 PORTEE DE L'ÉVALUATION

La portée de l'évaluation a été structurée en portées thématique, géographique et chronologique.

6.1 Portée thématique

L'évaluation a porté sur le volet assainissement du programme PHAM en Côte d'Ivoire. Cette évaluation a couvert le paquet d'interventions mis en œuvre dans le cadre du programme PHAM, volet assainissement incluant :

- La demande, l'offre et la qualité des activités visant à éliminer les pratiques de la défécation à l'air libre dans les communautés cibles ;
- L'offre, la qualité, l'utilisation et la durabilité des services offerts en matière d'hygiène à travers le lavage des mains et d'assainissement à travers la construction des latrines par les ménages ;
- L'offre, la qualité et le passage des latrines traditionnelles aux latrines améliorées notamment à travers l'utilisation des matériaux durable et de qualité ;
- L'offre, la qualité et l'utilisation des sous-produits d'assainissement comme fertilisants agronomiques par les paysans.

Les mécanismes de gestion et de coordination, notamment, l'adhésion, la participation et la conformité du projet aux besoins des communautés, à travers les services centraux et déconcentrés du ministère de la salubrité et du développement durable (DAD) ainsi que le soutien de l'UNICEF, des autorités locales, à la mise en œuvre, au suivi, supervision, évaluation et visibilité des interventions du projet.

6.2 Portée géographique

L'évaluation porte sur l'analyse de la mise en œuvre du programme dans les 1 650 villages d'intervention situés dans les régions de CAVALLY, GBÔKLÉ, GUÉMON, HAUT-SASSANDRA, NAWA, MARAHOUÉ, SAN PEDRO et TONKPI. La collecte de données primaire prévue dans le cadre de l'évaluation a couvert un échantillon des localités couvert par les 8 régions. Les critères de choix de l'échantillon ont été définis en accord avec les équipes de l'UNICEF et de la DAR.

6.3 Portée chronologique

L'évaluation a couvert les activités de programme mises en œuvre entre mars 2013 et août 2018 dans les villages ciblés.

7 CRITERES ET QUESTIONS DE L'ÉVALUATION

7.1 Critères d'évaluation

Le cadre analytique de l'évaluation repose sur cinq critères : quatre (04) critères de l'OCDE/CAD (Pertinence, Efficacité, Efficience, Durabilité) et un critère additionnel concernant les Droits humains, le genre et l'équité. Le critère d'impact n'est pas appréhendé en raison de la faible disponibilité de données empiriques sur les populations bénéficiaires et d'informations sur les changements de comportements engendrés par la mise en œuvre du projet au sein des sociétés ciblées par le projet.

7.2 Questions évaluatives

Les 42 questions de l'évaluation sont regroupées ci-dessous par critère d'évaluation :

7.2.1 Pertinence

1. Dans quelle mesure les besoins différents des hommes et des femmes et les besoins spécifiques des enfants (filles et garçons, personnes handicapées, personnes âgées, ménages marginalisés) ont-ils été identifiés lors de la conception des deux programmes ? Quels étaient ces besoins ?
2. Dans quelle mesure le PHAM à (volet assainissement) t-ils répondu à ces besoins identifiés avant le début des activités sur le terrain ?
3. Dans quelle mesure la capacité des communautés à soutenir la construction de latrines a-t-elle été prise en compte dans la conception du programme ?
4. Dans quelle mesure les stratégies d'intervention du programme étaient-elles appropriées pour promouvoir une prise de conscience collective de la nécessité de mettre fin à la Défécation à l'Air Libre (DAL) ?
5. La conception du programme PHAM était-elle adéquate pour atteindre les résultats escomptés - extrants, résultats et impact ? comment ? si non pourquoi ?
6. Le cadre logique et les processus d'exécution du programme étaient-ils adéquats pour mesurer ses produits, ses effets et son impact ? comment ?
7. Les résultats attendus étaient-ils clairement énoncés et mesurables au moyen d'indicateurs identifiables ?
8. Dans quelle mesure les interventions du programme PHAM étaient-elles adaptées à l'âge et au sexe ?
9. Le programme a-t-il été conforme aux priorités nationales dans sa conception et dans sa mise en œuvre ?
10. Peut-on dire que les interventions du programme ont été inclusives ou ont favorisé la prise en compte des catégories couches sociales ? Pourquoi ? (Conformité avec les besoins des populations) ?
11. Quel est le niveau d'appréciation de la FDAL dans votre localité ? comment et pourquoi ?

7.2.2 Efficacité

1. Dans quelle mesure les résultats escomptés du programme PHAM ont-ils été atteints ?
2. Dans quelle mesure la répartition des rôles et des responsabilités entre les principaux intervenants de la mise en œuvre était-elle appropriée pour l'atteinte des résultats attendus ?
3. Comment les indicateurs clés de l'assainissement évoluent-ils dans les districts ciblés par rapport à la situation de référence ?
4. Quels sont les effets induits attendus et inattendus en termes d'amélioration de la santé et d'assainissement (PHAM) parmi les femmes, les enfants et les communautés ciblées ?
5. Quels facteurs internes à l'UNICEF (notamment les mécanismes de suivi et d'évaluation du programme, le niveau de participation et d'appropriation des principaux acteurs, la qualité de la prestation des services et la demande de services dans un souci d'équité et d'égalité des sexes) ont facilité ou entravé la réalisation des résultats attendus ? Quels sont les facteurs les plus importants ?
6. Quels facteurs externes à l'UNICEF (obstacles politiques, d'urgence ou socioculturels, par exemple) ont facilité ou entravé la réalisation des résultats escomptés ? Quels sont les facteurs les plus importants ?
7. Dans quelle mesure le programme a-t-il permis d'améliorer l'accès à l'assainissement et les conditions d'hygiène individuelle et collective dans les zones d'intervention ?
8. En quoi le programme a-t-il contribué au changement de comportements en matière d'assainissement et d'hygiène individuelle et collective au sein des communautés ciblées ?

9. Quelles sont les forces et faiblesses dans la mise en œuvre de l'approche ATPC notamment en ce qui concerne : (i) le contexte spécifique des villages ciblés (socio-culturel, économique, environnement physique...) ; (ii) les mécanismes de coordination et de suivi du programme ainsi que la participation des principales parties prenantes (iii) la demande et à l'utilisation adéquate des toilettes ; (iv) l'offre de services d'assainissement au sein des communautés ciblées ; (v) la prise en compte des besoins différenciés des hommes et des femmes, des besoins spécifiques des enfants et de la situation particulière des groupes vulnérables (familles démunies, personnes âgées, personnes en situation de handicap)?
10. Quels sont les effets induits (attendus et inattendus) de la mise en œuvre de l'ATPC notamment en ce qui concerne : (i) le transfert de compétences dans le domaine de la construction ; (ii) le renforcement des dynamiques communautaires en faveur de l'amélioration du cadre de vie et des conditions de vie ; (iii) la contribution aux résultats nationaux en matière de réduction de la pratique de la défécation à l'air libre ?
11. Quels progrès ont été réalisés dans votre localité par le programme PHAM, dans le passage DAL au FDAL ?

7.2.3 Efficience

1. Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et matérielles ont-elles été utilisées ? – adéquate (en quantité) ? - suffisante (en qualité) et - distribuée / déployée en temps opportun pour la mise en œuvre du programme ?
2. Quel est le coût du programme par bénéficiaire ?
3. Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles occasionné la duplication des interventions ou un chevauchement avec des interventions similaires financées par d'autres organismes ?
4. Quelles sont les principales différences entre les stratégies d'élimination de la défécation en plein air adoptées par les partenaires de mise en œuvre (ONG) et laquelle d'entre elles a été la plus efficace en termes de rentabilité ?
5. Dans quelle mesure les mécanismes de gestion et de coordination du programme ont-ils rationalisé l'utilisation des ressources pour l'élimination de la défécation en plein air ?
6. Quels peuvent être les enseignements tirés du programme ?

7.2.4 Durabilité

1. Dans quelle mesure le programme a-t-il identifié et développé les capacités, structures et mécanismes nationaux et locaux existants de la société civile et du gouvernement ?
2. Dans quelle mesure les réalisations du programme ont-elles été soutenues et, pour les plus récentes, comment seront-elles soutenues lorsque le soutien extérieur prendra fin ?
3. Comment les parties prenantes peuvent-elles s'assurer que les résultats du programme sont durables ?
4. Quels nouveaux mécanismes ou capacités ont été mis en place ou restaurés au niveau national, des districts ou des communautés ?
5. Dans quelle mesure ces capacités et compétences sont-elles activement utilisées et quelles sont les indications de durabilité ?
6. Quelles sont les principales forces et les principaux défis en ce qui concerne la durabilité des réalisations du programme aux niveaux communautaire et institutionnel ?
7. Dans quelle mesure des mécanismes fonctionnels ont été mis en place et opérationnalisés au sein des communautés ciblées pour (i) maintenir le statut d'abandon de la défécation à l'air libre dans les localités ciblées et (ii) assurer la pérennité des acquis du programme en général ?
8. Dans quelle mesure l'ATPC développée dans le cadre de la mise en œuvre du PHAM a-t-elle permis aux hommes, aux femmes, aux jeunes et aux communautés des localités ciblées de s'approprier des changements de comportements préconisés dans les domaines de l'Hygiène et l'assainissement ?
9. Quelles sont les conditions requises pour le passage à l'échelle de l'approche pour la fin de la défécation à l'air libre et l'amélioration de l'accès au service d'assainissement amélioré ?
10. Avez-vous constaté des difficultés qui pourront être des contraintes majeures pour la poursuite des activités ou la pérennité de l'action ? Lesquelles ? Selon vous comment peut-on anticiper ou résoudre ces problèmes ?

7.2.5 Prise en compte des droits humains, du genre et de l'équité

1. Dans quelle mesure le programme a-t-il été conçu en tenant compte des questions de genre, d'équité et de droits de l'homme, notamment de la situation particulière des ménages vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, ménages très pauvres) ?
2. Dans quelle mesure les femmes, les enfants, les personnes handicapées, les personnes âgées, les ménages dirigés par des enfants et des femmes, ainsi que les communautés vulnérables/marginalisées ont-elles bénéficié des interventions du programme et d'une réduction des obstacles les empêchant d'avoir accès aux services ?
3. Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles répondu aux questions de genre, d'âge et de différences socio-économiques entre et au sein des groupes de population dans les zones cibles ?
4. Comment les différentes inégalités ont-elles évolué au cours de la durée de vie du programme ? Quelle est la contribution du programme à ces changements ? Dans quelle mesure les disparités dans l'accès des zones urbaines et rurales à l'assainissement ont-elles été affectées ?

Toutes les étapes de la mission d'évaluation du programme PHAM ont été menées en conformité avec les critères d'évaluation ci-dessus. Pour traiter chaque question d'évaluation, l'information pertinente est organisée en critère et pour chaque critère en indicateur. Chaque indicateur, relevant de différents niveaux : intervention, sectoriel est associé à une ou plusieurs sources d'information. Les questions d'évaluation, critères et indicateurs constituant le cadre d'évaluation ont été défini sur base de la documentation du projet et des Termes de Référence. D'un autre point de vue, le processus d'évaluation a analysé en détail la conception du projet PHAM, sa stratégie, son reporting, son système de suivi-évaluation, la relation avec les partenaires et l'utilisation économique et optimale des ressources. Elle a abordé explicitement l'ancrage institutionnel et les mécanismes de coordination du projet et son fonctionnement. Cette structure d'évaluation finale est présentée dans la matrice d'évaluation jointe à l'annexe 2 du présent rapport. Dans cette matrice, sont identifiées et présentées, les méthodes de collecte et les sources d'information mobilisées pour renseigner les indicateurs.

8 METHODOLOGIE

8.1 Approche méthodologique

L'approche méthodologique de cette mission est celle utilisée dans le cadre de l'évaluation ex-post des programmes. Il s'agit d'une part, de l'appréciation de l'atteinte des objectifs du programme à partir des indicateurs de réalisation en usant des sources de vérification et, de l'appréciation de la pérennisation des acquis et/ou effets directs et indirects du programme, d'autre part. **Cela signifie que la mission a été basée sur une approche exploratoire, analytique et participative.** L'évaluation du volet assainissement du programme PHAM, est essentiellement basée sur l'approche qualitative avec une grande diversité de méthodes, d'outils et de techniques pour la collecte et l'analyse des données.

Avant de conduire la mission d'évaluation, les membres clés de l'équipe d'évaluation ont visité les bureaux de l'UNICEF et ont participé à la réunion de lancement. La réunion de lancement a été l'occasion de partager des informations contextuelles sur le programme et sa mise en œuvre, de discuter des enjeux de l'évaluation et des rôles et responsabilités des membres de l'équipe d'évaluation, des livrables et des conditions de gestion de l'évaluation. Une série de réunions individuelles avec le personnel et les membres du conseil d'administration concernés a également été organisée afin de se mettre d'accord sur les attentes et les thèmes sur lesquels l'évaluation devrait se concentrer. En outre, les données et documents disponibles ont été identifiés et obtenus, et les visites terrain ont été programmées et organisées de commun accord. A cet effet, l'équipe d'évaluation a organisé une visite exploratoire dans deux régions du programme, Marahoué (Bouaflé) et Haut Sassandra (Daloa). Cette visite exploratoire a eu lieu du 08 au 10 décembre 2019.

C'est sur cette base que le rapport de démarrage a été développé, ce qui a permis de valider les questions d'évaluation et d'affiner leur formulation, de développer la matrice d'évaluation et de définir de manière consensuelle l'approche et les outils et méthodes d'évaluation. A cet effet, le processus d'évaluation a pris en compte les différentes contributions du Groupe de Référence (GRE) de la Côte d'Ivoire, constitué de l'UNICEF et des membres du RISE et de ZiEval, ainsi que des bureaux régional et national d'UNICEF.

8.2 Méthodes et outils de collecte des données

L'évaluation a employé des méthodes principalement qualitatives et participatives, enrichies par une analyse documentaire. Ce sont les interrelations entre les éléments du cadre d'évaluation que l'approche qualitative à visée compréhensive permet de cerner et d'expliquer avec un processus rigoureux des questions et des analyses structurées. Celles-ci ont fourni des renseignements crédibles et utiles fondés sur des données probantes qui permettront l'intégration de ses conclusions, recommandations et leçons apprises dans les processus décisionnels de l'UNICEF et de ses parties prenantes.

8.2.1 Revue documentaire

La revue documentaire a consisté à collecter tous les documents et supports qui contiennent des données secondaires ainsi que les informations et les analyses nécessaires pour l'évaluation. A cet effet, l'équipe d'évaluation a organisé l'examen des documents, l'analyse des données et l'analyse du portefeuille. Cela a commencé par l'analyse de la base de données centrale de l'UNICEF/bureaux de pays et d'autres documents en tant que sources secondaires, notamment et de façon non exhaustive :

- Les documents descriptifs des programmes ;
- Les études primaires qui permettent de caractériser la nature de l'assainissement ;
- Les études qui modèlent l'impact et les leçons apprises des activités des projets des organismes internationaux ;
- La liste des districts, régions, départements, sous-préfectures et villages/localités bénéficiaires du programme ;
- Les rapports officiels, publiés ou non, émanant des institutions nationales ou des ONG actives dans le domaine de WASH et de l'assainissement. Plus particulièrement les

rapports d'Unicef, les études exploratoires des ONG internationales telles que IRC, CROIX ROUGE, ASAPSSU, SAVE THE CHILDREN, ont été considérés ;

- Cette revue systématique a été renforcée par l'exploitation de bases de données existantes. De façon spécifique, les enquêtes sur le Niveau de Vie des populations (ENV), les RASS 2016, 2017, etc. ; ont été exploitées ;
- Des rapports d'activités périodiques de suivi des différentes phases de la mise en œuvre du programme ;
- Le rapport d'achèvement des phases du programme sur la responsabilisation et l'apprentissage organisationnel dans le domaine de l'assainissement ;
- Les rapports de suivi, la supervision et l'évaluation des 3 phases de mise en œuvre du programme ;
- Les comptes rendus des réunions des comités de pilotage et de suivi technique ;
- Les conventions établies dans le cadre des programmes ;
- Les documents de stratégie des pays de l'UNICEF et d'autres partenaires impliqués dans le secteur de l'assainissement et de l'Hygiène ;
- Les rapports nationaux sur les pratiques d'hygiène et d'assainissement en milieu rural ;
- Les articles et publications de presse, etc.

La liste indicative des principaux documents collectés et consultés est jointe en annexe 7. Comme il a été indiqué plus haut, la revue documentaire a été guidée par les questions et les sous questions évaluatives.

8.2.2 Entretiens semi-structurés

Les entretiens individuels ont été menés à deux niveaux précisément au niveau central et au niveau régional. Ces entretiens ont été structurés autour des thématiques en rapport avec les critères d'évaluation (pertinence, efficacité, efficience, durabilité, genre et droit de l'homme).

Au niveau central, les entretiens individuels se sont déroulés à Abidjan et ont permis de rencontrer les responsables de l'UNICEF, notamment l'équipe WASH, et les partenaires & structures d'exécution et la partie étatique (Ministères technique et services déconcentrés). Les entretiens au niveau régional ont mobilisé les CDS et les leaders naturels, des autorités administratives et des leaders communautaires. Les visites dans les régions et villages ont eu pour but de vérifier l'implication des communautés et autorités locales dans la mise en œuvre du projet et de vérifier les changements induits par les interventions collectives de l'Unicef.

8.2.3 Discussion de Groupe

Les discussions de groupe ont été plus participatives à travers des échanges directs avec quatre (4) différentes catégories sociales, à savoir :

- Chef et les aînés ;
- Les leaders des groupes des femmes et des jeunes ;
- Les enfants (scolarisés ou non) ;
- Le groupe des moins valides.

Chaque DDG a été organisée avec au maximum 8 personnes pour faciliter les discussions et l'analyse des données des entretiens de groupe. Lors des échanges, chaque participant avait un numéro d'identification afin que l'identité des personnes ne soit pas dévoilée.

Quant aux localités « témoins », les échanges ont concerné une comparaison sur les mécanismes communautaires d'appropriation du programme dans les différentes localités. Le tableau ci-dessous résume le nombre total des bénéficiaires rencontrés par région d'enquête.

S'agissant des entretiens individuels et groupes de discussion, la méthode d'échantillonnage non-probabiliste raisonnée a été utilisée pour construire un échantillon d'informateurs clés constitué du personnel de l'UNICEF en charge de la gestion du programme WASH, des membres des différents CDS, des institutions Étatiques (Ministères technique et services déconcentrés) en lien avec le programme et les ONG de mise en œuvre. Les leaders naturels et les bénéficiaires des interventions ont tous été ciblés pour la construction de l'échantillon des personnes à interviewer.

8.2.3 Observation directe

L'observation directe a été faite lors des visites de terrain notamment dans les localités d'intervention retenues pour les investigations. Elle a permis d'observer ou de vérifier l'effectivité des réalisations dans les différentes communautés et des améliorations induites par les interventions collectives du programme PHAM par l'UNICEF. Elle a également permis d'apprécier les stratégies endogènes développées par les communautés pour assurer la durabilité des acquis du programme. En somme l'observation /a permis de compléter les données obtenues par les entretiens individuels et les discussions de groupe. La grille d'observations terrain qui concerne l'état de salubrité du village, la situation FDAL, la qualité et l'état de fonctionnement des latrines institutionnelles et familiales et des dispositifs de lavage des mains est présentée en annexe 9.

Pour la collecte des données primaires, essentiellement qualitatives, trois (3) types d'outils ont été élaborés. Il s'agit de :

1. Guide d'entretiens individuels adressés aux responsables de l'UNICEF, les CDS, les partenaires au développement (Ministères technique et services déconcentrés), de la société civile (ONG), les leaders naturels & communautaires ;
2. Guide de Discussion de Groupe (DDG) destinés aux :
 - Chef et les aînés ;
 - Leaders des groupes des femmes et des jeunes ;
 - Enfants (scolarisés ou non) ;
 - Groupe des moins valides.
3. Grille d'observation pour orienter les observations sur le terrain (installations de lavage des mains, latrines).

Tableau 5 : Synthèse des entretiens et discussions de groupe réalisés (par département)

Région	Département	Entretien individuels		Participant Focus Group		Nombre FGD	Zone témoin	
		Homme	Femme	Homme	Femme		Homme	Femme
SAN-PEDRO	SAN-PEDRO	20	27	3	4	1	4	2
NAWA	SOUBRE	28	20	12	10	5	4	6
CAVALLY	GUIGLO	22	21	12	12	2	5	4
GUEMON	DUEKOUÉ	35	32	15	17	6	8	7
TONKPI	MAN	31	20	0	0	0	5	6
HAUT-SASSANDRA	DALOA	31	21	7	9	3	4	4
MARAHOUÉ	BOUAFLE	20	16	0	0	0	5	4
ABIDJAN	ABIDJAN	5	4	0	0	0	0	0
Total		192	161	49	52	17	35	33

Source : Données des enquêtes de terrain

Finalement, au cours de cet exercice, la mission a organisé 17 Discussions de groupe avec 101 participants et 353 entretiens individuels (dont 9 entretiens individuels sur les 12 programmés à Abidjan). Dans les zones témoins la mission a obtenue 68 entretiens. Ce qui porte le total des entretiens individuels (EI) à 421 et 17 focus group (FGD) sur l'ensemble de l'univers d'enquête (zones témoins & bénéficiaires du programme). Dans l'ensemble, toutes les questions ont porté sur les critères d'évaluation identiques (pertinence, efficience, efficacité et durabilité).

8.3 Stratégie d'échantillonnage

Le cadre de l'évaluation PHAM en Côte d'Ivoire est largement basé sur la liste des bénéficiaires ciblés dans les zones du programme, à savoir les 750 000 bénéficiaires ciblés de 1 650 villages des 8 régions de CAVALLY, GBOKLE, GUEMON, HAUT-SASSANDRA, NAWA, MARAHOUÉ, SAN PEDRO ET TONKPI, qui se trouvent dans l'Ouest

et le Sud-Ouest du pays. Ainsi, pour la construction de l'échantillon nous avons réalisé un sondage à deux degrés. Le premier est relatif au choix des départements et le dernier, lié au taux de choix des villages/localités. Sur la base donc de l'approche qualitative mobilisé pour l'évaluation et eu égard à la proximité des réalités socio-culturelles et à l'accès géographique des régions, nous avons préféré retenir sept (7) régions sur les huit (8) des trois (3) districts⁹ ciblés par PHAM. Les entretiens se sont déroulés dans chacune des sept (7) régions retenues afin de capter les réalités de chaque région en lien avec le programme PHAM. Le choix des départements a été basé sur cinq (5) critères spécifiques qui sont :

1. L'hétérogénéité socio-culturelle (nous avons préférés retenir les départements qui ne sont pas homogène du point de vue pratique culturelle) ;
2. L'environnement sécuritaire (avec l'approche des joutes électorales, nous avons préféré retenir les zones à accès faciles et susceptibles de procurer une certaine sécurité aux agents en cas d'éventuel tension sociale, l'ouest de la Côte d'Ivoire étant une zone conflictuelle ;
3. Le troisième critère repose sur le taux de réussite FDAL. C'est-à-dire nous avons préféré retenir, sur la base des documents de l'équipe d'évaluation UNICEF, les localités à fortes et faibles performances FDAL. Annexe 8) ;
4. Le quatrième critère est l'accessibilité géographique. Eu égard à la situation sécuritaire du moment (année électorale) nous avons préféré retenir les départements accessibles ;
5. L'approche de mise en œuvre de l'ATPC (qui a été différente pour l'ONG EAA comparée à celle d'IRC et CRF).

Tableau 6 : départements retenus pour l'enquête

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS (% FDAL)	DÉPARTEMENTS retenues
SAN-PEDRO	SAN PEDRO (58%), TABOU (66%)	SAN PEDRO
NAWA	MEAGUI (28%), SOUBRÉ (9%)	SOUBRÉ
CAVALLY	BLOLÉQUIN (30%), TAÏ (48%), TOULEPLEU (45%), GUIGLO (47%)	GUIGLO
GUEMON	BANGOLO (65%), DUÉKOUÉ (63%), FACOBLI (20%), KOUIBLY (39%)	DUÉKOUÉ
TONKPI	MAN (81%), BIANKOUMA (33%), DANANÉ (73%), SIPILOU (50%), ZOUAN HOUNIEN (48%)	MAN
HAUT-SASSANDRA	DALOA (49%), ISSIA (59%), ZOUKOUGBEU (70%)	DALOA
MARAHOUÉ	BOUAFLÉ (40%), SINFRA (53%), ZUÉNOULA (36%)	BOUAFLÉ

Source : travaux de l'équipe d'évaluation 2020

Pour le second degré correspondant au choix des villages, la présente évaluation s'est axée sur une approche principalement qualitative. Ainsi, pour le choix des villages nous avons opté pour un quota fixe. Ce taux est de l'ordre de 5 villages PHAM par département ou strate. C'est-à-dire que dans chaque strate choisie (département), nous avons retenu au 1^{er} degré l'agglomération (chef-lieu) et cinq (5) villages environnants pour

⁹ L'ensemble des District du BAS SASSANDRA, MONTAGNES, SASSANDRA et MARAHOUÉ sont situés à l'ouest et au sud-ouest de la Côte d'Ivoire où la majorité d'entre eux ont une frontière commune avec le Libéria. Dans l'ensemble, la situation sécuritaire est marquée par une forte pression foncière et les tensions interethniques ; tensions exacerbées par les conflits sociaux politique, de chefferie et la proximité avec le Libéria. L'impact des conflits armés dans la sous-région a été l'un des catalyseurs de la crise politique qu'a connu le pays. Le réseau hydrographique de ces districts est l'un des plus denses du pays, avec la présence du fleuve Sassandra et de trois (3) barrages : Buyo, Soubré et Fay. Les sols à caractère ferrallitique, sont propices aux cultures pérennes (café, cacao, hévéa, palmier à huile, coco, etc.). L'économie du département repose essentiellement sur l'agriculture qui occupe plus de 60% de la population. L'hévéa, le palmier à huile, le coco constituent aujourd'hui les leviers autour desquels se déroulent toutes les activités agraires. Au niveau de l'éducation, selon la littérature, dans l'ensemble, le taux de scolarisation demeurait encore bas. En somme, l'accès aux services sociaux de base (éducation, surtout primaire, santé, eau potable, assainissement) reste encore faible.

la collecte des données. Un (1) village témoin (c'est-à-dire un village où le projet n'a pas eu lieu) a été enquêté dans chaque département. En sus du chef-lieu de département ce sont au total 42 villages qui ont été tirés et utilisés pour la collecte des données. Les villages ont été sélectionnés sur la base de trois critères :

1. la taille du village, il s'agit du poids démographique du village ;
2. le niveau de dotation du village en infrastructure et/ou le niveau des activités économiques du village ;
3. le poids des villages en termes de taux de réussite FDAL. De tout ce qui précède, sept (7) équipes constituées de 2 enquêteurs et un superviseur ont été constitués. Les agents collecteurs ont été recrutés dans les départements respectifs et déployés dans sept (7) grands Axes :

Axe 1 : Département de SAN PEDRO : ville de San Pedro + 5 villages PHAM et 1 village témoin ;

Axe 2 : Département de SOUBRE : ville de Soubré + 5 villages PHAM et 1 village témoin ;

Axe 3 : Département de GUIGLO : ville de Guiglo + 5 villages PHAM et 1 village témoin ;

Axe 4 : Département de DUEKOUÉ : ville de Duékoué + 5 villages PHAM et 1 village témoin ;

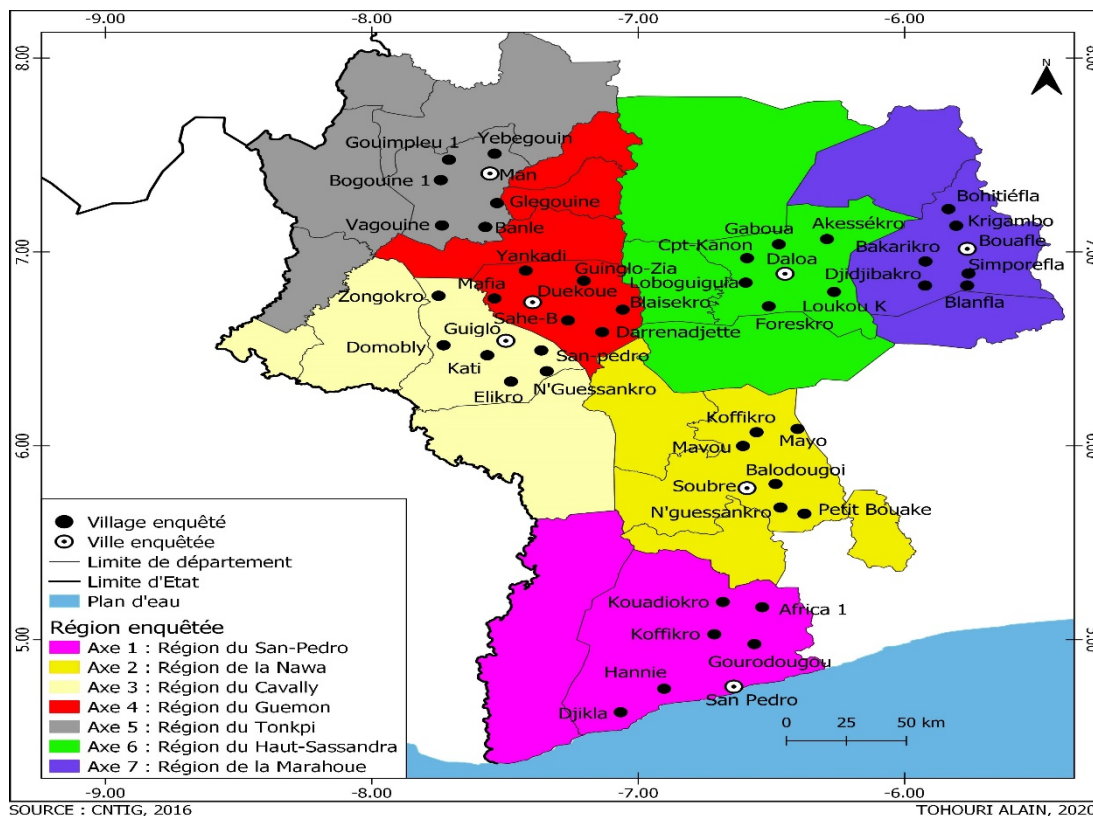
Axe 5 : Département de MAN : ville de Man + 5 villages PHAM et 1 village témoin ;

Axe 6 : Département de DALOA : ville de Daloa + 5 villages PHAM et 1 village témoin ;

Axe 7 : Département de BOUAFLE : ville de Bouaflé + 5 villages PHAM et 1 village témoin ;

Au total cela a donc représenté sept (7) axes qui représentent 7 départements (chefs-lieux), 35 villages PHAM et 7 villages témoins, soit un total de 42 villages et 7 agglomérations. Les villages ont été tirés de façon semi-aléatoire sur la base des critères susmentionnés. En Figure 1 ci-dessous sont présentées les différentes localités retenues pour l'évaluation.

Figure 1 : Univers des enquêtes de l'évaluation



Les informations sur la stratégie d'échantillonnage sont incluses dans le tableau récapitulatif ci-dessous (Tableau 7).

Tableau 7 : aperçu de la stratégie d'échantillonnage

Outils de collecte de données	Méthode d'échantillonnage	Nombre Total	Femmes	Hommes
Guide d'entretien : Entretien	Non-probabiliste / par		161	192

Outils de collecte de données	Méthode d'échantillonnage	Nombre Total	Femmes	Hommes
individuel avec les communautés (hommes, femmes, enfants), CDS, Leaders Naturel, structures de santé, école, autorités villageoises	choix raisonné	353		
Discussions de groupe avec les communautés	Non-probabiliste / par choix raisonné	17 groupes de 5 - 8 personnes chacun	52	49
Guide d'entretien : entretiens individuels avec les structures déconcentrées et décentralisé (DAD, DAR), Directions de la santé publique et environnementale, L'administration territoriale, Le groupe sectoriel eau, hygiène et assainissement, Unicef, UE	Non-probabiliste / par choix raisonné	9	4	5
Observation des installations de lavage de main et des latrines	Probabiliste/ aléatoire	339 dispositifs	Néant	Néant

Source : travaux de l'équipe d'évaluation 2020

8.4 Collecte, assurance qualité et analyse des données

8.4.1 Collecte des Données

La collecte des données sur le terrain a été effectuée par sept (7) équipes, chacune comprenant un superviseur, chef d'équipe et deux (2) agents effectivement chargés de réaliser les interviews. Les équipes se déplaçaient aux moyens des transports en communs. Au regard de certaines contraintes, tels que l'indisponibilité des acteurs (notamment des bénéficiaires directs et responsables des services techniques déconcentrés) et l'inaccessibilité de certaines localités), la date de fin de ce processus de collecte des données a été reportée au 18 juillet 2020 au lieu du 15 juillet 2020.

Cette phase de collecte de données qualitatives a été menée à travers des entretiens individuels, des focus groups et des observations (installations de lavage des mains, latrines). L'évaluation a respecté les directives éthiques pour l'évaluation définies par le Groupe des Nations Unies pour l'évaluation (GNUE) et auxquelles adhère l'UNICEF. Elle a notamment pris en compte les principes du respect des enquêtés, de leurs droits et liberté d'expression dans la collecte des données, la confidentialité et l'anonymat au cours du processus.

8.4.2 Assurance qualité des données

L'équipe de consultant a pratiqué des contrôles normés à toutes les étapes de l'étude pour assurer la fiabilité des résultats et l'homogénéité du recueil d'information. A cet effet, tous les enquêteurs ont signé un contrat de prestation contenant un code de conduite dans lequel ils s'engagent à respecter les procédures d'administration des entretiens, et à vérifier les données collectées. Le consultant national s'est rendu sur le terrain pendant la période de l'enquête afin de suivre les agents enquêteurs pour s'assurer que les entretiens étaient délivrés dans les règles de l'art. Les agents enquêteurs ont été tenus d'écouter 100% des entretiens afin de croiser les réponses avec le contenu du guide d'entretien, et de s'assurer du respect des consignes avant d'apposer leur visa qualitatif ; Une fois le visa apposé, les superviseurs sont co-responsables de la qualité des entretiens de leurs équipes. En vue de faciliter l'introduction des enquêteurs auprès des ménages, les autorités locales ont été mises à contribution annonçant la venue des enquêteurs par voie administrative. Les interviews ont été réalisées à l'aide d'un guide en format papier. Après une journée de travail, un débriefing regroupant les membres d'une

même équipe, était organisée pour faire le point des difficultés rencontrées, afin de trouver les solutions qui s'imposent. Ainsi, les problèmes dépassant le niveau local ont été remontés au niveau central (consultant national) pour y remédier. Toutefois, le consultant national a eu des séances de débriefing avec chaque équipe dans leurs zones d'intervention et a effectué des entretiens dans des villages selon un calendrier préétabli (voir Annexe 5).

8.4.3 Traitement et analyse des données

Les données collectées ont fait l'objet d'un traitement, puis d'une analyse de contenu.

A la suite de la collecte, les entretiens ont été traduits, transcrits et saisis à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (Word). L'analyse des données a été faite avec la méthode d'analyse de contenu à partir d'une grille ou de rubrique d'analyse prédéfinie.

La triangulation des informations (entre sources, méthodes et informations collectées sur le terrain) a été effectuée pour assurer leur qualité en termes de fiabilité et de validité. Les constats évaluatifs ont été effectués à partir de la triangulation des données recueillies. Cela a consisté à confronter les trois (3) sources de données (analyse documentaire, entretiens individuels et focus group). L'exploitation des données issues des entretiens a été organisé selon la méthode suivante :

- L'extraction pour chaque thème des informations clés tel qu'exprimée par les parties prenantes ;
- La hiérarchisation de ces informations en fonction de leur fréquence d'occurrence dans chaque type d'entrevue et dans l'ensemble ;
- La comparaison entre les sources d'information afin d'identifier les divergences et les convergences ;
- L'illustration des principales leçons et messages qui reflètent autant que possible la perception exprimée par les structures et les personnes rencontrées, les partenaires et les bénéficiaires potentiels de la mise en œuvre des actions du programme.

8.5 Considérations éthiques et principes de l'évaluation

Dans la conduite de cette évaluation sommative du projet PHAM, l'équipe d'évaluation a veillé à respecter et garantir les aspects d'éthique et de confidentialité suivant les procédures du Groupe des Nations Unies pour l'Évaluation (GNUE). Ainsi, l'évaluation a respecté la dignité, la diversité, les droits, la confidentialité et la prévention de la stigmatisation et autres formes de préjudices pour l'ensemble des personnes interviewées. L'équipe a aussi fait le nécessaire pour que les enfants ne soient pas lésés en raison de leur participation à la recherche, du début du projet jusqu'à son achèvement en mettant en œuvre les Principes Ethiques de Recherche Impliquant les Enfants (https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/ERIC-compendium-FR_LR.pdf). Toutes les personnes qui ont pris part aux entretiens ont donné leur consentement verbal. Cette évaluation est guidée par une équipe d'évaluation, et a mis en application, les principes suivants :

- **Indépendance** : les membres de l'équipe de l'évaluation sont indépendants et n'ont pas participé aux activités du Projet, ni n'ont été responsables dans le passé de la conception, de l'exécution ou de la supervision du projet.
- **Impartialité** : L'équipe d'évaluation s'est attachée à fournir une présentation globale et équilibrée des forces et faiblesses du projet. Le processus d'évaluation a été impartial à toutes les étapes, et a pris en compte tous les points de vue captés auprès des parties prenantes.
- **Transparence** : L'équipe d'évaluation a communiqué d'une manière aussi ouverte que possible l'objectif de l'évaluation, les critères appliqués et l'utilisation attendue des résultats. Ce rapport d'évaluation vise à fournir des informations transparentes sur ses sources, ses méthodes et ses approches.
- **Divulgateion** : Ce rapport sert de mécanisme par lequel les résultats et les enseignements identifiés dans l'évaluation sont diffusés aux décideurs politiques, au personnel opérationnel, aux bénéficiaires, au grand public et aux autres parties prenantes du programme.
- **Éthique** : L'équipe d'évaluation a respecté le droit des institutions et des individus à fournir des informations en toute confiance, et les sources des informations et opinions spécifiques figurant dans le présent rapport ne sont pas divulguées, sauf si nécessaire et uniquement après confirmation de la part de la personne consultée.
- **Le respect de la dignité et de la diversité** : L'équipe d'évaluation a fonctionné conformément aux conventions et aux pactes internationaux en matière des droits universels de l'homme, du respect de la dignité et de la diversité indépendamment des normes des pays locaux. A cet effet, l'équipe d'évaluation a

respecter toutes les normes culturelles sensibles et a mis un accent particulier sur la participation des femmes et l'inclusion des groupes socialement exclus.

- **Crédibilité** : L'équipe s'est engagée à conduire une évaluation crédible, exempte de préjugés et de manière impartiale à toutes les étapes, et fondée sur des données et observations fiables, conformément aux lignes directrices de l'UNEG (Mars 2008). Cette évaluation a été basée sur des données et des observations qui sont considérées comme fiables et dignes de confiance en ce qui concerne la qualité des instruments, les procédures et les analyses utilisées pour recueillir et interpréter les informations.
- **Utilité** : L'Equipe d'évaluation s'est efforcée d'être aussi bien informée que possible, et le présent rapport est considéré comme pertinent, opportun et aussi concis que possible, visant à être le plus bénéfique aux parties prenantes. Le rapport présente d'une manière complète et équilibrée les faits, résultats et problèmes, conclusions et recommandations.
- **Conflits d'intérêt** : l'équipe d'évaluation a procédé de façon à ce que son statut ne présente pas un conflit d'intérêt avec son rôle d'évaluateur.
- **Au niveau des enfants** : L'équipe s'est efforcée à obtenir le consentement de tous les enfants participant à la recherche en : (i) s'assurant qu'ils comprennent que leur consentement est négociable et qu'ils peuvent à tout moment se retirer de l'évaluation ; (ii) informant les enfants quant à l'objet de la recherche et leur implication ; (iii) respectant la décision des enfants quant à leur participation ou leur refus à la recherche ; (iv) obtenant le consentement des parents et de instituteurs ; (v) en respectant le droit des enfants à la vie privée ; (vi) en leur parlant dans un langage et dans un style qu'ils comprennent, sans discrimination et sans déformation des paroles, des expériences et des circonstances vécues et (vii) en veillant à ce que leurs informations restent confidentielles.

8.6 Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation

Le défi majeur de cette évaluation a été celui de la difficulté, liée à la crise sanitaire engendré par la COVID-19 et à la diversité des interventions étudiées. En outre, les principales difficultés rencontrées par l'équipe d'évaluation sont les suivantes :

Tableau 8 : limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation

Limites rencontrées lors de l'évaluation	Stratégie d'atténuation
La pandémie liée à la COVID-19. Les mesures de prévention au COVID19 ont par moment compromis la réalisation des discussions de groupe et l'exigence de la distanciation physique par certaines autorités villageoises est venue complexifier la réalisation des discussions de groupe. La COVID a également occasionné un retard dans la mise en œuvre de l'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> • Pour contourner cette difficulté, l'équipe d'évaluation s'est conformée aux mesures sanitaires mises en place par les autorités locales et a mis l'accent sur les entretiens individuels. • Tous les agents enquêteurs ont été équipés de gel hydroalcoolique, de cache-nez lavables et ont respecté la mesure de distanciations physiques lors des entretiens. • Les localités où l'équipe a réussi à organiser un focus group avec l'accord des autorités villageoises, la distanciation physique a été respecté. • Eu égard à cette situation de COVID-19 le contrat du consultant a été amendé pour introduire de nouveaux postes de dépense (mesures sanitaires, coûts de transport etc.).
L'indisponibilité de certains interlocuteurs notamment certains responsables de structures de mise en œuvre, des comités départementaux de suivi (CDS) et certains acteurs des zones visitées. En effet, l'enquête s'étant réalisée en période de semis dans le calendrier agricole, nombre d'acteurs étaient indisponibles. En milieu urbain, certains acteurs représentant des structures locales (fonctionnaire et agent du service privé) qui ont participé à la réalisation du programme ne sont plus à leur poste, parce que mutés dans d'autres régions. Parmi ceux qui demeurent dans le département, certains se sont avérés être en congé annuel hors de la ville	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe d'évaluation a rencontré les personnes disponibles. Au niveau des membres des CDS présent à leur poste, le fait de ne les avoir pas prévenus pour l'enquête, a substantiellement allongé le temps de ceux-ci, les enquêtés étant partagés entre tâches professionnelles et participation à l'entretien. • Eu égard aux activités champêtre, certaines rencontres ont été organisées après le retour des populations des activités agricoles, généralement les après-midis. A Abidjan, plusieurs entretiens ont été réalisés en ligne (WhatsApp, Zoom et Skype).
L'incapacité de quelques répondants à donner des informations sur le programme sur une période antérieure à leur prise de fonction résultant d'une forte	<ul style="list-style-type: none"> • De concert avec le personnel en place, l'équipe d'évaluation a eu recours à des répondants complémentaires ou retrouver les

Limites rencontrées lors de l'évaluation	Stratégie d'atténuation
mobilité du personnel (membre du comité de suivi ou de conception du programme) non accompagnée d'un transfert de dossiers lors de la passation de service.	responsables affectés pour un échange téléphonique sur la méthode d'entretien qu'il souhaite. Ces échanges téléphoniques ont le plus souvent abouti à une Prorogation de l'entretien et/ou envoi du guide d'entretien par mail.
Les difficultés d'accès aux localités en raison du mauvais état des routes et de l'insécurité occasionnée par la présence fréquente des coupeurs de route.	<ul style="list-style-type: none"> • En raison des difficultés d'accès à certaines localités retenues et de l'insécurité, l'équipe d'évaluation a dû changer l'itinéraire et remplacer certaines localités par celles qui sont les plus accessibles et sécurisées. A cet effet, dans le département de Bouaflé, les localités de Kangreta et Krigambo ont été remplacé par celles de Djidjibakro et d'Allangbakonankro. • Dans le département de Soubré, les localités de Mavou, Koffikro, Petit Bouaké, N'Guéssankro et de Mayo anciennement retenues ont été remplacé par les localités de N'Sikankro, Yaokoffikro, Gripazo, Logboayo, Oureyo. Dans la localité de Duékoué, Blaisekro a été remplacé par Singodougou. • Ces remplacements ont été faits de concert avec les autorités sous-préfectorales et sur la base des critères préétablis dans le rapport de démarrage à savoir (i) la taille du village, (ii) le niveau de dotation du village en infrastructure et/ou le niveau des activités économiques du village, (iii) le poids des villages en termes de taux de réussite FDAL
Le manque de préparation de la population des localités cibles entraînant parfois le report des échanges avec les bénéficiaires et acteurs locaux.	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe d'évaluation s'est appuyé sur le service d'un Guide pour se rendre dans les localités où les populations n'étaient pas soit informées de notre passage ou avaient l'information mais en raison de la période de semis, partaient au champ. Cela a perturbé le calendrier d'exécution de la mission (Annulation de certains rendez-vous et obligation d'y retourner à d'autres dates) notamment dans la localité de Soubré.

Source : travaux de l'équipe d'évaluation 2020

9 CONSTATS ET CONCLUSIONS PRÉLIMINAIRES (PAR CRITÈRE)

Conformément aux orientations édictées par le document guide de l'UNICEF en matière de rapport d'évaluation, l'évaluation du programme PHAM, volet assainissement a été menée à partir de cinq critères suivants : (i) pertinence, (ii) efficacité, (iii) efficacité, (iv) durabilité et (v) le genre et droit de l'homme. Aussi, les résultats de l'évaluation sont-ils organisés autour de ces critères d'évaluation et questions principales d'évaluation. Les conclusions préliminaires sont incluses à la fin de chaque chapitre pour chaque critère d'évaluation.

9.1 Pertinence

Questions sur la Pertinence

1. Dans quelle mesure les besoins différents des hommes et des femmes et les besoins spécifiques des enfants (filles et garçons, personnes handicapées, personnes âgées, ménages marginalisés) ont-ils été identifiés lors de la conception des deux programmes ? Quels étaient ces besoins ?
2. Dans quelle mesure le PHAM à (volet assainissement) t-ils répondu à ces besoins identifiés avant le début des activités sur le terrain ?
3. Dans quelle mesure la capacité des communautés à soutenir la construction de latrines a-t-elle été prise en compte dans la conception du programme ?
4. Dans quelle mesure les stratégies d'intervention du programme étaient-elles appropriées pour promouvoir une prise de conscience collective de la nécessité de mettre fin à la Défécation à l'Air Libre (DAL) ?
5. La conception du programme PHAM était-elle adéquate pour atteindre les résultats escomptés - extrants, résultats et impact ? comment ? si non pourquoi ?
6. Le cadre logique et les processus d'exécution du programme étaient-ils adéquats pour mesurer ses produits, ses effets et son impact ? comment ?
7. Les résultats attendus étaient-ils clairement énoncés et mesurables au moyen d'indicateurs identifiables ?
8. Dans quelle mesure les interventions du programme PHAM étaient-elles adaptées à l'âge et au sexe ?
9. Le programme a t'il été conforme aux priorités nationales dans sa conception et dans sa mise e œuvre ?
10. Peut-on dire que les interventions du programme ont été inclusives ou ont favorisé la prise en compte des catégories couches sociales ? Pourquoi ? (Conformité avec les besoins des populations) ?
11. Quel est le niveau d'appréciation de la FDAL dans votre localité ? comment et pourquoi ?

Photo 1 : Dispositif de lavage de main comprenant une tige pour enfant, une tige pour les personnes vivant avec un handicap et une tige pour adulte



La revue documentaire ; les observations terrain dans les villages visités ; les entretiens individuels avec les partenaires de mise en œuvre, les concepteurs et promoteurs du PHAM et les bénéficiaires ; et les discussions de groupe sur la base des 11 questions évaluatives en lien avec le critère « pertinence, ont permis à l'équipe d'évaluation d'énoncer les constats suivants :

9.1.1 Constats pertinence

9.1.1.1 Constat pertinence 1, question pertinence 1, l'identification des besoins:

Les différents besoins des hommes et des femmes et les besoins spécifiques des enfants ont été identifiés lors de la conception du programme. En effet, **les entretiens révèlent que la conception du programme a vu la participation de l'ensemble de la population. De l'avis des répondants, ces besoins identifiés au sein des communautés sont en adéquation avec ceux transcrits dans la formulation du programme.** Elles répondent aux besoins suivants :

- Besoin de mettre fin à la défécation à l'air libre ;
- Besoin de dispositif minimum de lavage des mains (d'hygiène) ;
- Besoin de formation aux pratiques d'hygiène & d'assainissement ;
- Besoin d'atténuation des rancœurs / conflits intercommunautaires liées à la défécation à l'air libre.

La majorité des communautés ont plus mis l'accent sur le besoin en infrastructures d'assainissement familial et institutionnel qui, ensemble avec l'éducation à l'hygiène, étaient les besoins immédiats compte tenu de l'état d'insalubrité et de ses conséquences sur l'harmonie entre les différentes communautés des villages. De l'avis des répondants, en matière d'hygiène et d'assainissement, la situation était précaire avant la mise en œuvre du programme.

« Vous savez, en l'absence d'accès aux toilettes et de dispositifs d'évacuation efficaces, la population rurale de l'ouest s'orientait vers des méthodes dangereuses pour la santé : seaux, sacs plastiques. Autant de système qui aboutissent à la création de stocks de déchets non-évacués, devenant rapidement des réservoirs de microbes à la portée de tous dans le village. On assistait le plus souvent à de petites tensions entre des familles voisines, des communautés...qui s'accusaient mutuellement d'être à la base des cacas. Et comme on le sait, ce sont des petits palabres qui deviennent un jour grands et très grands... Solutionner cette situation constituait un des besoins essentiels de la population ». (Discussion de groupe, propos de leader communautaire)

9.1.1.2 Constat pertinence 2:

Le volet « Assainissement » du PHAM, à travers ses activités clés de mise en œuvre de l'ATPC et les actions d'accompagnement (SANMARK, éducation a et promotion de l'hygiène, formations de maçons, ...) a répondu de façon appropriée aux besoins identifiés. Sur la base des observation réalisées sur le terrain, l'équipe d'évaluation affirme que les besoins en matière d'éducation, à l'hygiène (lavage des mains) et d'assainissement et la réduire substantiellement / stopper la défécation à l'air libre ont été couverts en grande partie par les interventions du PHAM. De l'avis des répondants, les besoins de protection et de sécurité des femmes et des enfants et ainsi l'amélioration de leurs conditions de vie ont été pris en compte. Les enseignants des établissements primaires et les élèves rencontrés sur le terrain affirment qu'ils sont plus confortables avec les réalisations du PHAM en matière de latrines institutionnelles et d'éducation à l'hygiène, car cela améliorerait leur bien-être. De l'avis de l'ensembles des CDS (7/7), des notabilités (18/21) des communautés visitées et des structures de mise en œuvre (3/3) rencontrées, le programme a couvert aussi les besoins de renforcement des valeurs de solidarité et de cohésion sociale non seulement, au sein des communautés rurales de l'ouest suffisamment fractionnées par les décennies de crise qu'a connu la Côte d'Ivoire, mais aussi au sein des structures techniques, membres du comité local de pilotage du projet. De l'avis des structures de mise en œuvre et de la direction de l'hygiène et de l'environnement, le programme répond aussi aux besoins de promouvoir la protection de la femme, de l'enfant et de lutter contre les maladies diarrhéiques dans les zones cibles où les communautés interrogées avaient relevé le besoin en infrastructures d'assainissement. Enfin, de l'avis des répondants, les besoins des acteurs communautaires en matière de renforcement de capacité dans le domaine d'assainissement ont été pris en compte. Selon toujours les répondants, les structures d'exécution ont de très bonne capacité en termes de mise en œuvre de leur cahier de charge. En somme, le projet a suscité un engouement au sein des communautés cibles, cela s'est traduit par le nombre élevé des communautés FDAL et le taux d'accès de la population aux infrastructures d'assainissement.

9.1.1.3 Constat pertinence 3, question pertinence 4, stratégies d'intervention :

La logique d'intervention de la composante « Assainissement » du PHAM était basée sur l'approche ATPC incitant les communautés bénéficiaires à adopter de bonnes pratiques hygiéniques et à investir dans la construction de latrines familiales non subventionnées (construction d'au moins une latrine par ménage). **Les indicateurs de résultats indiquent que les objectifs intermédiaires et globaux ont été atteints de façon satisfaisante (en termes de communautés FDAL) et confortent la pertinence de la non-subvention de la construction des latrines familiales en privilégiant l'investissement dans les actions de changements de comportements.**

9.1.1.4 Constat pertinence 4, question pertinence 6, le cadre logique :

Le cadre logique de la composante assainissement du PHAM tel que présenté dans les TdR de la présente mission d'évaluation est bâti autour d'un objectif général et spécifique et cinq résultats attendus (9 activités pour le R1, 3 activités pour le R2, 5 activités pour le R3, 3 activités pour le R4 et 4 activités pour le R5). Ce cadre logique a permis de mesurer et de rapporter sur les objectifs atteints et les résultats obtenus de façon périodique. Il est à noter que les rapports intermédiaires de la composante assainissement du PHAM (dont le dernier en notre possession est le numéro 6 qui couvre la période septembre – novembre 2014) présentent aussi des cibles annuelles (mais pas globales). Le constat est que l'UNICEF Côte d'Ivoire semble avoir cessé la rédaction de ces rapports trimestriels à partir de 2015. En outre, l'exploitation documentaire note aussi que le cadre logique n'a pas été très explicite sur le genre : pas d'indicateurs répartis en hommes/femmes, jeunes/adultes et vieux.

9.1.1.5 Constat pertinence 5, question pertinence 8 :

Sur la base des entretiens et des focus groups réalisés, l'évaluation note **que les interventions ont été adaptées à l'âge et au sexe des bénéficiaires attendus** sur la base de trois observations :

- D'abord, d'après les acteurs de mise en œuvre, tous les groupes sociaux, hommes et femmes, jeunes filles et garçons, ont pleinement pris part au diagnostic des besoins et aux processus de déclenchement.

« Les enfants, les hommes, les femmes ont été pris en compte, cela part depuis les déclenchements où il y a eu dans chaque village deux types de déclenchement : déclenchement des adultes et déclenchement des enfants, pour permettre aux enfants de prendre conscience des maladies liées à la défécation en plein air. Les enfants ont été éduqués aux bonnes pratiques d'hygiène. Il y a eu des séances de lavages des mains auxquelles les enfants ont participé » (Discussion de groupe, propos d'ONG de mise en œuvre).

- Ensuite, les structures de mise en œuvre interviewées affirment que dans le processus de mise en œuvre de l'ATPC, il a été fortement recommandé aux femmes de disposer des vases devant les latrines pour les petits enfants. Et la mission a observé le respect de cette recommandation par les mères visitées dans la majorité des villages FDAL. En outre, les entretiens laissent entrevoir que dans les vingt-huit (28) établissements scolaires et treize (13) établissements sanitaires ayant bénéficié du programme, les installations ont été séparées suivant le sexe et l'âge.
- Enfin, l'évaluation a observé que les familles elles-mêmes ont entrepris la construction de dispositifs de lavage de main suivant l'âge. Par exemple, la mission a constaté dans les villages de Blézon, Keibli etc., des dispositifs de lavage de mains à trois tiges de sortie d'eau. La première tige est adaptée aux enfants, la seconde tige est adaptée aux personnes handicapées et la troisième tige est réservée aux grandes personnes.

9.1.1.6 Constat pertinence 6, question pertinence 9, conformité aux priorités nationales :

L'analyse du Programme National de Développement (PND 2012-2015 ; 2016-2020) et de la lettre de Politique Sectorielle d'Assainissement et de Drainage (LPSAD) en cours de validation met en exergue l'adéquation entre les interventions préconisées par le PND et la LPSAD et celles du PHAM. En outre, les parties gouvernementales rencontrées lors des entretiens disent que les priorités nationales en matière d'assainissement sont en adéquation avec ceux transcrits dans la formulation du programme. En effet, le PHAM s'inscrit dans le PND 2012-2015. Ce document présente, parmi les sources de croissance transversale : (i) La paix et la cohésion sociale, avec notamment la réhabilitation et l'équipement des infrastructures socio-économiques de base ; (ii) La

gouvernance territoriale et administrative, avec la poursuite de la décentralisation ; (iii) L'Assainissement, avec le développement de l'approche ATPC. En effet, l'impact attendu de la mise en œuvre du PND nécessite un secteur d'assainissement performant et capable de contribuer au bien-être de la population et à la réduction des conséquences à la défécation à l'air libre.

L'évaluation laisse entrevoir que le programme PHAM reste également cohérent avec le PND 2016 – 2020, qui au vu du bilan de la phase précédente se décline en 5 axes stratégiques (prenant en compte les 17 ODD), dont : (ii) Le renforcement de la qualité des institutions et la bonne gouvernance, avec notamment le développement du cadre institutionnel et opérationnel du processus de décentralisation (axe 1) ; (ii) Le développement des infrastructures harmonieusement réparties sur le territoire et la préservation environnementale : développement des infrastructures d'hydraulique urbaine, préservation de l'environnement et assainissement du cadre de vie.

Dans la perspective des ODD, 81% de la population ivoirienne devrait avoir accès aux installations sanitaires améliorées en 2030. Toutefois, l'évaluation note que **le PHAM s'avère complémentaire d'autres initiatives soutenues par les Partenaires Techniques et Financiers (PTF)**. Il s'agit notamment : (i) du projet de renaissance des infrastructures en Côte d'Ivoire (PRICI), initié en juin 2012, avec un financement conjoint de la Banque Mondiale et de l'État de Côte d'Ivoire (interventions en milieu urbain, dans les communes de Port-Bouët, Koumassi, Yopougon, Bouaké, Daloa, Divo, Korhogo et San-Pedro) ; (ii) du projet d'appui à l'accélération de l'accès durable à l'eau, l'Hygiène et l'assainissement (PADEHA) financé par le gouvernement néerlandais. Le PADEHA est mis en œuvre à travers une approche comparable à celle du PHAM (hors appui institutionnel) dans 8 régions prioritaires : Poro, Béré, Bounkani, Gontougo, Kabadougou, Folon, Sud-Comoé et de l'Agnéby-Tiassa. **Cette adéquation PND/PHAM s'apprécie également à travers les actions clés préconisées par ces plans qui sont en droite ligne avec les effets attendus de la mise en œuvre du Programme PHAM notamment l'amélioration de l'accès de toutes les catégories sociales des milieux ruraux aux infrastructures d'assainissement de qualité.**

9.1.1.7 Constat pertinence 7, question pertinence 4, prise de conscience collective:

La sensibilisation au changement de comportements a touché l'ensemble de la population. En effet, les enfants ont bénéficié d'activités spécifiques relatives à l'ATPC et au lavage des mains, et la majorité est aujourd'hui active dans le changement de comportement qui s'opère dans leur village, soit en appui au CVS, soit auprès de leurs parents. La sensibilisation des enfants permet un ancrage dans le temps du changement de comportement et permettra de toucher indirectement leurs parents.

Les informations recueillies sur le terrain permettent de dire que les interventions du programme ont favorisé la prise en compte des différentes couches sociales et notamment les couches les plus vulnérables, à travers des mécanismes de solidarité dans la construction et l'entretiens des installations (latrines, lavage de main). Par exemple, « les jeunes du village de Gouroudougou se sont associés pour construire la latrine d'une personne vulnérable dans le village » (entretien individuel, propos de chef du village).

9.1.1.8 Constat pertinence 8, question pertinence 3, capacité des communes à soutenir la construction de la latrine LSDU :

La solution latrine sèche à déviation d'urine (LSDU, type ECOSAN) n'a été proposée et appliquée que marginalement à 2,2 % des villages ciblés et par une seule ONG sur trois alors qu'elle représente un concept d'assainissement productif et rémunérateur a priori enclin à convaincre les populations à améliorer leurs infrastructures d'assainissement et ainsi gravir progressivement l'échelle de l'assainissement. Au vu des succès mitigés obtenus sur le terrain via cette approche, il apparaît que si on considère que cette option aurait pu être offerte systématiquement comme une alternative technique possible pour tous les villages déclenchés, elle aurait également dû bénéficier d'un accompagnement spécifique, prenant en compte ses facettes multiples.

9.1.2 Conclusions préliminaires pertinence

Conclusions préliminaires pertinence

PERT 1 : La composante « assainissement » du PHAM est pertinente et alignée aux ODD (1 et 6) et aux priorités nationales visant à améliorer durablement l'accès aux services d'assainissement et d'hygiène des populations ivoiriennes en général et plus particulièrement celles des zones de l'ouest et du centre-ouest qui se distinguaient par une forte prévalence de défécation à l'air libre (**constats pertinence n° 1, 2 et 6**).

PERT 2 : Les activités déployées autour de l'ATPC, telles que « la création de comités départementaux pour le suivi de la mise en œuvre de l'ATPC », ou « la promotion du marketing de l'assainissement (SANMARK), sont parfaitement pertinentes et alignées avec les principes énoncés dans la dernière version (en cours d'approbation) de la Lettre de Politique Sectorielle d'Assainissement et de Drainage (LPSAD). Toutefois, une bonne partie des préconisations de la LPSAD n'est toujours pas effective, notamment :

- i. Un transfert de certaines compétences aux collectivités territoriales concernant la planification, la réalisation d'infrastructures ;
- ii. La sensibilisation des populations et la gestion des services d'assainissement ;
- iii. La responsabilisation des conseils régionaux et municipaux à l'atteinte des objectifs ATPC (100 % FDAL à l'horizon 2030 ;
- iv. L'accroissement et la pérennisation des ressources financières du secteur était liées à l'avancement de la décentralisation.

Ainsi, il reste qu'en pratique le programme n'a pas pleinement réussi à faire émerger une stratégie nationale viable et finançable d'éradication de la DAL, ni au niveau des huit régions ciblées, ni au niveau du pays. (**Constat**

9.2 Efficacité

Questions sur l'Efficacité

1. Dans quelle mesure les résultats escomptés du programme PHAM ont-ils été atteints ?
2. Dans quelle mesure la répartition des rôles et des responsabilités entre les principaux intervenants de la mise en œuvre était-elle appropriée pour l'atteinte des résultats attendus ?
3. Comment les indicateurs clés de l'assainissement évoluent-ils dans les districts ciblés par rapport à la situation de référence ?
4. Quels sont les effets induits attendus et inattendus en termes d'amélioration de la santé et d'assainissement (PHAM) parmi les femmes, les enfants et les communautés ciblées ?
5. Quels facteurs internes à l'UNICEF (notamment les mécanismes de suivi et d'évaluation du programme, le niveau de participation et d'appropriation des principaux acteurs, la qualité de la prestation des services et la demande de services dans un souci d'équité et d'égalité des sexes) ont facilité ou entravé la réalisation des résultats attendus ? Quels sont les facteurs les plus importants ?
6. Quels facteurs externes à l'UNICEF (obstacles politiques, d'urgence ou socioculturels, par exemple) ont facilité ou entravé la réalisation des résultats escomptés ? Quels sont les facteurs les plus importants ?
7. Dans quelle mesure le programme a-t-il permis d'améliorer l'accès à l'assainissement et les conditions d'hygiène individuelle et collective dans les zones d'intervention ?
8. En quoi le programme a-t-il contribué au changement de comportements en matière d'assainissement et d'hygiène individuelle et collective au sein des communautés ciblées ?
9. Quelles sont les forces et faiblesses dans la mise en œuvre de l'approche ATPC notamment en ce qui concerne : (i) le contexte spécifique des villages ciblés (socio-culturel, économique, environnement physique...) ; (ii) les mécanismes de coordination et de suivi du programme ainsi que la participation des principales parties prenantes (iii) la demande et à l'utilisation adéquate des toilettes ; (iv) l'offre de services d'assainissement au sein des communautés ciblées ; (v) la prise en compte des besoins différenciés des hommes et des femmes, des besoins spécifiques des enfants et de la situation particulière des groupes vulnérables (familles démunies, personnes âgées, personnes en situation de handicap) ?
10. Quels sont les effets induits (attendus et inattendus) de la mise en œuvre de l'ATPC notamment en ce qui concerne : (i) le transfert de compétences dans le domaine de la construction ; (ii) le renforcement des dynamiques communautaires en faveur de l'amélioration du cadre de vie et des conditions de vie ; (iii) la contribution aux résultats nationaux en matière de réduction de la pratique de la défécation à l'air libre ?
11. Quels progrès ont été réalisés dans votre localité par le programme PHAM, dans le passage DAL au FDAL ?

Photo 2 : latrine améliorée d'une femme, chef de ménage à Soubré



L'analyse de l'efficacité vise à vérifier la transformation des résultats en effets. Il s'agira ici principalement d'apporter des éléments permettant de comprendre si le programme a produit des résultats qui conduisent à l'atteinte de son objectif spécifique et dans quelle mesure les facteurs externes ont influé sur ses performances. Il s'agit donc d'apprécier le degré de réalisation des activités et des indicateurs au regard des valeurs de références établies dans l'élaboration du projet.

La revue documentaire ; les observations terrain dans les villages visités ; les entretiens individuels avec les partenaires de mise en œuvre, les concepteurs et promoteurs du PHAM et les bénéficiaires ; et les discussions de groupe sur la base des 11 questions évaluatives en lien avec le critère « efficacité » ont permis à l'équipe d'évaluation d'énoncer les constats suivants :

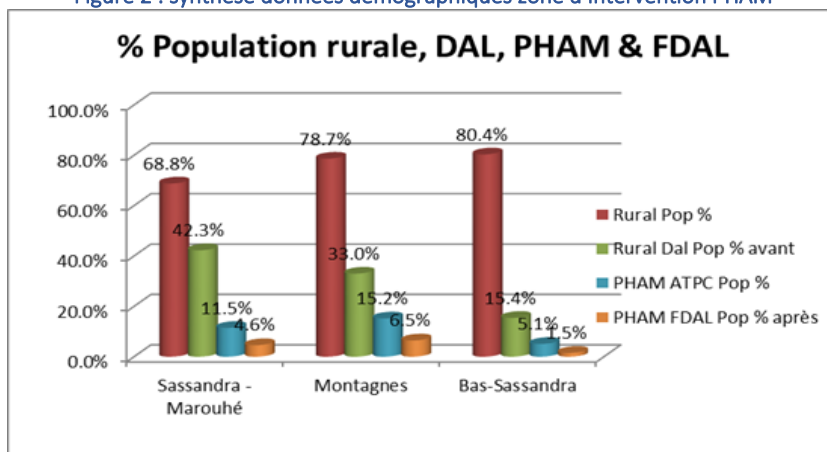
9.2.1 Constats efficacité

9.2.1.1 Constat efficacité 1, questions efficacité 1 et 3, résultats et évolution des indicateurs :

Selon les statistiques de l'INS la population rurale dans les huit régions cibles est estimée à 5,27 millions d'habitants. Sur cette base, la population rurale à l'état DAL, calculée à partir des statistiques (EDS-MICS 2012) pour les régions ouest, centre-ouest et sud-ouest était alors de 1,56 million hbts. Selon ces chiffres, le programme sur les trois districts (voir figure ci-dessus) a touché en pratique environ 14 % de la population rurale, et 47,3 % de la population rurale à l'état DAL des régions ciblées.

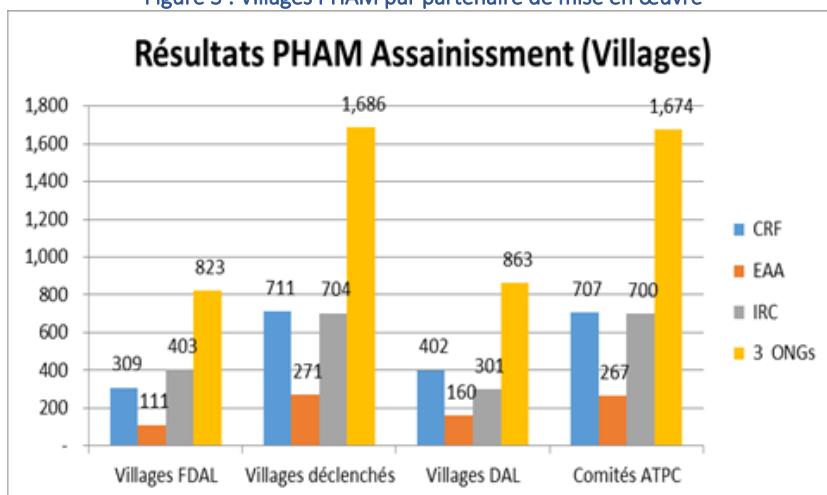
Les figures n° 2 à 8 ci-dessous extraites du rapport d'évaluation finale PHAM, DUE/COWI janvier 2019, FWC SIEA 2018 – EUROPEAID/138778/DH/SER/MULTI présentent les résultats FDAL de la composante « assainissement » du PHAM. Des 1 686 villages déclenchés (cible 1 650) 823 ont obtenu la déclaration FDAL (cible 850). La population totale qui a atteint le statut FDAL est de 293 800 contre une cible de 330 000. Ceci est en partie dû au fait que beaucoup de villages ciblés étaient de petite taille (taille médiane de 426 habitants) et que l'aboutissement FDAL est significativement corrélé à la taille du village (plus le village est petit plus le taux de succès est élevé).

Figure 2 : synthèse données démographiques zone d'intervention PHAM



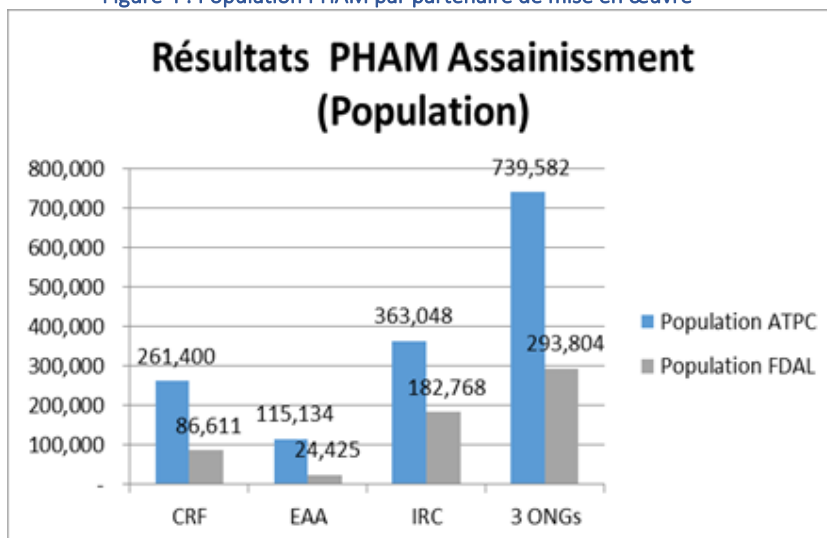
Source : Rapport d'évaluation finale PHAM, DUE/COWI janvier 2019, FWC SIEA 2018 – EUROPEAID/138778/DH/SER/MULTI

Figure 3 : Villages PHAM par partenaire de mise en œuvre



Source : Rapport d'évaluation finale PHAM, DUE/COWI janvier 2019, FWC SIEA 2018 – EUROPEAID/138778/DH/SER/MULTI

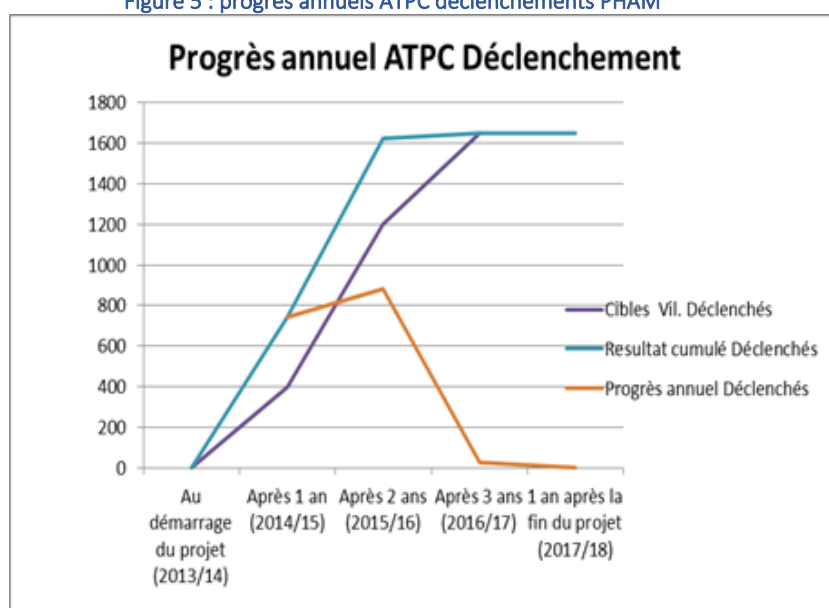
Figure 4 : Population PHAM par partenaire de mise en œuvre



Source : Rapport d'évaluation finale PHAM, DUE/COWI janvier 2019, FWC SIEA 2018 – EUROPEAID/138778/DH/SER/MULTI

La liste de villages PHAM de l'UNICEF recense 1.686¹⁰ villages dit « déclenchés », couvrant une population de 739.580 hbts. Le dernier rapport annuel de l'UNICEF couvrant la période jusqu'à mai 2018 fait état de 2.267 villages pré-déclenchés au total, soit nettement plus que la cible (2.000 villages). A la fin du programme 823 villages ont acquis une certification FDAL représentant une population de 293.800 hbts. On constate que la montée en puissance initiale est forte et au-delà des aspirations. Il semble que les ONGs aient bien préparé le terrain peut être en raison d'une présence locale ou régionale antérieure au PHAM. Le programme PHAM selon les figures n° 5 et 6 ci-dessous a pratiquement atteint ses objectifs numériques après seulement deux ans. Dès que les cibles contractuelles ont été en voie d'être atteintes, le programme de déclenchement a nettement perdu en dynamisme. Cela s'explique par le fait que l'intervention des ONGs a pris fin entre novembre 2016 et avril 2017, et que le programme n'a pas prévu de volet post-suivi. L'intérêt de créer une dynamique progressive et soutenue sur le long terme basée sur l'espoir d'auto-déclenchement ou de mise à l'échelle de villages avoisinants n'est pas perceptible. Ceci malgré le fait que les indicateurs du cadre logique clairement mentionnaient le souhait de voir la population FDAL continuer à progresser après la fin du programme (la cible étant 850 villages FDAL un an après la fin du programme).

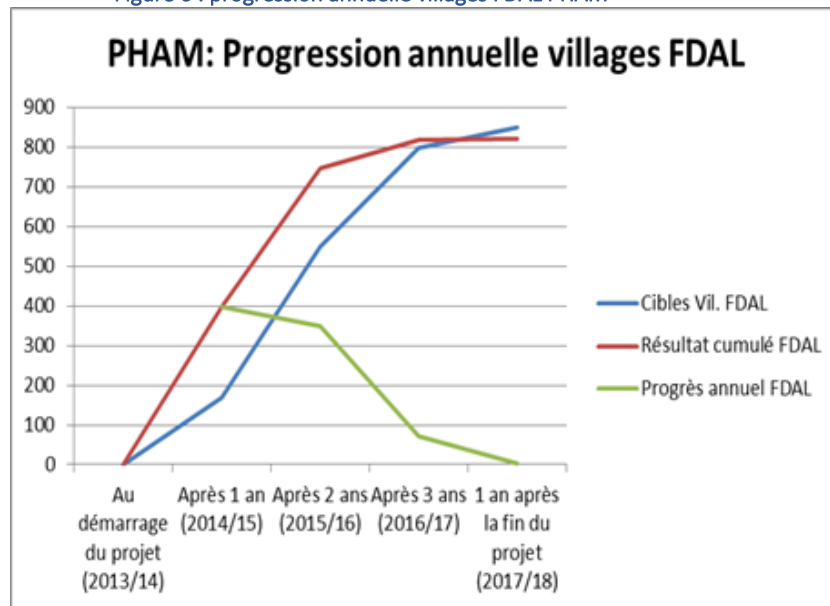
Figure 5 : progrès annuels ATPC déclenchements PHAM



Source : Rapport d'évaluation finale PHAM, DUE/COWI janvier 2019, FWC SIEA 2018 – EUROPEAID/138778/DH/SER/MULTI

¹⁰ 1.674 villages dans le rapport final UNICEF

Figure 6 : progression annuelle villages FDAL PHAM



Source : Rapport d'évaluation finale PHAM, DUE/COWI janvier 2019, FWC SIEA 2018 – EUROPEAID/138778/DH/SER/MULTI

Comme le montre le tableau 9 ci-dessous l'application de la solution LSDU avec utilisation des produits est restée très en deçà des cibles.

Tableau 9 : synthèse des résultats LSDU

Application de la solution LSDU	Cible	Résultat
Villages utilisant des latrines LSDU	50	38
Ménages équipés (LSDU)	1,000	660
Paysans formés	1,000	1,119
Surfaces emblavées (ha)	30	26
m ³ d' urine collectée	900	346
Tonnes de fèces collectées	600	133
Tonnes de fèces hygiénisées		53

Source : Rapport d'évaluation finale PHAM, DUE/COWI janvier 2019, FWC SIEA 2018 – EUROPEAID/138778/DH/SER/MULTI

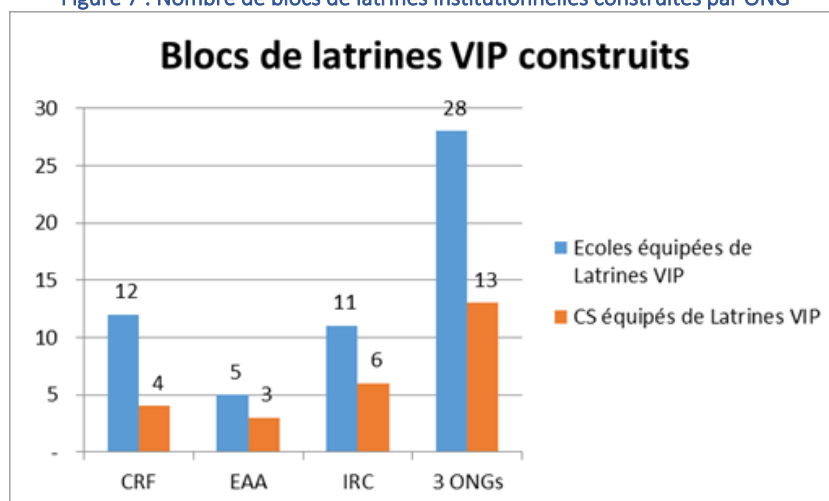
Sans remettre en question les aspects positifs mentionnés dans le rapport final PHAM de EAA¹¹, il reste à démontrer à la vue de la disparition rapide de l'utilisation des latrines LSDU construite durant le projet PHAM observée durant la mission sur le terrain, que ces bénéfiques sont pérennes pour les utilisateurs. Clairement si les latrines ne sont plus du tout utilisées par les ménages, tous ces bénéfiques ne sont que des chimères.

L'activité relative à la construction des 240 cabines de latrines VIP dans une trentaine d'écoles et centres de santé de la zone cible a été inscrite dans l'avenant 1 à la Convention de Contribution UE-UNICEF.

La figure 7 ci-dessous présente les blocs construits par les 3 ONGs à partir de 2016.

¹¹ Notamment : L'urine « *rajeunit les plants de cacaoyer et combat efficacement contre certains insectes et parasites* ». L'apport de l'urine a un bon impact sur les rendements des cultures vivrières,

Figure 7 : Nombre de blocs de latrines institutionnelles construites par ONG



Source : Rapport d'évaluation finale PHAM, DUE/COWI janvier 2019, FWC SIEA 2018 – EUROPEAID/138778/DH/SER/MULTI

A total of 240 cabines de latrines améliorées à fosses sèches ventilées (VIP) ont été construites pour 28 écoles primaires et 26 cabines au bénéfice de 13 centres de santé, soit un taux de réalisation de 100% comparée aux cibles.

La figure 8 ci-après présente les populations ayant gagné, à l'issue du programme, un accès durable à un assainissement hygiénique, et utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées.

Le document de programmation d'action annuelle (AAP) 2012 de l'UE pour la Côte d'Ivoire, sur lequel était basé le programme PHAM, prévoyait que « l'approche ATPC doit être améliorée d'un point de vue technique, par la définition de normes de latrines adaptées, et en termes de méthodologie, par l'allongement du suivi nécessaire avant et après l'acquisition du statut FDAL afin de permettre un accompagnement dans la durée des changements de comportements en matière d'hygiène et d'assainissement ». Les rapports finaux de l'UNICEF et des ONGs font état de deux définitions de « latrines améliorées » utilisées durant le programme : l'une selon le programme PHAM et l'autre selon le Joint Monitoring Program (JMP ; UNICEF/OMS).

La LPSAD, pièce maitresse du volet institutionnel assainissement du PHAM, stipule que « dans le cadre du suivi des ODD, et en conformité avec les objectifs des Schémas Directeurs d'Urbanisme et d'Assainissement - la DAD définit « l'assainissement amélioré comme une installation sanitaire non partagée qui peut être :

1. une toilette à chasse d'eau classique ou à chasse manuelle connectée à :
 - ✓ Un système d'égout classique ou de faible diamètre ;
 - ✓ Une fosse septique ;
 - ✓ Une fosse couverte (fosse d'aisances) ;
2. une latrine à fosse ventilée (fosse d'aisance auto-aérée)
3. une latrine à fosse munie d'une plateforme étanche (couverture étanche sur le trou de défécation ou conduit de ventilation équipé d'un grillage ou siphon pour éviter la prolifération des mouches à partir des fosses), munie d'un revêtement facile d'entretien, composée d'assemblage de matériaux résistants (bois, fer, etc.) recouverte de terre stabilisée, ou d'une véritable dalle en ciment.

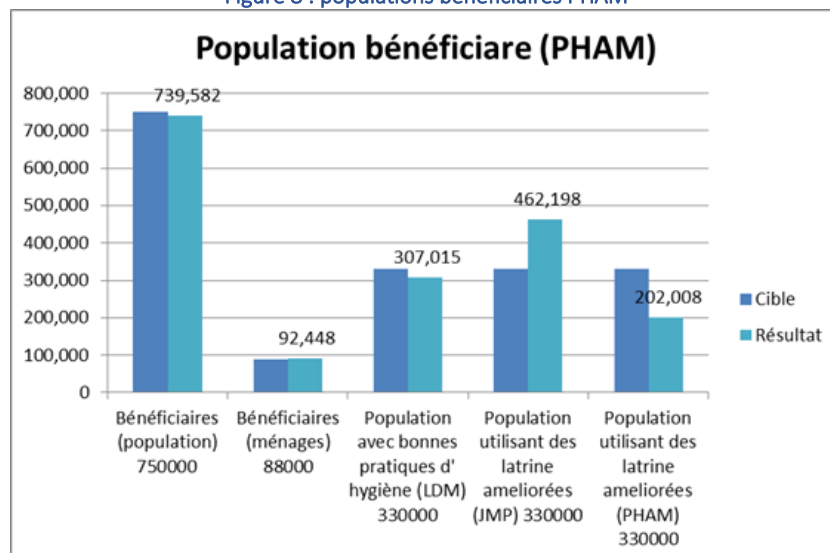
En milieu rural les solutions 2 et surtout 3 prévalent massivement.

La latrine améliorée doit aussi être équipée d'une superstructure qui donne à l'utilisateur une intimité suffisante (toit, murs), et d'un dispositif de lavage des mains. L'aménagement du dispositif d'assainissement amélioré doit aussi permettre d'éviter la pollution de la nappe phréatique et des eaux de surface ». Selon la définition JMP issue du réseau UNICEF, une latrine est dite « améliorée » si elle permet de pallier les limitations de la latrine à fosse simple, en particulier les problèmes de mauvaises odeurs et des mouches. Pour cela, une ventilation doit être ajoutée et certaines règles doivent être respectées pendant la construction. Pour fonctionner correctement, une telle latrine doit (i) avoir un tuyau de ventilation au-dessus de la fosse, d'un diamètre d'au moins 10 cm, (ii) être équipé d'un grillage anti-mouche à son sommet, (iii) avoir un intérieur relativement

sombre, et (iv) avoir un intérieur suffisamment ventilé. Les résultats relatifs à chaque définition sont diamétralement opposés. Face à une cible PHAM de 330.000 personnes devant utiliser des latrines « améliorées » en fin de programme, les résultats sont de :

- 462 000 personnes (140 % de la cible) selon la définition JMP
- Mais seulement de 202 000 personnes (61 % de la cible) selon la définition du PHAM.

Figure 8 : populations bénéficiaires PHAM



Source : Rapport d'évaluation finale PHAM, DUE/COWI janvier 2019, FWC SIEA 2018 – EUROPEAID/138778/DH/SER/MULTI

L'autre volet du programme concerne **le renforcement de capacité des acteurs locaux**. À cet effet, la revue documentaire et les entretiens relèvent que les sessions de renforcement des capacités aux techniques de lavage des mains à l'eau et au savon et aux Pratiques Familiales Essentielles ont été réalisées à l'intention des promoteurs locaux du SANMARK, des comités ATPC et des leaders Naturels. Dans cet ordre d'idée, 273 promoteurs ont été formés contre 125 prévus. De même, 3 465 leaders naturels ont été formés contre 3 300 prévus et 1 674 comités ATPC ont été mis en place contre 1 500. L'évaluation note que les participants aux entretiens ont apprécié les sessions de renforcement qui ont contribué à réduire significativement la défécation à l'air libre et renforcer la conscience sanitaire de nombreuses communautés. L'évaluation note également la réalisation d'une étude du marché de l'assainissement en milieu rural en Côte d'Ivoire par le cabinet International ECOPSIS dans le souci de mieux cerner les articulations significatives de l'approche SANMARK.

Tableau 10 : Synthèse des résultats obtenus

	Résultats attendus au début du programme	Résultats atteints (sur la base des données collectées)	Appréciation du niveau d'atteinte des résultats
Résultat 1	La pratique de la défécation à l'air libre est éliminée dans au moins 800 villages cibles trois ans après le démarrage du Projet	La pratique de la défécation à l'air libre a été éliminée dans 823 villages 3 ans après le démarrage du projet. Selon les données du cadre logique (103%).	Pleinement atteint
Résultat 2	Au moins 330 000 personnes des villages cibles adoptent des bonnes pratiques d'hygiène (notamment le lavage des mains à l'eau et au savon / cendre) trois ans après le démarrage du programme	38 376 ménages des villages cibles connaissent au moins 2 moments clés pour le lavage des mains à l'eau et au savon, soit environ 307 015 personnes (93%) 37 903 ménages cibles ont accès aux dispositifs de lavage des mains avec du savon (99.7%)	Partiellement atteint

	Résultats attendus au début du programme	Résultats atteints (sur la base des données collectées)	Appréciation du niveau d'atteinte des résultats
		303 228 personnes adoptent de bonnes pratiques d'hygiène (lavage des mains à l'eau et au savon, 92%)	
Résultat 3	Au moins 330 000 personnes des villages cibles utilisent des latrines améliorées trois ans après le démarrage du projet	473 871 personnes utilisent des latrines améliorées selon le JMP (143,6%) ;	Pleinement atteint <i>(selon la définition du JMP)</i>
		204 926 personnes utilisent des latrines améliorées selon la définition du PHAM (62%)	Partiellement atteint <i>(selon la définition du PHAM)</i>
Résultat 4	Au moins 1 000 paysans utilisent les sous-produits d'assainissement comme fertilisants agricoles	1 098 paysans utilisent les sous-produits d'assainissement comme fertilisants agricoles (110%)	Pleinement atteint
Résultat 5	Coordination, suivi, supervision, évaluation et visibilité du projet sont assurés	Plus de 16 000 missions réalisées par les agents de la DAR, les animateurs, superviseurs, coordonnateurs des ONG et les administrateurs et spécialistes WASH de l'UNICEF 1 enquête CAP réalisée 1 enquête de base réalisée	Pleinement atteint

Les objectifs d'adoption de bonne pratique d'hygiène ont été partiellement atteints, tout comme les objectifs en termes utilisation des latrines améliorées selon la définition du PHAM (62%). Les raisons évoquées lors des entretiens sont le faible niveau de prise de conscience sanitaire et la faible sensibilisation sur les pratiques d'hygiène et de lavage des mains sur plusieurs sites consentis par le programme. En outre, l'adoption de pratiques sanitaire familiales essentielles (complémentaire à l'usage des latrines) a besoin de plus de temps pour s'ancre dans l'esprit des populations et devenir des réflexes pérennes vraisemblablement parce que les avantages de ces pratiques (surtout la santé) sont moins perceptibles et tangibles par la population.

9.2.1.2 Constat efficacité 2, question efficacité 2, répartition des rôles et responsabilités :

La revue documentaire et les entretiens montrent que **la répartition des rôles et des responsabilités entre les acteurs de mise en œuvre étaient appropriés pour l'obtention des résultats du programme**. Les différents acteurs et responsabilités identifiés par l'équipe d'évaluation dans le cadre de la mise en œuvre du programme en Côte d'Ivoire sont :

- L'UNICEF en tant que Coordinateur ;
- La CCC-CI/CE en sa qualité de coordonnateur des programmes et projets financés par l'UE ;
- La DAD et la DHP en tant que directions techniques des ministères associées au programme ;
- DVS (direction de la vie scolaire) qui travaillait en collaboration avec les autres structures ;
- IRC, CRF & EAA qui sont les partenaires de mise en œuvre du programme ;
- Les Comités Départementaux de Suivi (CDS) composés de Préfet, Sous-Préfet, Représentant de la DREN et de l'INHP avait pour rôle de mener des campagnes de sensibilisation auprès des communautés ;
- Les membres du Comité de Suivi Villageois (CSV) composés des composantes des villages (chef du village, représentant de jeunesse et de femme, représentant de chaque groupe ethnique), chargés de suivre et encourager les ménages à procéder à la construction des latrines et l'assainissement du village ;
- Les Leaders Naturels (LN).

En avril 2013, à l'occasion du lancement du PADEHA, un pacte de durabilité a été signé entre l'UNICEF et 5 ministres techniques du Gouvernement (en charge de l'Eau, l'Assainissement, l'Hygiène, l'Éducation, l'Économie

et les Finances), visant à ériger l'assainissement en milieu rural parmi les priorités nationales, à travers la mise en œuvre de l'approche ATPC et le développement d'un marché des produits de l'Assainissement. **La non-implication formelle du ministère des Affaires sociales dans le Pacte de Durabilité semble constituer un frein en termes de pérennisation de l'adoption de bonnes pratiques, dans la mesure où les assistants sociaux, fonctionnaires donc stables, auraient pu jouer un rôle de terrain efficace pour permettre la pérennisation des changements de comportement dans les villages.**

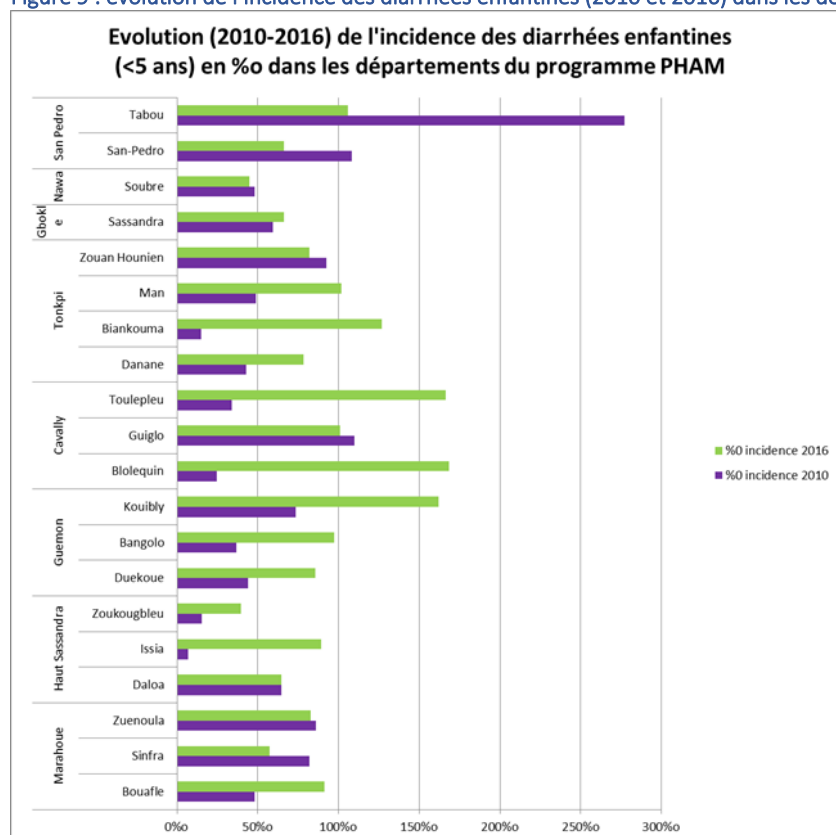
9.2.1.3 Constat efficacité 3, question efficacité 4 effets induits attendus et inattendus :

L'objectif du programme était de contribuer à (i) éliminer la pratique de la défécation à l'air libre dans les villages cibles (ii) contribuer à un accès durable à l'assainissement hygiénique (iii) à l'utilisation des infrastructures d'assainissement améliorées et (iv) l'utilisation des sous-produits d'assainissement comme fertilisant. D'après les informateurs clés directement impliqués dans la mise en œuvre du programme au niveau national et régional, les principaux effets induits attendus et inattendus en termes d'amélioration de la santé et d'assainissement (PHAM) parmi les différentes couches sociales sont (i) la pratique de la défécation à l'air libre est éliminée, (ii) les sous-produits d'assainissement sont utilisés comme fertilisant agricoles par les paysans, (iii) l'adoption progressive des bonnes pratiques d'hygiène (notamment le lavage des mains à l'eau et au savon / cendre) et (iv) la rupture progressive de la chaîne mouche-caca-nourriture.

Afin d'étayer l'impact du programme sur la santé des villages du PHAM deux efforts ont été déployés pour estimer l'évolution de la santé infantile dans les régions du programme. La figure 9 reflète l'évolution des diarrhées infantiles enregistrées par le ministère de la santé concernant les enfants de moins de 5 ans exprimé en pro mille de la population infantile totale de la même tranche d'âge.

Les données utilisées sont pour 2010 l'Annuaire des Statistiques Sanitaires de la Côte d'Ivoire 2010 publié par la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE) et pour 2016 le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) 2016 publié par le ministère de la santé et de l'hygiène publique.

Figure 9 : évolution de l'incidence des diarrhées infantiles (2010 et 2016) dans les départements PHAM



Source : Rapport d'évaluation finale PHAM, DUE/COWI janvier 2019, FWC SIEA 2018 – EUROPEAID/138778/DH/SER/MULTI

Les données ne sont cependant pas concluantes et ne permettent pas de confirmer une amélioration de la santé dû à l'action du PHAM. Dans quelques départements la situation s'est améliorée, mais dans beaucoup d'autres les données font plutôt état d'une détérioration durant la période du PHAM. Selon les statistiques de la santé dans les 25 départements couverts par le PHAM en moyenne la tendance des données concernant les diarrhées infantiles s'est détériorée passant de 62 enfants sur mille enfants de la même tranche d'âge visitant les centres de santé pour une diarrhée en 2010 à 89 enfants sur mille en 2016. Beaucoup d'explications sont possible : les statistiques du ministère peuvent ne pas être très précises au niveau départemental, ou les villages FDAL pèsent trop peu de poids par rapport aux autres villages encore DAL dans les régions du programme.

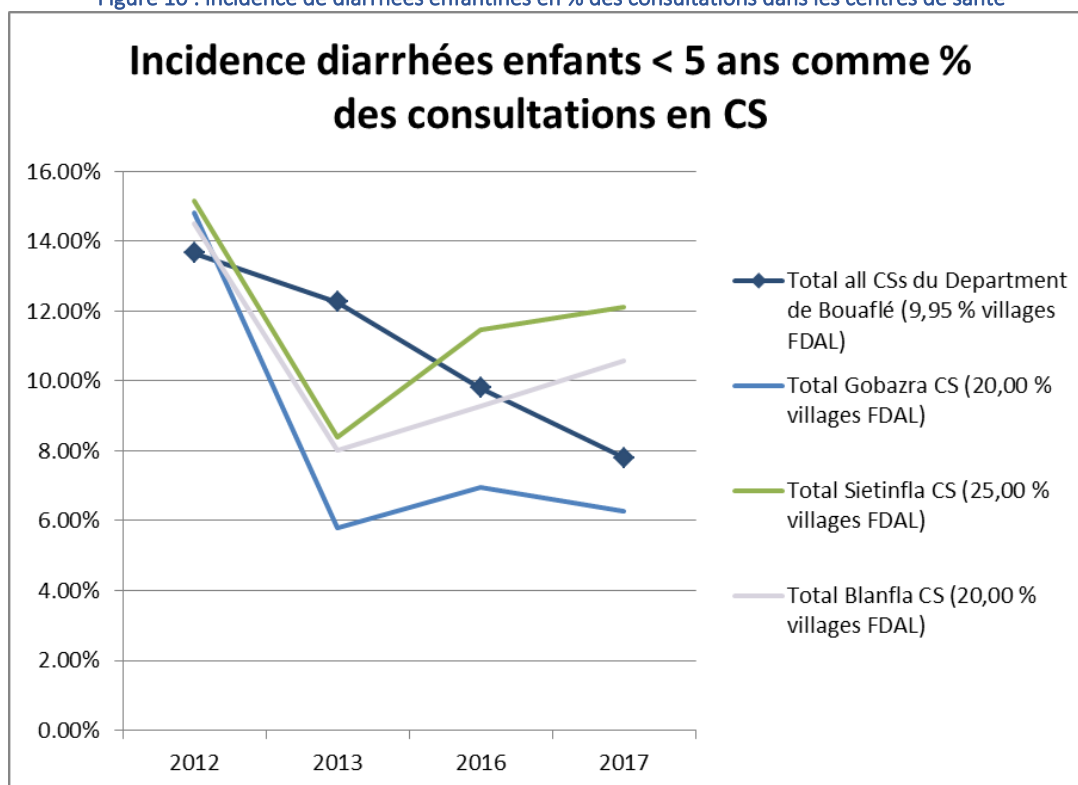
Pour essayer de mieux comprendre si l'impact du PHAM au niveau de la santé est visible à une échelle plus fine, une revue des données collectées dans tous les CSs du département de Bouaflé a été tentée avec le support du ministère¹².

La figure 10 reflète l'incidence des diarrhées des enfants de moins de 5 ans par rapport au nombre total de consultations tenues dans les trois CSs ayant eu la plus grande proportion de villages certifiés FDAL pour les années 2012, 2013 (avant programme) ainsi que 2016 et 2017 (après programme) ainsi que la moyenne pour les 14 CSs du département.

Ici encore les résultats ne sont pas probants. Sur la moyenne des 14 CSs, une amélioration continue au fil du temps est bien visible. Elle ne peut cependant être attribuée au PHAM vu que pour les trois CSs servant le plus de villages FDAL (20 à 25 % des villages servis par le CS) la tendance est au contraire inversée.

¹² Le département de Bouaflé a 14 CSs sur son territoire qui servent selon les statistiques reçues de la Direction Régionale de la Santé de Bouaflé, 210 communautés ayant une population moyenne (villes exclues) de 840 habitants par village. Le programme PHAM a adressé sur ce même territoire 89 communautés avec 40 d'entre elles ayant été certifiées FDAL et 49 restés DAL. Seul 38 villages du PHAM apparaissent sur la liste des villages servis par les CSs. 51 villages couverts par le PHAM sont en effet des petits campements (population moyenne 250 personnes) qui ne sont pas répertoriés dans les CSs. Des 38 villages qui apparaissent sur les registres des CSs la moitié (19) sont devenus FDAL et l'autre moitié (19) sont restés DAL. Comme les nombres de consultations et diarrhées infantiles enregistrées dans les CSs ne sont pas répertoriés par village mais seulement au niveau du CS, il n'est pas possible d'avoir des données de santé par village mais uniquement par CS.

Figure 10 : incidence de diarrhées infantiles en % des consultations dans les centres de santé



Source : Rapport d'évaluation finale PHAM, DUE/COWI janvier 2019, FWC SIEA 2018 – EUROPEAID/138778/DH/SER/MULTI

En conclusion la proportion de villages FDAL servis par les CSs du département est simplement trop faible et dispersée pour rendre visible une amélioration de la santé au niveau du CS induit par la construction de latrines dans les communautés du programme PHAM. Qui plus est l'absence d'eau potable dans la plupart des villages FDAL seulement équipés de puits ainsi que le manque d'application systématique et continue des pratiques d'hygiène familiales essentielles observées dans de nombreux villages en raison du manque de suivi, ne jouent pas non plus en faveur d'une amélioration tangible de la santé des villageois touchés par le programme PHAM. Cependant, la majorité des personnes interrogées dans les communautés déclarent soit n'avoir plus de diarrhées d'enfant, soit en avoir beaucoup moins qu'avant l'intervention du PHAM. La diminution des diarrhées semble liée aux gestes d'hygiène qui sont progressivement connus de la plupart des communautés, mais également à l'accès progressif aux latrines.

Quant aux effets inattendus, il est constamment ressorti dans les entretiens avec l'ensemble des interviewés (CDS, LN, partenaires de mise en œuvre, communauté) que le programme a contribué au (i) renforcement de la cohésion sociale et à l'organisation communautaire de la majorité des villages ; (ii) la réduction de la nuisance des mauvaises odeurs et la réduction des morsures des reptiles (scorpion, serpents).

9.2.1.4 Constat efficacité 4, question efficacité 5, facteurs internes à l'UNICEF :

La mission laisse entrevoir que la plupart des interventions a permis d'obtenir les produits prévus avec cependant quelques différences en fonction des localités. De l'avis des participants interrogés, ce résultat encourageant est tributaire à des facteurs internes à l'UNICEF ayant facilité où entravé la mise en œuvre. Au niveau des **facteurs internes ayant facilité l'atteinte des résultats** escomptés, l'évaluation note :

L'existence d'un cadre institutionnel : L'existence d'un cadre institutionnel avec le Gouvernement ivoirien pour améliorer l'accès à l'assainissement des communautés rurales est qualifié par les interviewés comme un facteur interne ayant facilité l'atteinte des objectifs. Ce cadre institutionnel a renforcé l'opérationnalisation et l'amélioration du mécanisme de coordination des acteurs et des interventions du programme. De l'avis des répondants, ce cadre institutionnel a servi de base structurelle pour l'élaboration d'une stratégie nationale de l'assainissement.

Modèle de collaboration et la formation des parties prenantes : Les entretiens laissent entrevoir également que le modèle de collaboration de l'Unicef avec les partenaires de mise en œuvre ainsi que leurs formations initiales

ont davantage facilité l'atteinte des résultats escomptés. De l'avis des répondants, la formation des membres de l'UNICEF, des partenaires du Gouvernement et des ONGs et les échanges d'expérience avec les autres pays ont été des facteurs internes à l'UNICEF ayant facilité l'atteinte des résultats.

L'approche ATPC utilisée : Les informations collectées auprès des populations ont confirmé que l'approche ATPC a été fortement appréciée par la majorité des communautés cibles parce qu'elle est adaptée au contexte socioculturel des communautés rurales. D'un point de vue social, l'approche ATPC est perçue par la majorité des acteurs sociaux comme un élément de facilitation ou de dissuasion des comportements des communautés rurales. Cette approche a fourni des autorisations sociales implicites ou des sanctions, non seulement à propos de la défécation à l'air libre, mais également pour tous les types de comportements en matière d'hygiène, facilitant du coup la réalisation des résultats attendus du programme. En outre, selon les propos de certaines personnes ressources, l'approche ATPC a révolutionné l'attitude attentiste qui consiste pour les communautés à « *tendre éternellement la main aux organisations humanitaires* ».

Le choix des ONG de mise en œuvre et la disponibilité de l'UNICEF : De l'avis des participants aux entretiens, le choix des ONG qualifiées et la disponibilité de l'équipe de l'Unicef dans l'accompagnement sont considérées comme un facteur interne à l'Unicef ayant facilité l'atteinte des résultats escomptés. De l'avis des répondants, l'Unicef a toujours été disponible pour accompagner les structures de mise en œuvre. Les actions d'encadrement des partenaires de mise en œuvre menées par UNICEF ont, selon toute vraisemblance, eu des effets réels au sein des communautés.

Les visites programmatiques de l'UNICEF sur le terrain : En ce qui concerne spécifiquement les visites, Il est revenu, de façon récurrente, que l'Unicef faisait des visites programmatiques de façon régulière dans les différentes localités. Ces visites programmatiques avaient pour objectif de faire des recommandations et de certifier les liquidations budgétaires des structures de mises en œuvre.

La majorité des CDS, LN, structures de mise en œuvre et acteurs étatiques interviewés estiment que tous ses facteurs sont jugés importants dans l'atteinte des résultats attendus du programme.

Quant aux **facteurs internes ayant entravé l'atteinte des résultats escomptés**, l'évaluation a noté, parmi d'autres :

- Le manque d'engouement des entreprises (12 sur 39 sensibilisées) et quincailleries (14 sur 46 sensibilisées) identifiées qui se sont impliquées dans le marché de l'assainissement (SANMARK) ;
- L'abandon (même la destruction partielle ou totale) des latrines LSDU pointant du doigt l'inadéquation de l'approche appliquée par l'ONG EAA pour promouvoir ladite latrine dans sa zone d'intervention¹³ ;
- Les différentes approches de micro-crédits (processus d'apprentissage) et le non-respect des échéanciers dans la majorité des cas ;
- Le manque de critères pour le choix des villages dans le processus de déclenchement qui a incité les ONGs à s'orienter vers des petits villages (voir campements) plus faciles à mobiliser pour un déclenchement communautairement vers un statut FDAL.

9.2.1.5 Constat efficacité 5, question efficacité 6, facteurs externes :

L'évaluation note que **la réputation de l'UNICEF auprès des communautés a été un facteur externe favorable** à l'atteinte des résultats escomptés du programme.

Quant aux **facteurs externes ayant entravé l'atteinte des résultats escomptés**, les entretiens laissent entrevoir, parmi d'autres :

- La non-effectivité de la décentralisation qui n'a pas permis d'avancer sur les modalités de transferts des compétences aux autorités locales et services techniques déconcentrés (source : *acteurs de mise en œuvre & étatique*) ;
- Une instabilité politique et plusieurs changements ministériels qui ont empêché la validation politique certains textes relatifs à la structuration et planification de la politique d'Assainissement en Côte d'Ivoire et à la clarification des rôles respectifs des différents acteurs élaborés et validés techniquement avec l'appui de l'assistance technique ; (source : *acteurs de mise en œuvre & étatique*)

¹³ L'approche de l'ONG EAA consistait à faire des promesses à la population. De l'avis de l'ONG elle-même, cela consistait à dire aux communautés que pour bénéficier du volet hydraulique du programme PHAM, elles doivent être FDAL.

- Le bénévolat des CDS et Leader naturel post projet (*source : leader communautaire, CDS, acteurs de mise en œuvre*). Les CDS et Leaders Naturels sont des bénévoles et n'ont pas, dans les cas rencontrés, de moyens financiers et matériels mis à leur disposition afin d'accomplir convenablement leurs missions. Cela a entraîné un déficit dans la sensibilisation et le suivi régulier des communautés et surtout dans le suivi post FDAL ; La persistance des pesanteurs socioculturelles (*Discussion de groupe, propos de Directeur d'école & d'un leader communautaire*). Ces pesanteurs existent et ont été relevées dans certaines localités visitées, où les communautés préfèrent déféquer à l'air libre. Par exemple, dans les localités de Yébegouin, Krigambo, 'Sur la Côte etc., l'évaluation a constaté que les interventions du programme ont été handicapées par des pesanteurs socioculturelles qui, dans ces zones, sont un frein à l'initiative locale. Cette affirmation est confortée par les propos d'un enquêté en ces termes : « Certaines personnes du fait de leurs considérations socioculturelles refusent de déféquer dans les WC et s'opposent à l'installation des latrines dans leurs cours ou même dans leur campement...C'est le cas de la localité appelé "Sur la Côte" ou le chef à interdit aux habitants de se construire une latrine sous prétexte que les génies du village détestent la construction des latrines sur son territoire » (entretien individuel, propos d'ONG de mise en œuvre).

9.2.1.6 Constat efficacité 6, questions efficacité 7 et 8 :

À partir des observations terrain, des entretiens individuels et des discussions de groupe avec les bénéficiaires du programme et de l'analyse des données des enquêtes CAP (ECRAM consulting, octobre 2014) et ENDLIN (ENSEA, septembre 2018) l'évaluation a fait le constat suivant en termes de contribution du PHAM au changement de comportements en matière d'assainissement et d'hygiène individuelle et collective au sein des communautés ciblées (tableaux 11 à 16 et figures 11 à 12 ci-après) :

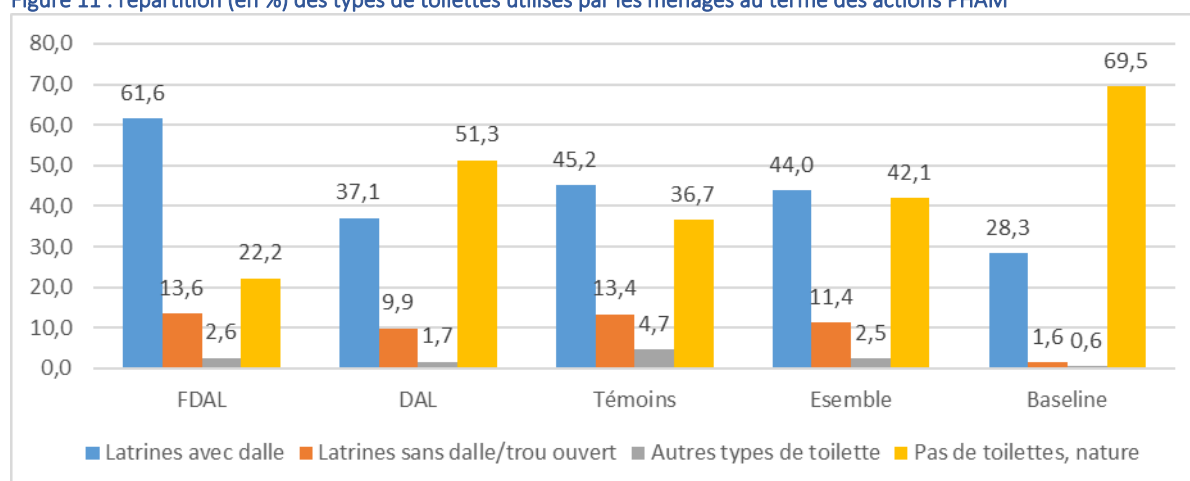
- Le pourcentage des villages enquêtés avec toilettes améliorées a augmenté de 7,0 à 19,6% ;
- Le pourcentage de la population enquêtée ayant accès à des toilettes améliorées a augmenté de 8,3 à 22,8% ;
- La composante « assainissement » du PHAM a contribué à l'augmentation des latrines avec dalle (de 28,3 à 61,6% dans les villages DAL) ;
- La proportion de toilettes hygiéniques utilisées un an après la clôture du PHAM reste faible (entre 40,3% dans les villages FDAL et 20,9% dans les villages DAL) ;
- La proportion des ménages utilisant des toilettes avec dispositif de lavage des mains un an après la clôture du PHAM reste faible (entre 59,8% dans les villages FDAL (dont 12,1% non observé) et 40,4% dans les villages DAL (dont 5,2% non observé)) ;
- La plupart des ménages déclarent disposer d'un dispositif de lavage des mains (64,1% villages FDAL, 67,6% villages DAL et 59,2% villages témoins) ;
- La proportion des villages témoins disposant d'un dispositif de lavage des mains approprié est plus élevé (67,2%) que dans les villages PHAM (autour de 54%) ;
- 96,5% des villages FDAL à la fin du PHAM (sur 56 villages FDAL enquêtés) sont retournés au statut DAL un an après et aucun village DAL (105 villages DAL enquêtés) n'a obtenu le statut FDAL un an après ;
- La plupart des villages PHAM enquêtés ont amélioré les pratiques hygiéniques mais peinaient à respecter la totalité des 5 critères FDAL au moment de l'enquête ENDLIN du PHAM.

Tableau 11 : comparaison assainissement domestique avant / après PHAM

Statut du village	FDAL	DAL	Village Témoin	Total (villages enquêtés)
Pourcentage de ménages avec toilettes améliorées				
Avant				7,0
Après	34,9	14,1	16,3	19,6
Pourcentage de la population ayant accès à des toilettes améliorées				
Avant				8,3
Après	40,3	16,5	25,2	22,8

Source : Rapport enquête ENDLIN (ENSEA, septembre 2018)

Figure 11 : répartition (en %) des types de toilettes utilisés par les ménages au terme des actions PHAM



Source : Rapport enquête ENDLINE (ENSEA, septembre 2018)

Tableau 12 : statut des toilettes utilisées par les ménages au terme des actions PHAM

Statut Villages	Toilette hygiénique (%)	Toilette non hygiénique (%)
Villages FDAL	40,3	59,7
Villages DAL	20,9	79,1
Villages Témoins	10,1	89,9
Ensemble	24,0	76,0

Source : Rapport enquête ENDLINE (ENSEA, septembre 2018)

Tableau 13 : répartition (en %) des ménages utilisant des toilettes avec dispositif de lavage des mains au terme des actions PHAM

Statut Villages	Toilette avec dispositif, vu (%)	Toilette avec dispositif déclaré, non vu (%)	Toilette sans dispositif (%)
Villages FDAL	47,7	12,1	40,2
Villages DAL	35,2	5,2	59,5
Villages Témoins	15,1	1,9	83,0
Ensemble	34,3	6,4	59,3

Source : Rapport enquête ENDLINE (ENSEA, septembre 2018)

Tableau 14 : ménages (%) disposant d'un dispositif de lavage des mains au terme des actions PHAM

Statut Villages	Dispositif observé (%)	Pas dans le logement / terrain / jardin / cour (%)	Autres raisons (%)
Baseline Survey	7,7	74,4	17,9
Villages FDAL	64,1	34,9	1,1
Villages DAL	67,6	30,3	2,1
Villages Témoins	59,2	38,2	2,6
Ensemble	65,1	32,9	2,0

Source : Rapport enquête ENDLINE (ENSEA, septembre 2018)

Tableau 15 : ménages (%) disposant d'un dispositif de lavage des mains approprié au terme des actions PHAM

Statut Villages	Dispositif avec eau et savon (%)	Pas de dispositif (%)
Villages FDAL	53,4	46,6
Villages DAL	54,0	46,0

Villages Témoins	67,2	32,8
Ensemble	56,4	43,6

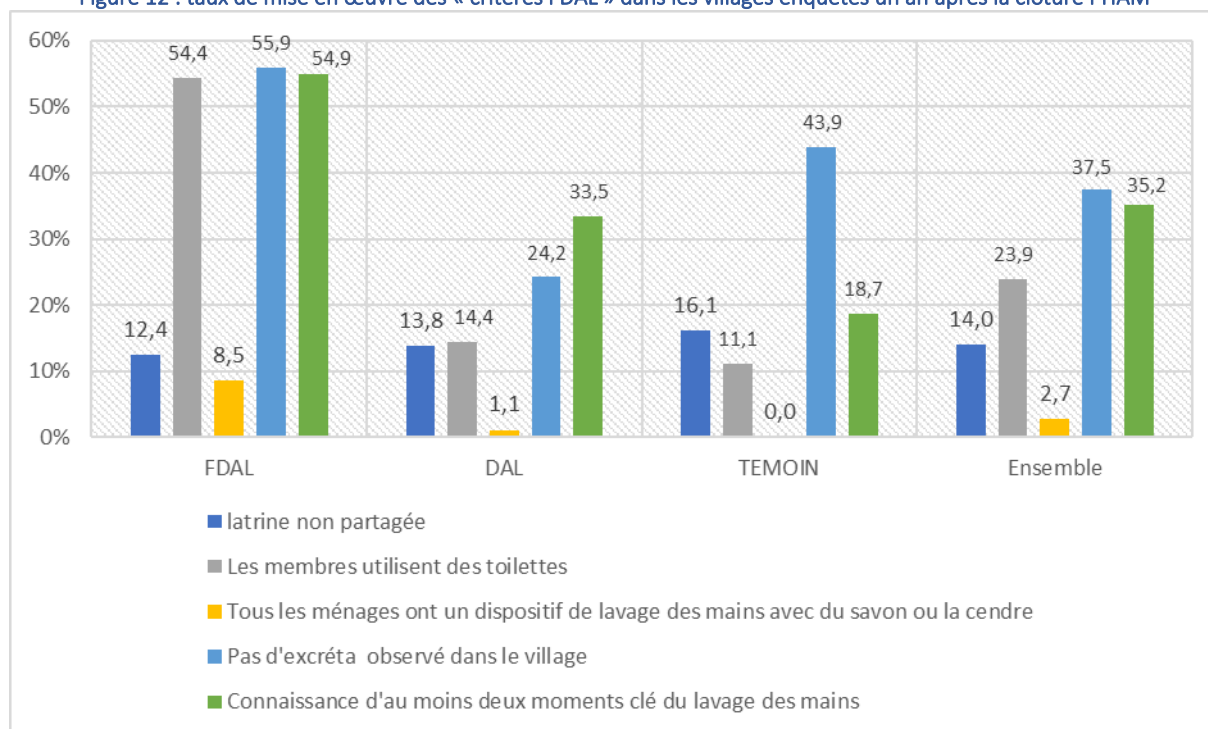
Source : Rapport enquête ENDLINE (ENSEA, septembre 2018)

Tableau 16 : évolution du statut « FDAL/DAL » des villages PHAM un an après la fin des actions PHAM

Statut de départ (fin PHAM)	FDAL	DAL	ENSEMBLE
Statut actuel (end line survey 1 an après fin PHAM)			
FDAL (%)	3,5	0,0	0,8
DAL (%)	96,5	100,0	99,2
Nombre de Villages enquêtés	56	105	161

Source : Rapport enquête ENDLINE (ENSEA, septembre 2018)

Figure 12 : taux de mise en œuvre des « critères FDAL » dans les villages enquêtés un an après la clôture PHAM



Source : Rapport enquête ENDLINE (ENSEA, septembre 2018)

9.2.1.7 Constat efficacité 7, question efficacité 10, effets induits de la mise en œuvre de l'ATPC :

L'évaluation a constaté les effets induits de la mise en œuvre de l'ATPC dans les domaines suivants :

i) Le transfert des compétences dans le domaine de la construction :

a. Effets attendus :

Les entretiens réalisés enseignent que les effets majeurs suivants dans ce domaine sont :

- i. Une évolution positive de la construction de latrines traditionnelles avec « les moyens du bord » vers des latrines « VIP » plus durables et hygiéniques (dalle en béton avec couvercle, superstructure en banco avec toit, porte et ventilation, dispositif de lave mains) ;
- ii. Une meilleure qualité des latrines standardisées après l'introduction du marketing (social, commercial et réseau) dans certains départements pilotes.

b. Effets inattendus :

- i. Des succès assez mitigés obtenus sur le terrain avec la promotion du concept d'assainissement productif et rémunérateur visant à convaincre les populations à améliorer leurs infrastructures d'assainissement et ainsi gravir progressivement l'échelle de l'assainissement.
- ii) **Le renforcement des dynamiques communautaires en faveur de l'amélioration du cadre de vie et des conditions de vie :**
 - a. Effets attendus :
 - i. Connaissance et appréciation communautaire progressives du lien entre la DAL et les maladies diarrhéiques, réduction de l'incidence des maladies diarrhéiques ;
 - ii. Prise de conscience communautaire d'améliorer par eux-mêmes leur cadre de vie ;
 - b. Effets inattendus :
 - i. Renforcement de la solidarité et de l'organisation communautaire ;
 - ii. La reconstruction de certaines communautés par-delà les lourdeurs du passé. En effet, de l'avis des interviewés, la majorité des localités FDAL était dominé par des associations mono-ethniques et des regroupements par affinité qui s'opèrent dans un environnement social marqué par une crise de confiance et des suspicions intercommunautaire héritées des crises sociopolitiques successives qu'a connu le pays. De l'avis des témoignages des autorités préfectorales :

« L'ATPC a résolu plusieurs problèmes à la fois dans les différentes communautés. En plus de la question d'assainissement, l'ATPC a, de façon inattendue, permis de briser les éventuelles crises de confiance intercommunautaires et de vivre ensemble... » (Entretien individuel, propos de l'autorité préfectorale)
- iii) La contribution aux résultats nationaux en matière de réduction de la pratique de la défécation à l'air libre ?
 - a. Effets attendus :
 - i. Voir les résultats listés au paragraphe 9.2.1.1
 - ii. Transfert progressif des responsabilités de gestion des acquis du programme, dont par exemple, l'élaboration et la signature d'un pacte de durabilité élargie aux parties prenantes du PHAM ;
 - b. Effets inattendus :
 - i. Un changement de comportement durable qui n'est pas observable dans les zones pilotes du San Mark et de l'ATPC, en dépit des campagnes de sensibilisation. Cela s'est traduit par de fortes propensions au retour à la DAL (REDAL) et une rechute dans la pratique du lavage des mains dans les communautés déclarées FDAL avec la présence de caca dehors et dans les vases (sources : études de triangulation, rapport d'évaluation finale PHAM, ..).

9.2.2 Conclusions préliminaires efficacité :

À partir des constats énumérés ci-dessus, l'évaluation a formulé les conclusions préliminaires suivantes :

Conclusions préliminaires efficacité

EFFICA 1 : Le niveau d'atteinte des résultats est satisfaisant en termes de :

- Villages ayant atteint le statut FDAL 3 ans après le démarrage du PHAM (103%) ;
- Nombre de personnes adoptant de bonnes pratiques d'hygiène (92% de la cible) ;
- L'utilisation des sous-produits d'assainissement (110% de la cible)

Le niveau d'atteinte des résultats est moins satisfaisant en termes d'utilisation de latrines améliorées (62% de la cible selon la définition PHAM).

(Constat efficacité n° 1).

EFFICA 2 : La répartition des rôles et des responsabilités entre les acteurs de mise en œuvre étaient appropriés pour l'obtention des résultats du programme **(Constat efficacité n° 2).**

EFFICA 3 : il n'a pas été possible d'étayer l'impact du programme sur la santé des villages du PHAM à partir des statistiques départementales du ministère de la Santé **(Constat efficacité n° 3).**

EFFICA 4 : Le maintien du statut FDAL demeure problématique (la totalité des 5 critères FDAL) mais l'amélioration des pratiques hygiéniques est un acquis indéniable **(Constat efficacité n° 6).**

9.3 Efficience

Questions sur l'Efficience

1. Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et matérielles ont-elles été utilisées ? – adéquate (en quantité) ? - suffisante (en qualité) et - distribuée / déployée en temps opportun pour la mise en œuvre du programme ?
2. Quel est le coût du programme par bénéficiaire ?
3. Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles occasionné la duplication des interventions ou un chevauchement avec des interventions similaires financées par d'autres organismes ?
4. Quelles sont les principales différences entre les stratégies d'élimination de la défécation en plein air adoptées par les partenaires de mise en œuvre (ONG) et laquelle d'entre elles a été la plus efficace en termes de rentabilité ?
5. Dans quelle mesure les mécanismes de gestion et de coordination du programme ont-ils rationalisé l'utilisation des ressources pour l'élimination de la défécation en plein air ?
6. Quels peuvent être les enseignements tirés du programme ?

L'analyse de l'efficience vise à mesurer la relation entre les différentes activités, les ressources disponibles et les résultats prévus. Il est donc question de vérifier à travers les questions d'évaluation ci-dessous, la qualité du rapport entre les interventions du programme, les ressources disponibles et les résultats prévus.

9.3.1 Constats efficience

La revue documentaire ; les observations terrain dans les villages visités ; les entretiens individuels avec les partenaires de mise en œuvre, les concepteurs et promoteurs du PHAM et les bénéficiaires ; et les discussions de groupe sur la base des 6 questions évaluatives en lien avec le critère « efficience » ont permis à l'équipe d'évaluation d'énoncer les constats suivants :

9.3.1.1 Constat efficience 1, question efficience 2, le coût du programme par bénéficiaire :

Le tableau 18 ci-dessous présente une synthèse des éléments de coût de la composante assainissement du PHAM communiqués par le bureau UNICEF CÔTE D'IVOIRE. Le coût total de 10 193 331 USD a été décomposé en : i) Coûts directs d'un montant de 6 583 020 USD (comprenant les frais liés aux ressources humaines, équipements et fournitures, consommables et entretien, visibilité, ATPC au niveau des villages (incluant hygiène) et la construction de latrines institutionnelles (Ecoles et Centres de Santé)) ; ii) renforcement des capacités d'un montant de 459 848 USD ; iii) le suivi, l'évaluation et la recherche d'un coût total de 718 142 USD et iv) les coûts indirects d'un montant de 2 432 321 USD. Ces investissements ont concouru à :

- i. 823 communautés FDAL ;
- ii. 293 804 personnes FDAL ;
- iii. 473 871 personnes utilisant des latrines améliorées (JMP) ;
- iv. 204 926 personnes utilisant des latrines améliorées (PHAM) ;
- v. 240 cabines de latrines institutionnelles construites.

Afin de calculer les coûts unitaires des actions ATPC (FDAL, utilisation de latrines améliorées) et des infrastructures nous avons ventilé 90% des coûts en dehors des lignes ATPC (800 718 USD) et latrines institutionnelles (417 927 USD) sur les actions ATPC et 10% sur les infrastructures. Les coûts unitaires ainsi calculés sont présentés au tableau 18 ci-dessous. Ces coûts unitaires tombent dans la fourchette de programmes similaires (ASWA DGIS par exemple). Il faut signaler toutefois que la proportion des coûts indirects affectés à la composante assainissement du PHAM est assez élevée (23,9%) et mériterait d'être détaillé plus (coûts d'intervention du personnel d'encadrement et d'accompagnement des ONG et de l'UNICEF).

Tableau 17 : synthèse des éléments de coût de la composante assainissement du PHAM

N°	Description du poste budgétaire	Montant (en USD)	Pourcentage du coût total (%)	Pourcentage de la rubrique (%)
1	Coût Direct de la composante Assainissement du PHAM	6.583.020	64,6%	100,0%
1.1	Ressources humaines	2.934.189		44,6%
1.2	Equipement et fournitures	1.009.313		15,3%
1.3	Consommables et entretien	1.247.862		19,0%
1.4	Visibilité	173.011		2,6%
1.5	ATPC au niveau des villages, incluant hygiène	800.718		12,2%
1.6	Latrines institutions (Ecoles et Centres de Santé)	417.927		6,3%
2	Renforcement des capacités	459.848	4,5%	
3	Suivi, Evaluation et Recherche	718.142	7,0%	
4	Coût Indirect de la composante Assainissement du PHAM	2.432.321	23,9%	
Coût total		10.193.331	100,0%	
Résultats obtenus		Nombre	Coût par résultat (en USD)	Coût unitaire (en USD)
Personnes utilisant des latrines améliorées (JMP)		473.871	8.877.936	19
Personnes utilisant des latrines améliorées (PHAM)		204.926	8.877.936	43
Nombre de communautés déclarées FDAL		823	8.877.936	10.787
Population FDAL		293.804	8.877.936	30
Nombre de cabines de latrines institutionnelles construites		240	1.315.395	5.481

9.3.1.2 Constat efficience 2, question efficience 3, duplication d'interventions ou chevauchements avec d'interventions similaires :

Les informatrices et informateurs clés enseignent que le programme PHAM n'a pas occasionné une duplication ou un chevauchement avec des interventions similaires. Selon les communautés enquêtées, il n'y a pas eu de chevauchement entre les programmes dans la mesure où elles n'ont connu que ce seul programme s'intéressant à l'assainissement dans leurs localités et dans la période de 2013 à 2016. Cependant, la revue documentaire informe que le programme s'avère complémentaire d'autres initiatives soutenues par les Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Il s'agit notamment :

- Du projet de renaissance des infrastructures en Côte d'Ivoire (PRICI), initié en juin 2012, avec un financement conjoint de la Banque Mondiale et de l'État de Côte d'Ivoire (interventions en milieu urbain, dans les communes de Port-Bouët, Koumassi, Yopougon, Bouaké, Daloa, Divo, Korhogo et San-Pedro) ;
- Du projet d'appui à l'accélération de l'accès durable à l'eau, l'Hygiène et l'assainissement (PADEHA), financé par le gouvernement néerlandais.

9.3.1.3 Constat efficience 3, question efficience n° 4, stratégies d'intervention :

Les ONGs enquêtées (IRC, Croix-Rouge, EAA) ont tous utilisé l'approche ATPC. Dans la mise en œuvre de l'ATPC pour l'élimination de la DAL, l'évaluation note que les stratégies de mise en œuvre n'ont pas fondamentalement varié d'une ONG à une autre. Dans le processus des activités de fin de la défécation à l'air libre, l'EAA, l'IRC et

son partenaire local ASAPSU ont communiqué directement sur l'utilisation de l'ATPC pour l'élimination de la défécation à l'air libre dans les localités. Cette approche a reposé sur une communication provocatrice directe suivant les étapes classiques de l'ATPC et permettant de faire prendre conscience à la communauté de l'importance de mettre fin à la défécation à l'air libre sans condition ou promesse. La mission a noté l'efficacité de cette approche dans la mesure où elle ne fait pas de promesse. Cependant, la structure EAA a souvent couplée l'approche ATPC à celle du projet ECOSAN¹⁴ (Assainissement écologique), projet qu'elle exécutait avant le démarrage du PHAM. Pour le déclenchement des localités et l'incitation des ménages à la construction de latrines durables (LSDU) EAA a opté pour une stratégie de construction des latrines Toilettes Sèche à Déviation d'Urine (TSDU) par micro-crédit piloté exclusivement par les techniciens d'EAA et quelques maçons (ainsi, les agents de EAA font la promotion des TSDU, recherchent les adhérents qui souscrivent au crédit pour l'acquisition d'une TSDU, organisent la construction des latrines par des maçons et assurent le recouvrement des coûts auprès des ménages.

Le tableau 19 ci-après présente les coûts unitaires (en XOF et USD, sans les rubriques 1.6, 3 et 4¹⁵ du tableau 18) par localité/personne FDAL. Le tableau démontre clairement que l'approche IRC était plus efficiente de celles de CRF (28% par localité FDAL et 107% par personne FDAL) et EAA (85% par localité FDAL et 281% par personne FDAL).

Tableau 18 : analyse de l'efficacité des ONG

Partenaire de mise en œuvre (PMO)			DECLENCHEMENTS		FDAL		% FDAL		Coût Unitaire			
NGO	Valeur totale du contrat		Localités	Population	Localités	Population	% localités	% population	par localité FDAL		par personne FDAL	
	XOF	USD							XOF	USD	XOF	USD
IRC	1.624.598.369	2.661.303	700	363.048	403	182.768	✓ 58%	✓ 50%	4.031.261	6.604	8.889	15
CRF	1.592.153.524	2.608.155	707	261.400	309	86.611	✓ 44%	✓ 33%	5.152.600	8.441	18.383	30
EAA	827.458.190	1.355.484	267	115.134	111	24.425	✓ 42%	⚠ 21%	7.454.578	12.212	33.878	55
TOTAUX/MOYENNES	4.044.210.083	6.624.942	1.674	739.582	823	293.804	✓ 49%	✓ 40%	4.913.986	8.050	13.765	23
USD/XOF : 610,4521475												

Source : Equipe d'Évaluation

9.3.1.4 Constat efficacité 4 :

Sur la base des entretiens avec les différentes cibles, l'évaluation a observé le suivant, en termes d'efficacité de mise en œuvre de la composante « assainissement » du PHAM :

- Les ONG IRC, CRF et, dans une moindre mesure EAA, ont réussi à accompagner les villages/localités cibles au statut FDAL à travers la mise en œuvre de l'ATPC, dans un laps de temps relativement court (2 ans pour l'atteinte des objectifs fixés) et à des coûts abordables, notamment et sans les coûts indirects à : i) 19 USD par personne utilisant une latrine améliorée type JMP ; ii) 43 USD par personne utilisant une latrine améliorée type PHAM ; iii) 10.787 USD par village / localité déclaré FDAL ; iv) 30 USD par personne déclaré FDAL et v) 5.481 USD par cabine de latrines institutionnelles construites ;
- Ces moyennes cachent de gros écarts, en termes de coûts unitaires, entre les différents partenaires de mise en œuvre avec l'approche IRC reconnue la plus efficace (devant CRF et EAA loin derrière) ;

¹⁴ La solution LSDU n'a été proposée et appliquée que marginalement à 2,2 % des villages ciblés et par une seule ONG sur trois alors qu'elle représente un concept d'assainissement productif et rémunérateur a priori enclin à convaincre les populations à améliorer leurs infrastructures d'assainissement et ainsi gravir progressivement l'échelle de l'assainissement. Au vu des succès très mitigés obtenus sur le terrain via cette approche, il apparaît que si on considère que cette option aurait pu être offerte systématiquement comme une alternative technique possible pour tous les villages déclenchés, elle aurait également dû bénéficier d'un accompagnement spécifique, prenant en compte ses facettes multiples.

¹⁵ La rubrique 4 comporte les coûts indirects des ONG et UNICEF, il est difficile, à partir des informations disponibles de répartir ces coûts sur les 3 ONG.

9.3.2 Conclusions préliminaires efficacité :

À partir des constats énumérés ci-dessus, l'évaluation a formulé les conclusions préliminaires suivantes :

Conclusions préliminaires Efficience

EFFICI 1 : la mise en œuvre de la composante « assainissement » du PHAM démontre que l'approche ATPC, à travers un changement de comportement collectif au sein d'une communauté, permet de mettre fin à la défécation à l'air libre et d'améliorer les comportements hygiéniques à un coût moyen relativement faible (30 USD)

(Constat efficacité n° 1).

EFFICI 2 : Le Ministère de la Santé a réussi à éviter les doublons et les chevauchements par une répartition judicieuse des interventions similaires **(Constat efficacité n° 2).**

EFFICI 3 : L'articulation des approches ATPC et ECOSAN (assainissement écologique) pour le déclenchement des localités et l'incitation des ménages à la construction de latrines durables (LSDU) par micro-crédit n'a pas donné les résultats escomptés en termes d'efficacité et d'efficacité **(Constats efficacité n° 3 et 4).**

9.4 Durabilité

Questions sur la Durabilité

1. Dans quelle mesure le programme a-t-il identifié et développé les capacités, structures et mécanismes nationaux et locaux existants de la société civile et du gouvernement ?
2. Dans quelle mesure les réalisations du programme ont-elles été soutenues et, pour les plus récentes, comment seront-elles soutenues lorsque le soutien extérieur prendra fin ?
3. Comment les parties prenantes peuvent-elles s'assurer que les résultats du programme sont durables ?
4. Quels nouveaux mécanismes ou capacités ont été mis en place ou restaurés au niveau national, des districts ou des communautés ?
5. Dans quelle mesure ces capacités et compétences sont-elles activement utilisées et quelles sont les indications de durabilité ?
6. Quelles sont les principales forces et les principaux défis en ce qui concerne la durabilité des réalisations du programme aux niveaux communautaire et institutionnel ?
7. Dans quelle mesure des mécanismes fonctionnels ont été mis en place et opérationnalisés au sein des communautés ciblées pour (i) maintenir le statut d'abandon de la défécation à l'air libre dans les localités ciblées et (ii) assurer la pérennité des acquis du programme en général ?
8. Dans quelle mesure l'ATPC développée dans le cadre de la mise en œuvre du PHAM a-t-elle permis aux hommes, aux femmes, aux jeunes et aux communautés des localités ciblées de s'approprier des changements de comportements préconisés dans les domaines de l'Hygiène et l'assainissement ?
9. Quelles sont les conditions requises pour le passage à l'échelle de l'approche pour la fin de la défécation à l'air libre et l'amélioration de l'accès au service d'assainissement amélioré ?
10. Avez-vous constaté des difficultés qui pourront être des contraintes majeures pour la poursuite des activités ou la pérennité de l'action ? Lesquelles ? Selon vous comment peut-on anticiper ou résoudre ces problèmes ?

Cette section du rapport de l'évaluation examine à travers les questions d'évaluation ci-dessous le critère de durabilité des interventions du programme. Elle vise à renseigner si les effets des interventions du programme perdureront dans le temps après son arrêt.

9.4.1 Constats durabilité

La revue documentaire ; les observations terrain dans les villages visités ; les entretiens individuels avec les partenaires de mise en œuvre, les concepteurs et promoteurs du PHAM et les bénéficiaires ; et les discussions de groupe sur la base des 10 questions évaluatives en lien avec le critère « durabilité » ont permis à l'équipe d'évaluation d'énoncer les constats suivants :

9.4.1.1 Constat durabilité 1, questions durabilité 1 et 2 :

La mission note que depuis son origine le programme PHAM s'est inscrit dans une optique de pérennité des acquis. En témoigne les mécanismes ci-dessous développés par le programme :

- Le programme a mis en place un comité de coordination et un comité de suivi de l'évaluation et de certification des villages FDAL. Ces structures permettent de soutenir la mise en œuvre des activités du programme d'une part et d'autre part d'assurer le suivi des principales orientations dans le document de stratégie et du plan d'action. Ce qui ressort d'intéressant dans les entretiens est que le programme est intégré au niveau des ministères techniques et s'appuie sur les compétences locales (DAD), pour exécuter le suivi des activités et la certification des localités FDAL ;
- Le programme a mis en place des comités départementaux de suivi qui assurent la coordination et la gestion du programme dans chaque département. Ces comités sont dirigés par les préfets et impliquent toutes les autorités locales du département. Ainsi, les comités de suivi mis en place

permettent d'impliquer à l'échelle nationale et départementale, les différentes parties prenantes stratégiques (collectivités territoriales, société civile etc.) de la mise en œuvre des programmes ;

- Renforcement des capacités des acteurs nationaux. Les entretiens enseignent que tous les acteurs nationaux ont bénéficié de renforcement des capacités. Le programme, à travers les activités de sensibilisation, a renforcé la connaissance des Comités Départementaux de Suivi (CDS), Leaders Naturels (LN) et des communautés sur les articulations de l'assainissement et des règles d'hygiène. En ce sens, le programme a permis ainsi des changements d'attitude et de comportement, propices à la réalisation de la FDAL ;
- La recommandation d'élargir le pacte de durabilité, conclu dans le cadre de la mise en œuvre du PADEHA, à d'autres programmes nationaux en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

9.4.1.2 Constat durabilité 2, question durabilité 2 :

La revue documentaire ainsi que les entretiens réalisés avec les partenaires de mise en œuvre et les bénéficiaires font apparaître des acquis induits par la dynamique de l'approche utilisée pour la mise en œuvre du programme. L'évaluation perçoit que la réalisation du programme a été soutenue par :

- *L'approche participative couplée à un transfert graduel des compétences et des responsabilités* : Parmi les réalisations du programme permettant de concourir à la durabilité des interventions, lorsque le soutien extérieur prendra fin, il faut mentionner l'approche participative (couplée à un transfert graduel des compétences et des responsabilités) tout au long du processus de conception, de planification et de mise en œuvre du programme ainsi que le renforcement des capacités de toutes les parties prenantes visant la pleine appropriation des approches développées. Sur la base des échanges, les représentants des ministères partenaires, principalement les directions centrales, soutiennent être associés au projet en participant à différentes rencontres, discussions ainsi qu'à des missions de suivi, évaluation et certification FDAL ;
- L'approche à base communautaire qui a enclenché l'engagement et la participation effective de l'approche ATPC porte en elle les bases de la durabilité car elle repose sur un changement de comportement en termes d'abandon de la pratique de la défécation à l'air libre et d'utilisation hygiénique des latrines ;
- La pérennisation des acquis du programme est assurée au niveau communautaire par des leaders naturels et les CVS-ATPC qui poursuivront l'amélioration de leur cadre de vie sous l'encadrement des CDS-ATPC ;
- Le développement du marché de l'assainissement (SANMARK) a facilité l'accès des populations aux produits d'assainissement qui ont permis la construction de latrines durables ;
- L'impulsion d'une restructuration du secteur de l'assainissement en général et plus particulièrement de l'assainissement rural avec la création de la Direction de l'Assainissement Rural (DAR) et la mise en place de points focaux / DAR dans les régions du pays par le programme PHAM. La dynamique de structuration du secteur de l'assainissement constitue un indicateur de durabilité mais reste encore faible pour assurer le suivi post-FDAL et à même de garantir la durabilité des acquis du programme ;
- Le renforcement des capacités des parties prenantes : Le programme s'est appuyé sur une stratégie de transfert graduel des responsabilités, dès sa conception et a misé sur une importante composante de renforcement des capacités des parties prenantes y compris les acteurs de mise en œuvre du programme dans les communautés, ce qui est déterminant en vue d'assurer la pérennité des acquis ;
- L'appropriation des acquis du PHAM par le leadership sectoriel (DAD/DAR et DHP) s'est traduite par les activités de renforcement des capacités, de suivi et d'évaluation de l'ATPC ainsi que par la capitalisation de ses acquis dans le cadre de la mise en œuvre du Programme Social du Gouvernement ;
- Le maintien du statut FDAL passe aussi par la mise en place d'un cadre solide pour permettre un accompagnement des communautés et une pérennisation du changement de comportements. Au niveau du village, ce cadre est assuré par les Comités Villageois de Suivi, le maintien du statut post-FDAL est fortement conditionné à la mise en place effective de ce système de suivi de proximité qui nécessite d'être capacité et légitimisé pour une prise de relais des ONG à la fin du programme ;

9.4.1.3 Constat durabilité 3, question durabilité 5, l'utilisation effective des capacités et compétences :

L'évaluation note que l'utilisation des capacités et compétences mises en place ou restaurées reste encore peu appréciable au niveau national. Mais elle reste forte au niveau communautaire. En effet, au niveau

communautaire, l'utilisation des compétences est appréciable quant à la durabilité des acquis du projet dans plusieurs localités. À cet effet, les indicateurs de durabilité relevés par l'évaluation sont :

- La mise en place de mécanismes communautaires d'hygiène en l'occurrence le balayage du village, le ramassage des ordures, l'Hygiène relative aux ménages etc.
- Le renforcement graduel de la solidarité sociale et du pardon intercommunautaire ;
- La mise en scène progressive d'une parenté à plaisanterie quant au suivi communautaire des latrines et d'autres installations sanitaires (dispositif de lavage de main) ;
- L'implication progressive des mutuelles de développement dans le renforcement et le maintien du statut FDAL de plusieurs localités.

9.4.1.4 Constat durabilité 4, question durabilité n° 6, les forces et défis :

La mission a constaté des forces et défis dans la mise en œuvre du Programme, notamment pour ce qui est des interventions aux niveaux communautaires et institutionnels, en particulier :

Niveau communautaire :

Forces :

- La connaissance progressive des communautés de la relation entre l'Hygiène – l'Assainissement et la Santé. Cela constitue un facteur important dans le processus de maintien FDAL ;
- La mise en place de mécanismes communautaires d'hygiène en l'occurrence le balayage du village, le ramassage des ordures, l'Hygiène relative aux ménages etc. ;
- L'implication progressive des mutuelles de développement (cadres des localités) dans le renforcement et le maintien du statut FDAL de plusieurs localités ;
- L'auto-déclenchement progressif de certaines communautés non bénéficiaires du programme, tels que Goya, N'Dakro etc...

Défis :

- Le passage à l'échelle du statut des localités DAL au statut FDAL ;
- L'amélioration des installations d'assainissement ;
- Le maintien de la cohésion et la solidarité sociale à l'approche des prochaines joutes électorales de 2020 ;
- La forte dépendance du secteur de l'assainissement vis-à-vis de l'aide extérieure.

Niveau institutionnel

Forces :

- Les entretiens, associés à la revue documentaire, révèlent que le programme PHAM a contribué à structurer le secteur de l'assainissement, et surtout, à faire « sortir de l'ombre » l'assainissement en milieu rural en Côte d'Ivoire. En témoignent : (i) la mise en place des CDS et leaders Naturels (LN) ; (ii) La création d'un ministère en charge de l'assainissement (MINASS – juillet 2018), (iii) la création de la DAR (Direction de l'Assainissement Rural en octobre 2016, (iv) l'annonce (mai 2019) de la mise en place de points focaux / DAR dans toutes les régions du pays, (v) la mise en place de 7 premières Directions Régionales du MINASS, (vi) l'existence d'initiatives locales, prises par des PMO qui ont capitalisé sur l'approche ATPC (ex. Société Ivoirienne de Matériel et de Pièce d'Occasion (SIMPO) à San Pédro) et constituent une ressource locale mobilisable dans le cadre des futurs programmes, (vii) l'organisation par l'UNICEF, en mars 2018 (hors PHAM), d'un atelier de réflexion sur la pérennisation de la mise en œuvre de l'ATPC en Côte d'Ivoire, qui a débouché sur la production de constats et recommandations réalistes et pertinents.

Défis à relever :

- Absence de réseautage des Comités Départementaux de Suivi (CDS), des Leaders Naturels, dans une dynamique de stratégie nationale de l'assainissement rural dans le pays.
- Faible coordination interministérielle post interventions du programme. Malgré le développement de l'ATPC dans les communautés avec implication des autorités locales (collectivités) ; le suivi post FDAL reste une problématique.
- L'engagement financier insuffisant de la part du Gouvernement, des collectivités territoriales et des partenaires techniques et financiers pour assurer le suivi post-FDAL.

9.4.1.5 Constat durabilité 5, question durabilité 7:

L'évaluation n'a pas observé de différence entre les mécanismes mobilisés au sein des différentes communautés pour maintenir le statut FDAL et garantir la durabilité des acquis du programme. Ainsi, ils concernent :

- La mise en place de mécanismes communautaires d'hygiène en l'occurrence le balayage hebdomadaire du village, le ramassage des ordures, l'Hygiène relative aux ménages etc. ;
- La mise en scène progressive d'une parenté à plaisanterie quant au suivi communautaire des latrines et d'autres installations sanitaires (dispositif de lavage de main) ;
- L'émergence d'initiative communautaire de contrôle matérialisé par la mise en place symbolique de polices locales composées de jeunes garçons & filles. De l'avis des communautés, leur rôle dans le village est de contrôler et de maintenir l'entretien du village avec « des amendes de 2000 FCFA » infligées aux ménages qui ne respectent pas le principe communautaire établi ;
- La disponibilité avérée de la majorité des ménages à investir financièrement dans la réparation ou l'amélioration des installations d'assainissement ;
- Le renforcement progressif de la capacité et du respect des mesures d'assainissement dictées par les chefs de village FDAL.

9.4.1.6 Constat durabilité 6, question durabilité n° 8 :

De l'avis des partenaires de mise en œuvre et des bénéficiaires, l'ATPC développée dans le cadre de la mise en œuvre du PHAM a permis aux hommes, aux femmes, aux jeunes et aux communautés des localités ciblées de s'approprier des changements de comportements préconisés dans les domaines de l'Hygiène et de l'assainissement. Cette affirmation est confortée par les constats suivants :

- L'approche ATPC a généré une prise de conscience sans précédent et une demande communautaire affirmée et croissante de la nécessité de mettre fin à la défécation à l'air libre ;
- L'ATPC développée dans le cadre de la mise en œuvre du PHAM a favorisé la promotion des connaissances et l'amélioration de l'offre et la demande en matière d'assainissement et d'hygiène parmi les communautés défavorisées ;
- L'approche ATPC a généré l'adoption progressive des pratiques d'hygiène en l'occurrence le lavage régulier des mains, le nettoyage hebdomadaire du village et a permis de mettre fin à la divagation des animaux domestiques dans les villages.

Les observations terrain indiquent que la stratégie ATPC utilisée par le PHAM dans l'identification des besoins a été capitale pour le changement de comportement. Il s'est agi de mettre les populations face à l'insalubrité qui leur a permis de se rendre compte des besoins réels de leurs communautés. Cette approche participative a été essentielle dans le changement de comportements car les populations ont compris que la qualité du cadre de vie a un impact considérable sur la santé. Sommes toutes, l'approche ATPC a permis des changements majeurs constatés dans la vie des communautés bénéficiaires telles que l'amélioration de la santé des populations, en particulier celle des enfants, l'amélioration du bien-être humain et du cadre de vie.

9.4.1.7 Constat durabilité 7, question durabilité n° 9 :

Les conditions requises pour le passage à l'échelle de l'approche pour la fin de la défécation à l'air libre et l'amélioration de l'accès aux services d'assainissement amélioré relevés par les informateurs et informatrices clés sont :

- La stabilité sociopolitique du pays a été repérée comme la première condition du passage à l'échelle de l'approche pour la fin de la défécation à l'air libre et l'amélioration de l'accès aux services d'assainissement ;
- La définition et application au niveau national des activités de suivi post-FDAL ;
- L'engagement financier de la part des collectivités territoriales, du Gouvernement et des partenaires techniques et financiers pour assurer le suivi post-FDAL ;
- Le renforcement et l'encouragement des mécanismes communautaires d'hygiène mise en place dans les localités en l'occurrence le balayage hebdomadaire du village, le ramassage des ordures, l'Hygiène relative aux ménages.
- L'existence de marchés de matériaux d'assainissement afin de les rendre accessibles aux communautés pour le passage à l'échelle d'assainissement ;

- La mise à l'échelle du marketing de l'assainissement (SANMARK) et créer ainsi un marché de l'assainissement avec des services de qualité offerts par le secteur privé de proximité à des prix justes et abordables ;
- L'implication des mutuelles de développement des différentes localités cibles du programme.

9.4.1.8 Constat durabilité 9, question durabilité n° 10 :

Les différentes cibles interviewées ont constaté des difficultés qui peuvent être des contraintes à la viabilité des interventions. Ce sont entre autres :

- La suspension des activités de suivi post-FDAL par les Comités Départementaux de Suivi, les Leaders Naturels et par les partenaires techniques gouvernementaux ;
- La non-effectivité de la décentralisation (l'assainissement étant un des domaines de compétences transférés) et de la déconcentration (les services techniques déconcentrés qui doivent assurer l'accompagnement technique et le suivi de la mise en œuvre de l'ATPC) ;
- Le manque de formation des communautés sur des techniques efficaces de vidanger les latrines ;

Pour solutionner ces contraintes, les interviewés proposent ce qui suit :

- La redynamisation des CDS et des LN en rappelant leurs engagements pris et en mettant en place des mesures incitatives pour assurer un meilleur suivi post-FDAL ;
- Une mise en œuvre effective de la décentralisation et de la déconcentration où le transfert des compétences est accompagné d'un transfert adéquat des ressources humaines, logistiques et financières ;
- Renforcement des mécanismes communautaires d'hygiène mise en place par les communautés en occurrence le balayage hebdomadaire du village, le ramassage des ordures, l'Hygiène relative aux ménages ;
- Faire la promotion du SANMARK pour assurer le passage des installations traditionnelles aux installations améliorées en y associant étroitement le secteur privé de proximité (création et satisfaction de la demande) ;
- Mise en place d'activités de renforcement de capacité des communautés. La pérennisation des acquis passe par la mise en place d'activités de renforcement des capacités des communautés afin qu'elles maintiennent leur statut et deviennent plus autonomes.

9.4.2 Conclusions préliminaires durabilité :

À partir des constats énumérés ci-dessus, l'évaluation a formulé les conclusions préliminaires suivantes :

Conclusions préliminaires durabilité

DURA 1 : L'approche ATPC porte en elle les bases de la durabilité car elle repose sur un changement de comportement en termes d'abandon de la pratique de la défécation à l'air libre et d'utilisation hygiénique des latrines. La pérennisation des acquis peut être assurée, au niveau communautaire, par des leaders naturels et les CVS-ATPC qui devront poursuivre l'amélioration de leur cadre de vie sous l'encadrement des CDS-ATPC. L'équilibre reste fragile et le dispositif doit être accompagné par la mise en place d'un environnement habilitant (**Constats durabilité n° 1, 2, 4**).

DURA 2 : Le développement du marché de l'assainissement (SANMARK) devra contribuer à faciliter l'accès des populations aux produits d'assainissement durable. (**Constat durabilité n° 1, 2, 4, 7**).

DURA 3 : L'environnement habilitant doit être renforcé par une mise en œuvre effective de la décentralisation et de la déconcentration avec un transfert effectif des fonds couplé au transfert des compétences et une augmentation conséquente du budget alloué à l'assainissement (**Constats efficacité n° 4, 9, 10**).

9.5 Droits humains, Genre et Équité

Questions sur la Prise en compte des droits humains, du genre et de l'équité

1. Dans quelle mesure le programme a-t-il été conçu en tenant compte des questions de genre, d'équité et de droits de l'homme, notamment de la situation particulière des ménages vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, ménages très pauvres) ?
2. Dans quelle mesure les femmes, les enfants, les personnes handicapées, les personnes âgées, les ménages dirigés par des enfants et des femmes, ainsi que les communautés vulnérables/marginalisées ont-elles bénéficié des interventions du programme et d'une réduction des obstacles les empêchant d'avoir accès aux services ?
3. Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles répondu aux questions de genre, d'âge et de différences socio-économiques entre et au sein des groupes de population dans les zones cibles ?
4. Comment les différentes inégalités ont-elles évolué au cours de la durée de vie du programme ? Quelle est la contribution du programme à ces changements ? Dans quelle mesure les disparités dans l'accès des zones urbaines et rurales à l'assainissement ont-elles été affectées ?

Photo 3 : entretien avec la présidente des femmes du village de Blaisekro



La question du genre, du droit de l'homme et d'équité dans les projets de développement fait encore largement défaut. Si l'importance de l'intégration du genre est aujourd'hui reconnue par un nombre croissant de maîtres d'ouvrages et de bailleurs de fonds, sa mise en œuvre dans le cadre des projets d'assainissement reste bien souvent un vœu pieu. Ainsi, l'intégration de la question genre, du droit de l'homme et d'équité (question transversale) dans la présente étude d'évaluation a pour objectif de savoir à travers les questions ci-dessous si les besoins et intérêts des différents groupes sociaux sont pris en compte, et si ces derniers soient également associés aux maintiens du statut FDAL et à l'amélioration des installations.

9.5.1 Constats droits humains, genre et équité

La revue documentaire ; les observations terrain dans les villages visités ; les entretiens individuels avec les partenaires de mise en œuvre, les concepteurs et promoteurs du PHAM et les bénéficiaires ; et les discussions de groupe sur la base des 4 questions évaluatives en lien avec les aspects « droits humains, genre et équité » ont permis à l'équipe d'évaluation d'énoncer les constats suivants :

9.5.1.1 Constat droits humains, genre et équité 1, question transversale n° 1 :

La quasi-totalité des informateurs clés rencontrés au niveau central et régional était de l'avis que le programme a été attentif, depuis sa conception, aux questions de genre, d'équité et de droit de l'homme. Cette affirmation est confortée par les propos d'un enquêté ayant participé à la conception du programme en ces termes.

« On peut dire que le programme PHAM en Côte d'Ivoire a été conçu en tenant en compte les questions de genre (les femmes, les enfants, les vieillards etc.), d'équité et de droit de l'homme... C'est eux même que le programme visait. C'est pour cela que l'approche ATPC a été utilisée comme outil... » (Entretien individuel, propos d'un acteurs étatiques).

De l'avis des structures de mise en œuvre, le souci de prise en compte de la conception du genre a permis d'identifier et recenser dès le début les problèmes et les difficultés qui touchent les groupes vulnérables (l'égalité de sexe, le droit à la santé de tous, l'hygiène menstruelle, la mobilité des personnes handicapées). Les entretiens ont clairement indiqué que les interventions du programme ont été sensibles au genre et au droit de l'homme. On peut citer à titre indicatif le témoignage ci-dessous :

« Le programme a été mis en œuvre en tenant compte de toutes les personnes vivant dans les villages cibles sans faire de marginalisation. Les enfants, les femmes ont été pris en compte depuis les déclenchements où il y a eu dans chaque village deux types de déclenchement : déclenchement des adultes et déclenchement des enfants, pour permettre aux enfants, aux femmes de prendre conscience des maladies liées à la défécation en plein air. Les enfants ont été éduqués aux bonnes pratiques d'hygiène. Il y a eu des séances de lavages des mains auxquelles les enfants, les femmes et autres personnes vulnérable ont participé » (entretien individuel, propos d'une ONG de mise en œuvre).

La triangulation de cette question avec les autres sources d'information révèle que le programme a répondu aux questions de genre dans deux domaines spécifiques : formation et la sensibilisation communautaire ou le processus de déclenchement. À cet effet, la quasi-totalité des leaders communautaires (femmes & hommes) enquêtés ont affirmé de façon unanime, que les interventions du programme ont permis de garantir dans les milieux ruraux la réalisation du droit à l'assainissement, y compris du droit à un cadre politique, institutionnel et juridique de nature à améliorer l'assainissement.

Selon les entretiens avec la Direction de l'Assainissement Rural, la stratégie développée par le programme et, notamment l'approche ATPC dans les villages de l'ouest de la Côte d'Ivoire, ont permis de rapprocher à moindre coût les infrastructures d'assainissement (latrines, dispositifs de lavage de main) vers les communautés vulnérables et défavorisés des milieux ruraux. Dans ce processus, les jeunes filles et garçons, les hommes et les femmes ainsi que les familles vulnérables ont été impliqués dans l'identification de besoins et la mise en œuvre du projet. De l'avis des différents CDS et notabilités visités, par exemple, la construction des installations d'assainissement mobilisait les femmes (apport de l'eau), les jeunes et les hommes (travaux). Il est à noter que les retombées positives de ce projet sont importantes dans la mesure où les interventions ont suscité un réel engouement et une mobilisation de toutes les couches sociales des différentes communautés et ont renforcé la solidarité communautaire.

L'évaluation a aussi constaté qu'un nombre important de femme ont le statut de Leaders Naturels (LN) dans les villages FDAL. De même la composition des Comités Villageois était composée de femme et d'homme. C'est le cas des villages de Foreskro, Campement Bra-Canon etc

Si les indicateurs en termes de bénéficiaires sont très explicites en détaillant le nombre de bénéficiaires (village, personnes etc.) les entretiens réalisés associés à la revue de la littérature indiquent que les données restent faibles sur la forme désagrégée suivant le sexe et l'âge. Il aurait été plus intéressant de voir comment les aspects sexe et âge ont été intégrés en termes de formation, de composition des comités de suivi ATPC, de leaders naturels. L'évaluation note également que le programme a peu sensibilisé sur la séparation des latrines suivant le sexe. L'on constate aussi qu'aucune adaptation spécifique des latrines n'a été faite pour les personnes ayant un handicap physique. En ce qui concerne la prise en compte du genre, les indicateurs et activités définis dans le cadre logique du projet ne sont pas clairement définis.

9.5.1.2 Constat droits humains, genre et équité 2, question transversale n° 2 :

À partir des entretiens, focus group et observation, l'évaluation note que les femmes, les enfants, les personnes handicapées, les personnes âgées, les ménages dirigés par des enfants et des femmes, ainsi que les communautés vulnérables/marginalisées ont pleinement bénéficié des interventions du programme. Le programme a ainsi permis de réduire significativement les obstacles d'accès aux installations d'assainissement dans les milieux ruraux à l'étude. À cet effet, les constats faits sur le terrain sont :

- Les interventions du programme ont ciblé des zones spécifiques vulnérables et mal desservies (les milieux ruraux, les campements);
- La présence d'installation d'assainissement (toilette, latrine) dans la quasi-totalité des ménages des localités FDAL et l'engouement observé de certains villages DAL à s'auto déclenché En effet, l'approche ATPC a proposé des modèles de latrines peu exigeants, réalisables à partir des matériaux locaux et accessible à tous ;
- L'émergence d'initiative familiale pour l'amélioration des installations d'assainissement hérité des interventions de 2013 à 2017. Par exemple, il a été constaté dans la zone d'intervention de IRC que *« L'engouement autour du programme a amené les familles de 11 villages à s'auto-déclencher dont 10 ont été évalués FDAL » (entretien individuel, propos d'une ONG de mise en œuvre) ;*
- L'auto-déclenchement de certains villages voisins à des villages FDAL et n'ayant pas bénéficié du programme. Cela traduit une évolution progressive de la couverture des milieux ruraux en assainissement.

9.5.1.3 Constat droits humains, genre et équité 3, question transversale n° 3 :

De l'avis des 161 femmes et de la majorité des hommes interviewés, les interventions du programme ont répondu aux questions de genre, d'âge et différence socioéconomiques entre et au sein des groupes sociaux ciblés sous au moins deux modalités : Premièrement, les entretiens laissent entrevoir que le projet a favorisé la promotion des connaissances et l'amélioration de l'offre et la demande en matière d'assainissement parmi les communautés défavorisées. Deuxièmement, l'évaluation enseigne que le programme a influencé significativement les VBG dans les localités visitées. En effet, par le passé, lorsqu'un enfant déféquait dans la cour, c'est systématiquement la gente féminine (la maman) qui est indexée. Elle subit parfois des violences de la part de son époux. La mission a constaté dans les discours une évolution de ces types de VBG dans les ménages tout simplement parce que les enfants ne défèquent plus n'importe où dans le ménage comme le témoigne les propos de cette enquêtée :

« Avant, j'étais battue par mon mari parce que l'enfant a déféqué dans la cour. Pour lui, je suis la responsable. Il me traitait de tous les maux, me battait parfois. Aujourd'hui, avec la présence des latrines à la maison, nos enfants ne défèquent plus à l'air libre. Mon mari et moi, nous nous entendons mieux » (discussion de groupe, propos de leader femme).

L'évaluation montre aussi que le PHAM a permis à beaucoup de femmes de sortir de leur timidité pour être actives pour conduire les activités de sensibilisation pour le maintien du statut FDAL. Par exemple, dans le village de Foreskro, les femmes ont pris le lead de la sensibilisation. Les femmes affirment qu'elles se sentent désormais en sécurité. En effet, l'assainissement direct de l'environnement des ménages a permis d'assurer la sécurité des femmes, des enfants et des personnes vulnérables.

9.5.1.4 Constat droits humains, genre et équité 4, question transversale n° 4 :

À partir des entretiens avec les différents partenaires de mise en œuvre et bénéficiaires, l'évaluation donne les appréciations suivantes qui ne sont toutefois pas soutenues par des données chiffrées :

- La réduction progressive des inégalités intra et inter- communautaire dans la majorité des localités cibles qui s'est traduit par le nivellement des rapports sociaux communautaires face à l'assainissement et aux pratiques d'hygiène ;
- La réduction notable de la disparité dans l'accès des milieux ruraux et urbains à l'assainissement à travers la construction de latrine, les dispositifs de lavage des mains (DLM), le nettoyage régulier des villages, bref, l'accès à une infrastructure d'assainissement. On note un rapprochement du modèle urbain d'assainissement. De l'avis des répondants, ces constats encourageants sont attribués aux interventions du programme. Un membre de la notabilité conforte ce constat en ces termes :

« On ne savait pas qu'on pouvait avoir des connaissances sur l'assainissement en occurrence la FDAL, l'Hygiène et le lien entre caca – mouche et nourriture sans aller à l'école. Nous disons merci à ce programme, dans la mesure où il nous a fait sortir d'une situation dangereuse » (entretien individuel, propos d'un chef de village).

9.5.2 Conclusions préliminaires droits humains, genre et équité

À partir des constats énumérés ci-dessus, l'évaluation a formulé les conclusions préliminaires suivantes :

Conclusions préliminaires droits humains, genre et équité

DHGE 1 : Le programme, en contribuant à l'amélioration durable de l'accès à l'assainissement et à l'hygiène des populations dans les Régions du Nawa, du Gbôklé, de San Pedro, du Cavally, du Guémon, du Tonkpi, du Haut Sassandra et de la Marahoué, a ainsi amélioré le droit des femmes à la santé en général et des enfants en particulier.

(Constats DHGE n° 1 et 2).

DHGE 2 : La promotion de l'hygiène menstruelle et la réalisation des blocs latrines VIP séparés par sexes et adaptés aux personnes handicapées ont davantage contribué à la prise en compte du genre. (Constats DHGE n° 1, 2, 4).

10 LEÇONS APPRISES

L'évaluation a listé ci-après les 3 principes identifiés qui sont généralisables ainsi que 4 conditions essentielles pour une mise en œuvre réussie de l'approche ATPC à base communautaire.

10.1 Les principes généralisables

10.1.1 L'ATPC

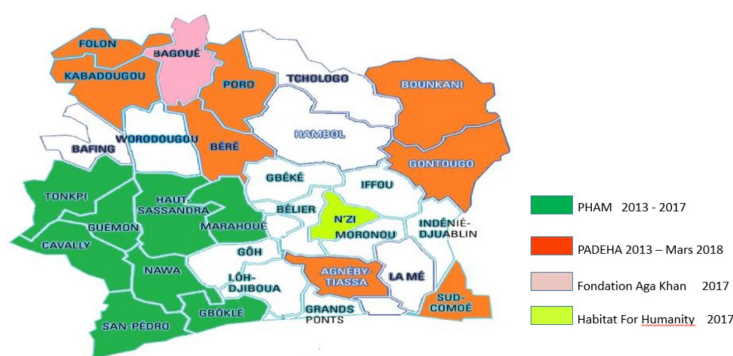
La force de l'approche ATPC sur le changement de comportement collectif au sein d'une communauté et la capacité des ménages à financer la construction de leur latrines après une prise de conscience des effets bénéfiques sur la santé

10.1.2 La capitalisation des acquis et résultats du PHAM

Le PHAM a contribué à faire sortir de l'ombre l'assainissement en milieu rural. En témoigne notamment la création de la Direction de l'Assainissement Rural, en octobre 2016¹⁶. A cette date, l'essentiel des réalisations du volet ATPC étaient terminées, et la DAR a contribué au PHAM par la formation des CDS. La DAR a ensuite priorisé capitaliser sur les acquis du PHAM, et des autres programmes axés sur l'Assainissement en milieu rural.

La carte ci-dessous, élaborée par la DAR illustre la couverture de l'approche ATPC soutenue par les principaux PTF de la Côte d'Ivoire. Elle met en évidence une bonne cohérence géographique des interventions, mais montre également que beaucoup de territoires restent à couvrir.

Carte1 : zone de mise en œuvre de l'ATPC



Source : DAR, 2018

L'appropriation de l'approche ATPC et la capitalisation des acquis et des résultats du PHAM par la DAR, au vu de la situation initiale et actuelle, lui ont permis de faire la promotion de l'assainissement rural auprès des autorités de tutelle, d'orienter le contenu du PS GOUVERNEMENT 2019-2020, et de guider les prochains programmes nationaux ou soutenus par les PTF pour une meilleure cohérence et complémentarité.

10.1.3 L'instabilité sectorielle qui n'a pas favorisé le développement et la mise en œuvre d'un cadre institutionnel adéquat.

L'appui institutionnel fourni par l'assistance technique à la composante « assainissement » dans le cadre du contrat EuropeAid/134337/IH/SER/CI- Lot 2 entre la DUE et MWH dans la mise en œuvre de la politique sectorielle de l'assainissement et dans le processus de déconcentration et de décentralisation (qui prévoyait le transfert de la maîtrise d'ouvrage des infrastructures d'assainissement de l'Etat aux collectivités décentralisées) n'a pu jouer pleinement son rôle à cause de l'instabilité sectorielle qui a marqué la période de mise en œuvre du PHAM. Ainsi, la lettre révisée de la politique sectorielle n'a été approuvée en conseil des ministres 5 après sa validation technique pendant que les documents stratégiques opérationnels n'ont pas encore été validés. Il a été observé une lenteur dans la validation de la stratégie de l'assainissement en milieu rural (document annoncé lors de réunion de cadrage tenue en décembre 2019 mais qui n'a toujours pas été mise à disposition de l'équipe de l'évaluation).

10.2 Les conditions essentielles pour une mise en œuvre réussie de l'ATPC

¹⁶ Au démarrage du projet, c'était la DAD (Direction de l'Assainissement et du Drainage), compétente pour les volets urbain et rural, qui a été mobilisée.

10.2.1 L'ATPC et la décentralisation / déconcentration,

La stratégie d'opérationnalisation de la « pérennisation des activités ATPC » vise à définir les actions devant être mises en œuvre afin de garantir une évolution continue des ménages tant sur l'échelle de changement de comportement que sur celle de l'assainissement. L'opérationnalisation de ces actions prend en compte et de façon simultanée le retrait graduel des ONGs de mise en œuvre et la capacitation / responsabilisation continue des acteurs locaux (CDS, Leaders Naturels, communautés), à travers les axes stratégiques suivants :

- Le renforcement des capacités des acteurs locaux (niveaux communautaire, départemental et régional) ;
- L'amélioration de la qualité des latrines (SANMARK, pérennisation du panier de produits développés et qui satisfait les besoins des communautés, regroupement des artisans maçons (en associations, PME,...) pour le développement de produits innovants et émergents, appui-conseil aux communes, concours de la plus belle latrine améliorée facteur de motivation, capitalisation des acquis et leçons apprises des expériences SANMARK) ;
- Plaidoyer et sensibilisation auprès des administrations centrales et déconcentrées, des autorités territoriales afin d'assurer la continuité des activités ATPC par les structures déconcentrées et décentralisées.

10.2.2 Le suivi post-FDAL

Le suivi post-FDAL, indispensable au maintien du statut FDAL et à l'amélioration des ouvrages d'hygiène et d'assainissement, initié par les ONG de mise en œuvre de l'ATPC de la déclaration FDAL à la certification FDAL, devrait être repris de façon graduelle par les acteurs locaux (CDS, Leaders Naturels, communautés bénéficiaires) avec leur capacitation / responsabilisation continue.

10.2.3 L'engagement des communautés bénéficiaires

Pour pérenniser au maximum les résultats il faut s'assurer de l'adhésion totale des communautés bénéficiaires, de façon bénévole, à l'approche ATPC, notamment après la fin du programme. Il s'agira d'impliquer de manière pérenne les acteurs locaux dans l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement. Il s'agira d'établir un réseau de leaders villageois, appelés Leaders Naturels, qui travailleront sous la responsabilité du Comité de Suivi Départemental de chaque département. Ainsi, les CDS continuent de fonctionner et prennent en charge la coordination du travail des Leaders Naturels (LN) pendant que les LN assurent le suivi des villages d'intervention et continuent de promouvoir l'atteinte et le maintien de la FDAL.

10.2.4 L'implication du secteur privé (quincailleries, maçons, NGO) dans le marketing de l'assainissement

Le secteur privé est constitué essentiellement des entreprises, quincaillers, des maçons, des promoteurs et des puisatiers qui assurent la promotion, la distribution et la construction des ouvrages d'assainissement. Les entreprises de proximité et les quincailleries ont montré un certain désintérêt car très peu sollicités dans le cadre des projets pilotes SANMARK mis en œuvre. En vue d'une mise à l'échelle il est recommandé d'associer les quincailleries à la mise en place d'une chaîne d'approvisionnement de proximité « assainissement amélioré » à l'échelle locale.

11 CONCLUSIONS FINALES (PAR CRITÈRE)

Le programme PHAM, volet assainissement mis en œuvre sur la période de 2013 à 2018 est une initiative méritante et congruente. En effet, il est pertinent d'indiquer que tous les travaux scientifiques, les travaux sur l'analyse des conditions de vie des ménages selon l'approche par les besoins de base, considère qu'un individu doit pouvoir satisfaire certains besoins fondamentaux qui sont nécessaires à l'atteinte d'une certaine qualité de

vie. La santé, l'hygiène, l'assainissement, l'accès à l'eau potable, l'accès à un habitat décent, constituent le stock essentiel de ces besoins de base. Leur satisfaction permet aux ménages d'avoir un cadre de vie agréable même si elle ne suffit pas à sortir de la pauvreté, notamment monétaire. Les constats faits à l'issue de l'évaluation sommative du programme PHAM, volet assainissement appellent un certain nombre de conclusions. Celles-ci sont présentées selon chacun des critères d'évaluation retenus. Ainsi, la présente évaluation qui fait partie du dispositif de suivi-évaluation mis en place par l'UNICEF a permis de mesurer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité et la prise en compte des droits humains, du genre et de l'équité.

Pertinence : La composante « assainissement » du PHAM est alignée sur les ODD 1 et 6 et sur les priorités nationales visant à améliorer durablement l'accès aux services d'assainissement et d'hygiène des populations ivoiriennes en générale et plus particulièrement celles des zones de l'ouest et du centre-ouest qui se distinguaient par une forte prévalence de défécation à l'air libre (constats pertinence n° 1, 2 et 6).

Efficacité : La composante « assainissement » du PHAM est efficace en termes de villages / hameaux déclarés FDAL. Toutefois la population totale qui a atteint le statut FDAL est en deçà des cibles (293 800 contre une cible de 330 000). Le nombre de personnes utilisant de « latrines améliorées » est pénalisé par l'application de la définition PHAM d'une « latrine améliorée » (202 000 personnes contre une cible de 330 000 personnes, soit 31% de la cible).

Le renforcement de capacité des acteurs locaux s'est déroulé conformément aux prévisions et a été réalisé à l'intention des promoteurs locaux du SANMARK, des comités ATPC et des leaders Naturels (renforcement des capacités aux techniques de lavage des mains à l'eau et au savon et aux Pratiques Familiales Essentielles) Les effets en termes de contribution du PHAM au changement de comportements en matière d'assainissement et d'hygiène individuelle et collective au sein des communautés ciblées sont mitigés :

Efficience : L'évaluation a noté une bonne distribution et déploiement des ressources humaines, financières et matérielles pour la mise en œuvre du programme. Les ONG IRC, CRF et, dans une moindre mesure EAA, ont réussi à accompagner les villages/localités cibles au statut FDAL à travers la mise en œuvre de l'ATPC, dans un laps de temps relativement court (2 ans pour l'atteinte des objectifs fixés) et à des coûts moyens abordables. Les coûts indirects liés aux interventions des ONG et de l'UNICEF représentent environ 24% du budget total.

Durabilité : L'approche ATPC repose entièrement sur l'engagement de la communauté bénéficiaire. Avec l'accompagnement des ONG cet engagement a été développé jusqu'à l'obtention du statut FDAL. Les différents exercices post-FDAL (contrôle de la durabilité sur le PADEHA, triangulations sur le PHAM et le PADEHA, évaluation finale PHAM (COWI) ainsi que la présente évaluation de la composante « assainissement » du PHAM, parmi d'autres) ont démontré qu'il y a un besoin de renforcement du suivi post-FDAL afin de :

- S'assurer que les communautés déclarées FDAL, maintiennent leur statut et améliorent leurs ouvrages d'hygiène et d'assainissement réalisés ;
- Accompagner la communauté à gravir l'échelle de l'assainissement en partant de la FDAL vers un assainissement général du village conformément au principe de pérennisation et d'amélioration des latrines et des dispositifs de lavage des mains.

Le dispositif paraît aujourd'hui embryonnaire et nécessitera un accompagnement des principaux acteurs de mise en œuvre que sont :

- Les Comités Villageois de suivi (CVS) ;
- Les ONG ;
- Les Comités Sous-Préfectoraux de Suivi (CSPS)
- Les Comités Départementaux de Suivi (CDS)
- Médias.

Droits humains, genre et équité : Les questions transversales ont suffisamment été prises en compte dans la conception de cette intervention. Aussi, les besoins spécifiques des enfants, des femmes, des personnes, des ménages en situation de vulnérabilité ont été satisfaits de façon adéquate. L'analyse de la conception du programme a révélé que les stratégies et approches ont suivi une approche basée sur l'équité, les droits de l'homme et l'égalité des genres depuis la conception jusqu'à la phase de mise en œuvre. La stratégie développée par le programme, notamment l'approche ATPC dans les villages de l'ouest de la Côte d'Ivoire, a permis de rapprocher à moindre coût les infrastructures d'assainissement (latrines, dispositifs de lavage de main) des communautés vulnérables et défavorisées, garantissant du coup leur (i) droit à l'assainissement, (ii) droit aux

installations sanitaires, (iii) droit à un cadre politique, institutionnel et juridique de nature à améliorer l'assainissement.

12 RECOMMANDATIONS

Les conclusions auxquelles a abouti l'évaluation appellent un certain nombre de recommandations organisées en recommandations stratégiques et opérationnelles. Elles découlent des constats et conclusions formulés aux chapitres antérieurs du rapport. Elles ont été mûrement réfléchies et formulées dans un souci de pertinence et de faisabilité de mise en œuvre. La liste de 2 recommandations stratégiques et de 3 recommandations opérationnelles a fait l'objet d'un certain nombre de discussions avec l'UNICEF, le Groupe de Référence de l'Évaluation (GRE) et les autres PMO pour amendement avant validation . Les actions spécifiques qui permettront de mettre en œuvre les 5 recommandations de l'évaluation seront discutées ultérieurement en vue du développement du Management response.

Tableau 19 : Synthèse des recommandations stratégiques

Recommandations Stratégiques			
Conclusions	Recommandation	Destinataire (s)	Niveau de Priorité
<p>PERTINENCE : La composante « assainissement » du PHAM est pertinente et alignée aux ODD (1 et 6) et aux priorités nationales visant à améliorer durablement l'accès aux services d'assainissement et d'hygiène des populations ivoiriennes en générale et plus particulièrement celles des zones de l'ouest et du centre-ouest qui se distinguaient par une forte prévalence de défécation à l'air libre. Toutefois, une bonne partie des préconisations de la LPSAD n'est toujours pas effective, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Un transfert de certaines compétences aux collectivités territoriales concernant la planification, la réalisation d'infrastructures ; ii. La sensibilisation des populations et la gestion des services d'assainissement ; iii. La responsabilisation des conseils régionaux et municipaux à l'atteinte des objectifs ATPC (100 % FDAL à l'horizon 2030) ; iv. L'accroissement et la pérennisation des ressources financières du secteur était liées à l'avancement de la décentralisation. <p>Ainsi, il reste qu'en pratique le programme n'a pas pleinement réussi à faire émerger une stratégie nationale viable et finançable d'éradication de la DAL, ni au niveau des huit régions ciblées, ni au niveau du pays.</p>	<p>Renforcer le plaidoyer pour une mise en œuvre effective de la décentralisation, notamment dans le domaine de compétences de l'assainissement et de l'hygiène transférés aux collectivités territoriales, accompagné d'un transfert réel des ressources (humaines, logistiques et financières) couplée au renforcement des services déconcentrés de l'état en la matière (finances, assainissement, hygiène, santé) afin de favoriser une meilleure appropriation de l'approche ATPC à l'échelle locale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1) UNICEF ; 2) Ministère en charge de la Décentralisation ; 3) Ministère en charge de l'Economie et des Finances ; 4) Ministères en charge de l'assainissement et de l'hygiène 	HAUT
<p>PERTINENCE : La composante « assainissement » du PHAM est pertinente et alignée aux ODD (1 et 6) et aux priorités nationales visant à améliorer durablement l'accès aux services d'assainissement et d'hygiène des populations ivoiriennes en générale et plus particulièrement celles des zones de l'ouest et du centre-ouest qui se distinguaient par une forte prévalence de défécation à l'air libre. Toutefois, une bonne partie des préconisations de la LPSAD n'est toujours pas effective, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Un transfert de certaines compétences aux collectivités territoriales concernant la planification, la réalisation d'infrastructures ; ii. La sensibilisation des populations et la gestion des services d'assainissement ; iii. La responsabilisation des conseils régionaux et municipaux à l'atteinte des objectifs ATPC (100 % FDAL à l'horizon 2030) ; 	<p>Appuyer et accompagner le Gouvernement de la Côte d'Ivoire jusqu'à la validation et la mise en œuvre effective de la nouvelle stratégie d'assainissement en milieu rural</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1) UNICEF ; 	HAUT

Recommandations Stratégiques			
Conclusions	Recommandation	Destinataire (s)	Niveau de Priorité
<p>’atteinte des objectifs ATPC (100 % FDAL à l’horizon 2030) ;</p> <p>iv. L’accroissement et la pérennisation des ressources financières du secteur était liées à l’avancement de la décentralisation.</p> <p>Ainsi, il reste qu’en pratique le programme n’a pas pleinement réussi à faire émerger une stratégie nationale viable et finançable d’éradication de la DAL, ni au niveau des huit régions ciblées, ni au niveau du pays.</p>			

Tableau 20 : synthèse des recommandations opérationnelles

Recommandations Opérationnelles			
Conclusions	Recommandation	Destinataire (s)	Niveau de Priorité
<p>Efficienc : L’évaluation a noté une bonne distribution et déploiement des ressources humaines, financières et matérielles pour la mise en œuvre du programme. Ainsi, Le coût total de 10 193 331 USD et décomposé en : i) Coûts directs d’un montant de 6 583 020 USD (comprenant les frais liés aux ressources humaines, équipements et fournitures, consommables et entretien, visibilité, ATPC au niveau des villages (incluant hygiène) et la construction de latrines institutionnelles (Ecoles et Centres de Santé)) ; ii) renforcement des capacités d’un montant de 459 848 USD ; iii) le suivi, l’évaluation et la recherche d’un coût total de 718 142 USD et iv) les coûts indirects d’un montant de 2 432 321 USD a concouru aux résultats suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. 823 communautés FDAL ; ii. 293 804 personnes FDAL ; iii. 473 871 personnes utilisant des latrines améliorées (JMP) ; iv. 204 926 personnes utilisant des latrines améliorées (PHAM) ; v. 240 cabines de latrines institutionnelles construites. <p>Les ONG IRC, CRF et, dans une moindre mesure EAA, ont réussi à accompagner les villages/localités cibles au statut FDAL à travers la mise en œuvre de l’ATPC, dans un laps de temps relativement court (2 ans pour l’atteinte des objectifs fixés) et à des coûts moyens abordables, notamment et sans les coûts indirects à : i) 19 USD par personne utilisant une latrine améliorée type JMP ; ii) 43 USD par personne utilisant une latrine améliorée</p>	<p>Analyser en détail les écarts en termes d’efficience entre les différentes modalités de mise en œuvre de l’ATPC et définir les modalités les plus efficaces pour une mise à l’échelle.</p>	<p>UNICEF</p>	<p>HAUT</p>

Recommandations Opérationnelles			
Conclusions	Recommandation	Destinataire (s)	Niveau de Priorité
<p>type PHAM ; iii) 10.787 USD par village / localité déclaré FDAL ; iv) 30 USD par personne déclaré FDAL et v) 5.481 USD par cabine de latrines institutionnelles construites. Ces moyennes cachent de gros écarts entre les différents partenaires de mise en œuvre avec l'approche IRC reconnue la plus efficiente (devant CRF et EAA loin derrière).</p> <p>Les coûts indirects liés aux interventions UNICEF représentent environ 24% du budget total.</p>			
<p>Durabilité : L'approche ATPC repose entièrement sur l'engagement de la communauté bénéficiaire. Avec l'accompagnement des ONG cet engagement a été développé jusqu'à l'obtention du statut FDAL. Les différents exercices post-FDAL (contrôle de la durabilité sur le PADEHA, triangulations sur le PHAM et le PADEHA, évaluation finale PHAM (COWI) ainsi que la présente évaluation de la composante « assainissement » du PHAM, parmi d'autres) ont démontré qu'il y a un besoin de renforcement du suivi post-FDAL.</p> <p>Le dispositif paraît aujourd'hui embryonnaire et nécessitera un accompagnement des principaux acteurs de mise en œuvre que sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les Comités Villageois de suivi (CVS) ; • Les ONG ; • Les Comités Sous-Préfectoraux de Suivi (CSPS) • Les Comités Départementaux de Suivi (CDS) • Médias. <p>Le rôle du Comité Villageois de suivi (CVS), une organisation à base communautaire qui est constituée de leaders communautaires, de leaders naturels, leaders religieux, ASC et de tout volontaire impliqués dans le développement du village, nous semble primordial et le CVS mériterait un accompagnement robuste pendant les 6 premiers mois (de la déclaration à la certification FDAL) et de façon dégressive après (réduction de l'accompagnement des ONG et pleine appropriation du processus par les structures déconcentrés et décentralisées).</p>	<p>Le suivi post-FDAL doit être renforcé afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que les communautés déclarées FDAL, maintiennent leur statut et améliorent leurs ouvrages d'hygiène et d'assainissement réalisés ; • Accompagner la communauté à gravir l'échelle de l'assainissement en partant de la FDAL vers un assainissement général du village conformément au principe de pérennisation et d'amélioration des latrines et des dispositifs de lavage des mains. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) UNICEF ; 2) Ministère en charge de la Décentralisation ; 3) Ministère en charge de l'Economie et des Finances ; 4) Ministère en charge de l'assainissement et de l'hygiène 	HAUT
<p>Droits humains, genre et équité : Les questions transversales ont suffisamment été prises en compte dans la conception de cette</p>	<p>Il est recommandé de renforcer le dispositif de suivi en y incluant des paramètres de sexe et d'âge afin de présenter les données de façon désagrégée.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) UNICEF ; 2) Ministère en charge de l'assainissement et 	MOYEN

Recommandations Opérationnelles			
Conclusions	Recommandation	Destinataire (s)	Niveau de Priorité
<p>intervention. Aussi, les besoins spécifiques des enfants, des femmes, des personnes, des ménages en situation de vulnérabilité ont été satisfaits de façon adéquate. L'analyse de la conception du programme a révélé que les stratégies et approches ont suivi une approche basée sur l'équité, les droits de l'homme et l'égalité des genres depuis la conception jusqu'à la phase de mise en œuvre. La stratégie développée par le programme, notamment l'approche ATPC dans les villages de l'ouest de la Côte d'Ivoire, a permis de rapprocher à moindre coût les infrastructures d'assainissement (latrines, dispositifs de lavage de main) des communautés vulnérables et défavorisées, garantissant du coup leur (i) droit à l'assainissement, (ii) droit aux installations sanitaires, (iii) droit à un cadre politique, institutionnel et juridique de nature à améliorer l'assainissement. Le programme a favorisé la réduction progressive des inégalités intra et inter- communautaire dans la majorité des localités cibles qui s'est traduit par le nivellement des rapports sociaux communautaires face à l'assainissement et aux pratiques d'hygiène. La mission a constaté que les données restent muettes sur la forme désagrégée suivant le sexe et l'âge. La mission a également constaté qu'aucune adaptation spécifique des latrines n'a été faite pour les personnes ayant un handicap physique. L'on constate aussi que le programme a peu sensibilisé sur la séparation des latrines suivant le sexe.</p>		de l'hygiène	

13 ANNEXES

ANNEXE1 : Termes de référence

Évaluation Multi-Pays des Interventions du Programme de Coopération de l'UNICEF dans le Domaine de l'Eau, l'Hygiène et l'Assainissement en Sierra Leone et dans le domaine de L'Assainissement en Côte d'Ivoire

1. Objet de l'évaluation

Dans le cadre de la nouvelle stratégie d'évaluation régionale de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, qui vise à maximiser la collaboration et l'apprentissage entre les bureaux de pays de la région et à réduire les coûts de transaction liés à la commande d'évaluations. La présente évaluation couvre le résultat Prioritaire en faveur des enfants dans le domaine de l'Eau, l'Hygiène et l'Assainissement défini pour les programmes de l'UNICEF en Afrique de l'Ouest à savoir l'élimination de la défécation à l'air libre. Il s'agit d'évaluation sommative portant essentiellement deux programmes mis en œuvre dans deux pays différents : la composante assainissement du « Programme d'Hydraulique et d'Assainissement pour le Millénaire » (PHAM) en Côte d'Ivoire et « Accélération de l'assainissement et de l'eau pour tous (ASWA) » en Sierra Leone. Plus de détails sur les deux programmes peuvent être trouvés ci-dessous.

Programme 1 : « Programme d'Hydraulique et d'Assainissement pour le Millénaire » (PHAM) en Côte d'Ivoire

Le volet assainissement du Programme d'Hydraulique et d'Assainissement pour le Millénaire (PHAM) en Côte d'Ivoire, qui fait l'objet de cette évaluation, fait partie intégrante des interventions des programmes de coopération (2012-2016 et 2017-2020) entre le gouvernement de Côte d'Ivoire et l'UNICEF dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (EHA). L'objectif général de la composante assainissement de PHAM était de contribuer à un accès équitable et durable des femmes et des enfants aux services d'assainissement et d'hygiène en situation de stabilité et d'urgence. Il a été mis en œuvre de juin 2013 à

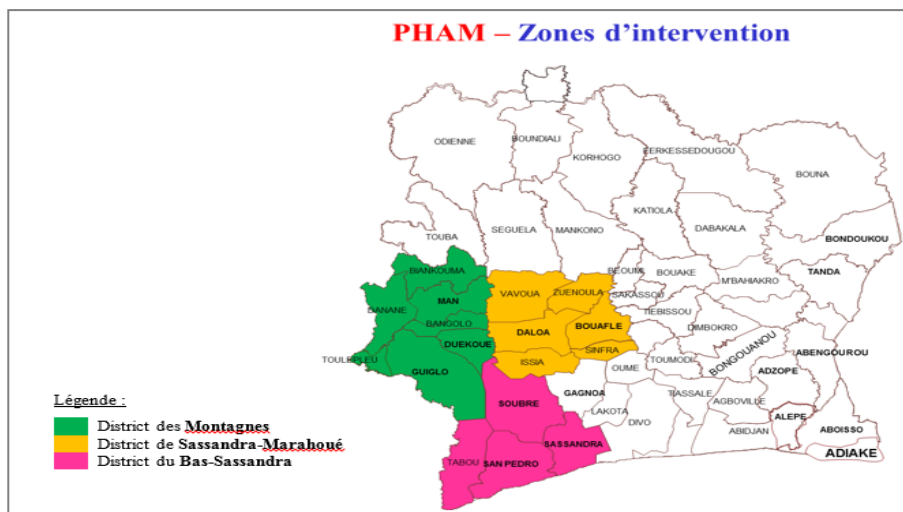


Figure 13: Carte des sites ciblés par PHAM

août 2018, avec une période d'extension sans coût de juin 2017 à août 2018. Elle ciblait 750 000 personnes de 1 650 villages de 8 régions de l'Ouest et du Centre-Ouest qui se distinguent par la forte prévalence défécation à l'air libre. Les résultats de l'EDS-MICS de 2012 montrent que plus de la moitié de la population rurale (56,5%) pratiquait la défécation à l'air libre contre 5,8% de la population urbaine. Le programme a couvert les localités des régions suivantes : Cavally, Gbokle, Guemon, le Haut Sassandra, Nawa, Marahoué, San Pedro et Tonpki (voir la figure 1).

Le programme visait à contribuer aux principaux résultats suivants : (i) l'élimination de la défécation à l'air libre dans les localités ciblées; (ii) l'adoption de bonnes pratiques d'hygiène telles que le lavage des mains et (iii) l'utilisation de latrines améliorées. Il s'inscrit dans le cadre du soutien aux efforts du gouvernement visant à atteindre les cibles contextualisées des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 7).. Dans le sous-secteur de l'assainissement, l'objectif était d'augmenter le pourcentage de personnes ayant accès à un assainissement amélioré à 60%. Le projet visait également à contribuer à plus long terme à : (i) une meilleure réalisation du droit des enfants à un environnement sain; (ii) réduire les inégalités entre les zones urbaines et rurales en matière d'assainissement et; (iii) améliorer les conditions de survie et de développement de l'enfant.

Les interventions de PHAM sont basées sur l'Approche Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) mise en œuvre en trois étapes principales: (i) identification et pré-déclenchement, (ii) déclenchement et (iii) suivi après déclenchement. Les principales stratégies de mise en œuvre du programme sont : la communication pour le changement de comportements pour la création de la demande d'assainissement et l'adoption des pratiques appropriées en matière d'hygiène et d'assainissement, le renforcement des capacités des acteurs locaux (maçons et associations de jeunes) pour la construction des installations sanitaires et le renforcement des dynamiques communautaires pour assurer l'engagement des différentes catégories d'acteurs dans la mise en œuvre, le suivi et la pérennisation des acquis du programme.

Il a été cofinancé par l'Union européenne et l'UNICEF. Sa mise en œuvre a été effectuée par les ministères techniques en charge de l'assainissement et de l'hygiène et en collaboration avec des Organisations Non Gouvernementales (ONG), à savoir le Comité International de Secours (IRC), la Croix-Rouge de Côte d'Ivoire (CRCI) et la Croix-Rouge Française (CRF) et l'Agence panafricaine intergouvernementale pour l'Eau et l'Assainissement pour l'Afrique (EAA) en collaboration avec les leaders naturels chargés de la mobilisation sociale des communautés pour le changement de comportements en matière d'hygiène, les associations de jeunes/maçons formés contribuant à la construction des latrines et les comités départementaux et villageois ATPC chargés de l'accompagnement et du suivi du processus d'élimination de la défécation à l'air libre. Les comités départementaux regroupent les services de l'administration territoriale (préfectures, sous-préfectures), les services déconcentrés des ministères en charge de l'assainissement, de la santé et de l'éducation et les leaders.

Pour plus de détails, veuillez consulter le cadre logique PHAM (Annexe 1)

Programme 2: Le programme «Accélération de l'assainissement et de l'eau pour tous» en Sierra Leone

En 2010, les données du Joint Monitoring Programme (JMP) OMS / UNICEF indiquaient que les progrès réalisés par la Sierra Leone étaient lents et insuffisants pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) pour 2015 en matière d'eau et d'assainissement. La politique nationale en matière d'eau et d'assainissement de la Sierra Leone (NWSP, 2010) s'était assigné comme objectifs d'atteindre un taux d'accès à l'assainissement de 66% et un taux d'accès à l'approvisionnement en eau de 74% aussi bien en zones rurale qu'urbaine. L'étude du JMP a indiqué qu'il existait une grande disparité entre les zones urbaines et rurales en matière d'accès aux sources améliorées d'eau potable. Dans les zones rurales, l'accès à une eau salubre devait augmenter de 28 points de pourcentage (de 35% à 63%), alors que le taux d'accès à l'eau potable dans les zones urbaines était déjà supérieur à l'objectif fixé. Les progrès en matière d'assainissement étaient également en retard. Selon l'étude du JMP, pour l'OMD 7 en 2015, la couverture en assainissement devait augmenter de 23% à 61% dans les zones urbaines et de 6% à 53% dans les zones rurales.

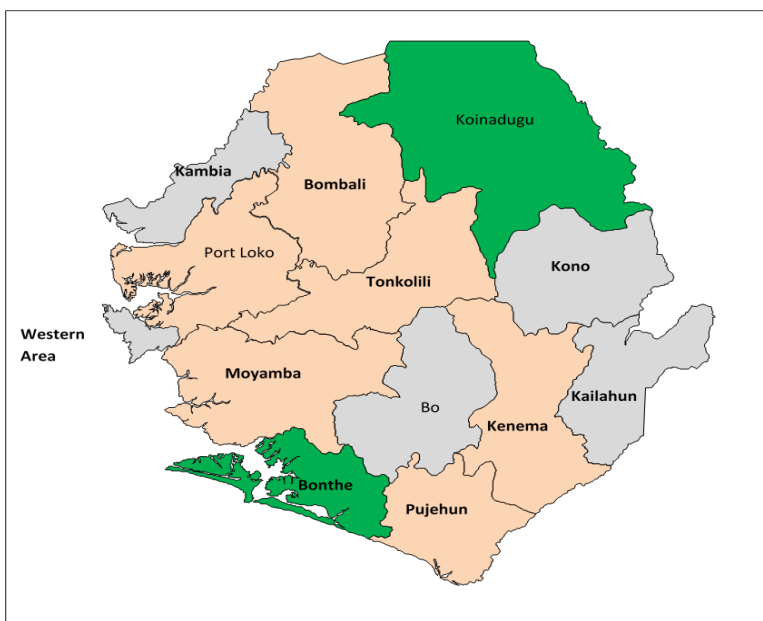
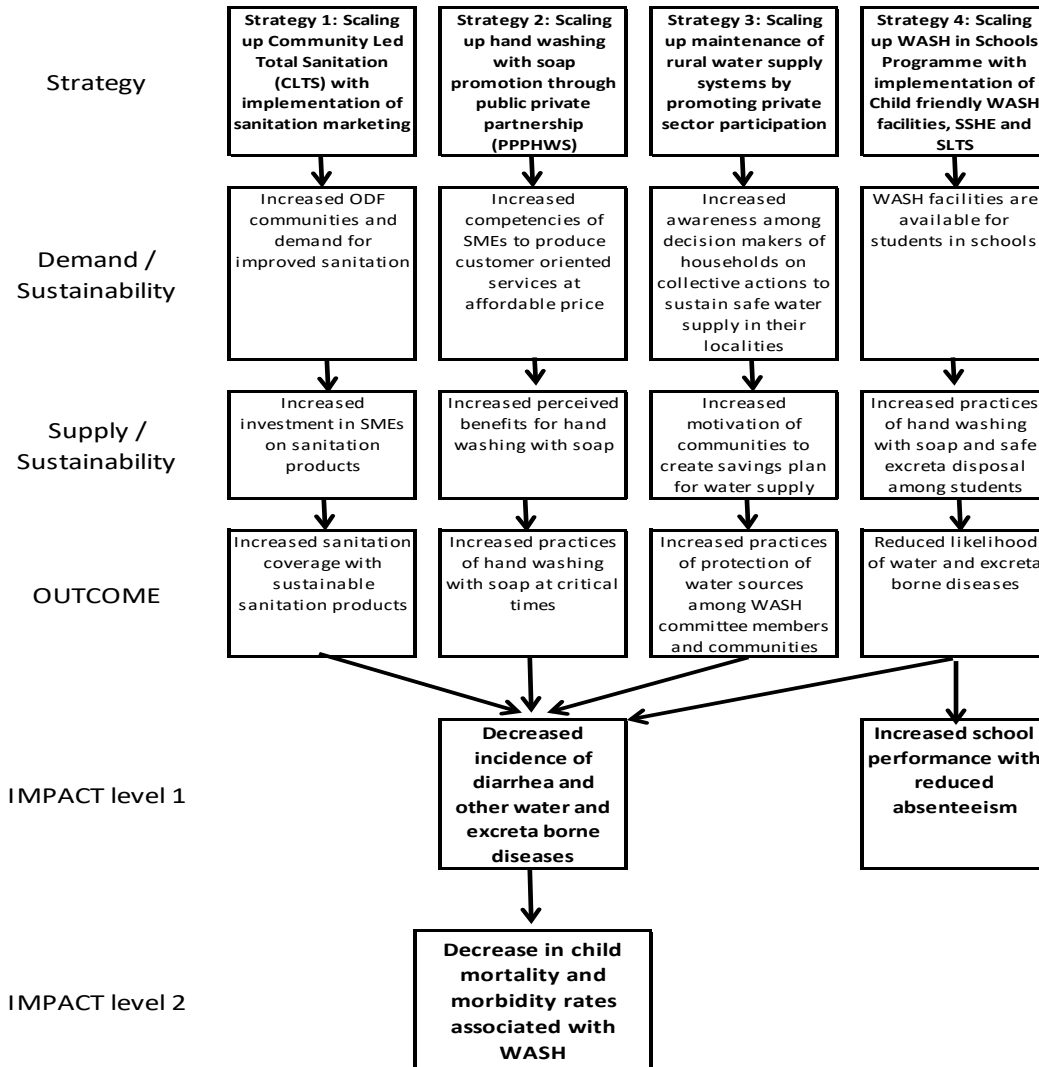


Figure 14: Map of sites targeted by ASWA (by District)

THÉORIE DU CHANGEMENT

Le graphique ci-dessous illustre les étapes les plus probables du processus de changement au sein des communautés ciblées et leurs effets induits sur la santé et les conditions de survie des enfants (Figure 3)

Figure 3: Théorie du changement du Programme ASWA (Sierra Leone)



Les hypothèses sur les changements aboutissant au résultat souhaité découlent d'évaluations d'interventions antérieures portant sur des approches stratégiques similaires en Sierra Leone. Ces hypothèses fondées sur des preuves incluent :

Pour la mise à l'échelle de l'ATPC et du marketing de l'assainissement (preuves fondées sur l'évaluation de l'ATPC et l'étude sur le marketing de l'assainissement)

1. Que la communauté est motivée pour engager des fonds en faveur de l'assainissement et pour gravir les échelons en matière d'assainissement.
2. Que les autorités locales en matière d'assainissement (DHMT) s'engagent à mettre en œuvre les options d'assainissement et à créer un environnement favorable à la commercialisation de produits d'assainissement.
3. Que le gouvernement national dirige le processus de révision et d'application des Décrets et Arrêtés sur la santé publique.

Pour la mise à l'échelle du lavage des mains au savon grâce à un partenariat public-privé (preuves basées sur les CAP et l'enquête de base PPPHWS)

1. Que le gouvernement central s'engage à améliorer le climat des affaires dans les industries du savon (c-à-d. réduction des impôts)
2. Que les petites entreprises accèdent au capital à un taux abordable et que les marchés sont accessibles.
3. Que les acteurs de l'hygiène et de l'assainissement se coordonnent étroitement sous la direction du MOHS

Pour l'entretien des systèmes d'approvisionnement en eau en milieu rural avec une participation accrue du secteur privé (données tirées de l'étude sur la chaîne d'approvisionnement des pièces de rechange des pompes à main)

1. Que les parties prenantes identifient une technologie de maintenance appropriée, socialement acceptable et abordable.
2. Que les communautés bénéficient du soutien des Conseils locaux pour la mise en place des mécanismes leur permettant de faire face aux coûts de fonctionnement et de maintenance et aient la volonté et la capacité d'assurer la mise en œuvre, la gestion et la maintenance de l'option choisie.
3. Que le gouvernement fournisse un soutien suffisant aux institutions qui forment des réparateurs de pompes, les opérateurs et les gestionnaires de systèmes communautaires.

Pour SSHE et approvisionnement en eau (résultats de l'étude PPPHWS et du CFS)

1. Que la capacité des comités de gestion (SMC) et des clubs santé (SHC) des écoles à entretenir des installations d'assainissement et d'approvisionnement en eau est renforcée.
2. Que les parties prenantes identifient une technologie de maintenance appropriée, socialement acceptable et abordable.
3. Que la communauté d'accueil a accès à l'eau et à des installations d'assainissement afin de garantir la séquence de changement de comportement des élèves à la fois à l'école et à la maison.
4. Que du savon est disponible dans les écoles.

En 2012, l'UNICEF Sierra Leone, en partenariat avec le gouvernement de Sierra Leone (GoSL), a commencé à apporter son soutien à la mise en œuvre du programme « Accélération de l'assainissement et de l'eau pour tous en Sierra Leone » (ASWA) afin d'aider le pays à atteindre des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et du Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté II (DSRP II) alors en vigueur dans le domaine de l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Le programme vise à améliorer la santé, le taux de survie et le bien-être des enfants et à contribuer à réduire l'incidence de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans en accélérant la réalisation de l'OMD 7¹⁷. Le programme avait pour objectif était d'accélérer l'amélioration de la couverture en eau et assainissement à travers 4 principaux axes :

- L'accélération de l'assainissement et de la couverture en eau pour atteindre les cibles des OMD ;
- Le renforcement du développement du secteur national ;
- Le renforcement institutionnel et renforcement des capacités ; et
- La durabilité des systèmes et des changements de comportements.

Les résultats assignés au programme¹⁸ sont les suivants :

- La couverture améliorée en assainissement rural durable et en approvisionnement en eau, tant domestique qu'institutionnelle (écoles et centres de santé) ;
- La qualité de l'eau de boisson améliorée ;
- Les pratiques de lavage des mains et d'assainissement améliorées ;
- Les pratiques d'hygiène chez les élèves et les enseignants des écoles rurales améliorées ;
- Les capacités de prestation de services du secteur WASH renforcées.

Les interventions spécifiques au niveau communautaire incluent un appui à l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC), le lavage des mains avec de l'eau et du savon, l'accès à une source d'eau améliorée et le traitement de l'eau à domicile, ainsi qu'Eau-Hygiène-Assainissement (EHA) dans les écoles. Il a utilisé l'approche ATPC qui en cohérence avec la stratégie d'engagement communautaire de l'UNICEF en Sierra Leone pour l'offre de services à base communautaire.

¹⁷ OMD7: Assurer un environnement durable (objectif spécifique: réduire de moitié le pourcentage de la population universelle ne bénéficiant pas d'un accès durable à une eau potable propre et salubre et à un assainissement de base d'ici à 2015)

¹⁸ Les résultats spécifiques avec les valeurs des indicateurs sont décrits dans l'annexe 2.

En Sierra Leone, le programme DGIS-ASWA est mis en œuvre dans les districts de Bonthe et Koinadugu (scindés par la suite en Koinadugu et Falaba). En avril 2019, 150 points d'eau ont été réhabilités, 411 674 ménages ont bénéficié de services de traitement de l'eau utilisant des techniques approuvées (chlore, filtration, ébullition, SODIS), 900 communautés ont été soutenues pour mettre fin à la défécation à l'air libre (FDAL), 428 latrines et 214 points d'eau ont été construits / réhabilités dans 214 écoles.

Le programme soutient la construction / réhabilitation de puits individuels creusés à la main afin d'améliorer l'accès à une eau salubre. Cependant, au cours de sa mise en œuvre, la stratégie d'intervention a été légèrement modifiée afin d'inclure la réalisation de forages dotés de systèmes motorisés et de capacités de réticulation, ainsi que des systèmes d'écoulement par gravité destinés aux écoles, centres de santé et communautés environnantes à partir de la source partagée. Le programme garantit que les exigences de durabilité des installations EHA et de changement de comportement sont traités comme indiqué dans le pacte de durabilité. Il est actuellement mis en œuvre par l'UNICEF, en collaboration avec le Gouvernement de Sierra Leone, par le biais d'organisations non gouvernementales, de partenaires WASH locaux et du secteur privé dans les districts de Bonthe, Koinadugu¹⁹ et Falaba.

Le projet devrait s'achever en décembre 2019. L'UNICEF veut s'attacher les services d'une équipe d'évaluation externe pour mener à bien l'évaluation du programme DGIS-ASWA.

L'évaluation se concentrera sur les interventions soutenues par l'UNICEF et mises en œuvre par ses partenaires d'exécution dans les trois districts (Koinadugu, Falaba et Bonthe). L'équipe d'évaluation disposera d'une cartographie en temps réel de toutes les interventions effectuées par les partenaires d'exécution de l'UNICEF et les bénéficiaires directs du programme.

L'évaluation tiendra compte de la population totale actuelle et des groupes de population présentant un intérêt pour l'UNICEF dans les trois districts. Les projections démographiques du recensement national de 2015 indiquent qu'en 2019, Koinadugu (avant sa scission) aura une population totale estimée à 456 140 personnes (226 832 femmes et 229 308 hommes); et le nombre d'enfants de moins de cinq ans estimé à 52 214 (25 964 filles et 26 250 garçons). D'autres estimations fondées sur le recensement font état de 18 246 enfants de moins d'un an, de 18 702 femmes enceintes et de 101 263 femmes en âge de procréer. Les projections démographiques du recensement national établissent la population totale de Bonthe en 2019 à 219 218 (110 164 femmes et 109 054 hommes); et le nombre d'enfants de moins de cinq ans à 30 344 (15 243 filles et 15 101 garçons). D'autres estimations fondées sur le recensement font état de 8 329 enfants de moins d'un an, de 8 537 femmes enceintes et de 46 224 femmes en âge de procréer.

Bien que l'évaluation tente de mesurer l'impact du programme sur l'ensemble de la population cible, elle mettra l'accent sur ses impacts sur les enfants (filles et garçons) de moins de cinq ans, les adolescents et les femmes. La participation optimale des enfants de moins de cinq ans, des adolescentes, des garçons et des femmes sera assurée aux différentes étapes de l'évaluation en s'assurant que leurs opinions sur les besoins prioritaires et sur la conception du programme, les résultats et les défis sont pleinement prises en compte. L'évaluation garantira également la participation d'autres parties prenantes, notamment des chefs de famille masculins, des enfants non scolarisés, des chefs de communautés locales, des membres des comités de gestion WASH, des enseignant-e-s, des membres des comités de gestion des écoles, des agents de santé communautaires, du personnel des établissements de santé et des chefs religieux.

2. But de l'évaluation

Cette évaluation sommative a deux objectifs principaux : la responsabilité et l'apprentissage organisationnel dans le domaine de l'assainissement et de l'hygiène pour Programme PHAM et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène pour le Programme DGIS-ASWA.

- En termes de responsabilité, l'évaluation permettra de rendre compte des résultats obtenus par les deux programmes vis-à-vis non seulement des deux donateurs (Union européenne pour PHAM et DGIS pour ASWA), mais aussi des populations censées bénéficier de leur mise en œuvre.
- En termes d'apprentissage organisationnel, l'objectif de cette évaluation est de documenter les bonnes pratiques et les leçons tirées de la mise en œuvre des deux programmes afin d'informer la prise de décision sur l'extension des différentes approches adoptées lors de la mise en œuvre et de formuler de nouvelles stratégies (ou d'améliorer les stratégies existantes).

¹⁹ Voir carte en annexe 3

L'évaluation répondra aux besoins d'information des utilisateurs visés, comme indiqué dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Aperçu des utilisateurs et des utilisateurs de l'évaluation

Utilisateurs	Utilise la Côte d'Ivoire	Utilise Sierra Leone
Programmes Eau, Hygiène et Assainissement des Bureaux de pays de l'UNICEF en Côte d'Ivoire et en Sierra Leone	Élaborer la note de stratégie du programme pour le prochain cycle de programmation (2021-2025).	Documentez les leçons tirées et les meilleures pratiques pouvant informer le futur programme WASH et sa réplication
Programmes Survie et Développement de l'Enfant (CSD), Communication pour le Développement (C4D) et Planification, Suivi et Evaluation (PME) de l'UNICEF en Côte d'Ivoire	Incorporer les meilleures pratiques et s'appuyer sur les enseignements tirés pour améliorer les performances des interventions futures dans le domaine de l'assainissement.	Intégrer les meilleures pratiques et tirer parti des enseignements pour améliorer les interventions futures en matière de changement de comportement en matière d'assainissement et d'hygiène
Autorités sanitaires au niveau national	Prendre des décisions et élaborer des orientations stratégiques pour l'élimination de la pratique de la défécation à l'air libre (DAL), y compris l'allocation de ressources humaines, matérielles et financières sur la base des preuves générées par l'évaluation.	Utiliser les leçons tirées des approches novatrices mises en œuvre dans les trois districts pour éclairer l'élaboration de la feuille de route nationale de la DAL. Utiliser les meilleures pratiques pour accélérer la mise en œuvre de l'ATPC dans l'ensemble du pays en vue d'atteindre les cibles des ODD Utilisez les résultats pour ajuster la stratégie nationale ATPC si nécessaire
Autorités territoriales	Ajuster et optimiser le mécanisme de suivi du programme national d'élimination de la défécation à l'air libre sur la base des leçons tirés de l'évaluation.	Ajuster les approches de suivi menées par district pour améliorer la qualité de l'exécution des programmes et l'élaboration de plans de durabilité conduits par district
Donateurs et les autres partenaires au développement (Union européenne pour PHAM et DGIS pour ASWA).	Influencer la conception et l'extension futures des programmes ATPC Informez l'allocation des ressources financières pour l'ATPC dans un proche avenir. Cette évaluation viendra compléter l'évaluation WASH (notamment en terme d'étendue) commandée par la Commission Européenne	Influencer la conception future de DGIS et le passage à échelle des programmes WASH Informez prochainement l'allocation des ressources financières de DGIS dans le domaine WASH
ONG partenaires et autres organisations de la société civile	S'appuyer sur les preuves générées par l'évaluation pour améliorer les performances de la mise en œuvre des projets / interventions en matière d'assainissement.	Renforcer les capacités là où elles font défaut - en particulier pour inculquer la durabilité communautaire des installations WASH installées.

3. Objectifs de l'évaluation

Cette évaluation vise à atteindre les objectifs spécifiques suivants :

- Documenter les réalisations et les défis de la composante assainissement du programme PHAM et ASWA non seulement dans les deux pays où des visites seront effectuées (Côte d'Ivoire et Sierra Leone), mais également parmi les 8 pays restants ciblés par le programme régional financé par DGIS (ceux-ci feront l'objet d'une étude documentaire) ;
- Identifier les leçons apprises aux niveaux stratégique et opérationnel ;
- Documenter les bonnes pratiques pour éliminer la défécation à l'air libre ;
- Formuler des recommandations pour la consolidation des gains de l'approche ATPC ainsi que pour la mise à l'échelle des meilleures pratiques ;
- Contribuer au renforcement des capacités nationales d'évaluation.

L'évaluation ASWA visera également les objectifs spécifiques suivants

- Évaluer l'étendue de la couverture des interventions du programme par rapport aux besoins liés au programme DGIS-ASWA, à la fois en termes de couverture géographique et de nombre d'enfants et de femmes pris en charge par rapport au nombre d'enfants et de femmes ayant des besoins dans ce domaine ;
- Évaluer la qualité des services fournis, par rapport aux normes nationales et internationales pertinentes, en accordant une attention particulière aux critères de qualité en matière de droits de l'homme et de l'égalité de genre ;
- Évaluer l'efficacité des partenariats et de la coordination du programme, en particulier entre l'UNICEF et ses partenaires d'exécution et tous les partenaires travaillant dans la programmation WASH aux niveaux local, du district et national ;
- Évaluer la pertinence et l'efficacité des différentes stratégies et approches utilisées par les partenaires de l'UNICEF à chaque étape du cycle de vie du programme ;
- Évaluer l'adéquation sociale et l'acceptabilité de la conception et des approches du programme et expliquer les perceptions des bénéficiaires et des parties prenantes à cet égard et en termes de l'ensemble du programme ;

Évaluer le degré de conformité du programme à la politique et aux directives de l'UNICEF sur la prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PSEA).

4. Portée de l'évaluation

4.1. Portée thématique

PHAM (Côte d'Ivoire)

L'évaluation portera sur le volet assainissement du programme PHAM en Côte d'Ivoire, en accordant une attention particulière aux interventions mises en œuvre pour éliminer la défécation à l'air libre et améliorer les conditions d'hygiène individuelle et collective.

ASWA (Sierra Leone)

L'évaluation portera sur le paquet d'interventions WASH fournies par les partenaires de mise en œuvre dans les communautés ciblées dans les trois districts.

4.2. Portée géographique

PHAM (Côte d'Ivoire)

L'évaluation du volet assainissement du PHAM portera sur l'analyse de la mise en œuvre du programme dans ses 1 650 villages d'intervention situés dans les régions de Cavally, Gbokle, Guémon, Haut-Sassandra, Nawa, Marahoué, San Pedro et Tonpki.

ASWA (Sierra Leone)

En Sierra Leone, le programme DGIS-ASWA est mis en œuvre dans les districts de Bonthe, Koinadugu et Falaba. En avril 2019, 150 points d'eau ont été réhabilités, 411 674 ménages ont bénéficié de services de traitement de l'eau utilisant des techniques approuvées (chlore, filtrage, ébullition, SODIS), 900 communautés ont été soutenues pour mettre fin à la défécation à l'air libre (FDAL), 428 latrines et 214 points d'eau ont été construites / réhabilités dans 214 écoles.

L'évaluation portera sur les interventions soutenues par l'UNICEF et mises en œuvre par ses partenaires dans ces trois districts. L'équipe d'évaluation recevra une cartographie en temps réel de toutes les interventions effectuées par les partenaires d'exécution de l'UNICEF et les bénéficiaires directs du programme. Elle fournira également toute la documentation pertinente. En plus des trois districts bénéficiant du programme, l'évaluation identifiera d'autres districts présentant des caractéristiques similaires et ayant été exposés à des interventions WASH soutenues par d'autres partenaires au développement. La sélection des districts de comparaison sera discutée et convenu avec les commanditaires de l'évaluation

4.3 Portée chronologique

PHAM (Côte d'Ivoire)

L'évaluation couvrira les activités de programme mises en œuvre entre juin 2013 et août 2018 dans les villages ciblés.

ASWA (Sierra Leone)

L'évaluation couvrira la période allant de 2013 (année où le bureau de pays de l'UNICEF en Sierra Leone a commencé à aider le GoSL à mettre en œuvre le programme) à décembre 2019 (date d'achèvement du programme).

5. Contexte de l'évaluation

PHAM (Côte d'Ivoire)

L'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement figure parmi les priorités nationales de la Côte d'Ivoire et les objectifs de développement au niveau régional (avec des initiatives telles que AfricaSan) et au niveau mondial (OMD7 et ODD6). L'accès à un environnement sain est également l'un des droits de l'enfant. Dans le cadre du rapport initial sur la mise en œuvre de la Charte Africaine des Droits et du Bien-Etre de l'Enfant (CADBE, 2014) recommandation a été faite au gouvernement de la Côte d'Ivoire de faciliter l'accès à l'assainissement pour une meilleure réalisation du droit des enfants à la santé et à des conditions adéquates de logement.

La Côte d'Ivoire dispose depuis Juin 2015 d'une lettre de politique sectorielle de l'assainissement et une stratégie de développement du sous-secteur de l'assainissement en milieu rural est en cours de finalisation. L'ATPC est considéré comme une des stratégies permettant de susciter la demande d'assainissement et la fin de la défécation à l'air libre comme un indicateur d'amélioration de l'assainissement autonome en milieu rural.

Selon les dernières données nationales disponibles (MICS, 2016), la défécation à l'air libre est toujours pratiquée par 24% de la population. Dans les zones rurales, le taux de DAL est quinze fois plus élevé (39%) que dans les zones urbaines (2,6%). Le rapport initial sur la mise en œuvre de la CADBE de même que les évaluations et études réalisées en Côte d'Ivoire attestent toutefois de la lenteur des progrès et de la faiblesse des investissements publics dans le domaine de l'assainissement en général et en milieu rural en particulier. En outre, les études socio-anthropologiques réalisées sur l'assainissement en Côte d'Ivoire mettent en évidence l'importance des relations entre classes d'âges, des relations de genre et des facteurs socio-économiques dans la mise en œuvre des projets visant à améliorer les conditions d'hygiène et d'assainissement (Brou et al. 2018).

Le programme dispose d'un système de suivi basé sur une base de données des ménages bénéficiant des interventions du projet mises en place en 2015 par les ONG partenaires en guise de prélude à sa mise en œuvre. En outre, une enquête a été menée en 2018 auprès des ménages bénéficiaires pour mesurer les résultats du programme. Il convient également de noter que deux contrôles de durabilité des réalisations du Programme d'appui

pour un accès accéléré à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (PADEHA) dans d'autres régions du pays, ainsi qu'une revue de l'ATPC ont été réalisés. Les résultats de ces études, revues et enquêtes seront fournis à l'équipe d'évaluation pour éclairer l'analyse du contexte et des résultats de la mise en œuvre de l'ATPC dans les zones cibles du programme.

ASWA (Sierra Leone) :

Environ 46 000 décès, dont 60% d'enfants de moins de 5 ans, sont enregistrés chaque année en raison de maladies liées à l'accès à une eau salubre, à de mauvaises conditions d'assainissement et d'hygiène en Sierra Leone. Dans les trois districts, la situation est exacerbée par les taux élevés d'analphabétisme, les influences traditionnelles néfastes, la pauvreté rurale et les faibles niveaux d'investissements dans les infrastructures d'assainissement au niveau des ménages, des équipements publics et de la communauté en général. La défécation à l'air libre (DAL) est encore largement pratiquée, et l'effet résultant est la survenue de maladies tant vectorielles que d'origine hydrique, telles que la dysenterie, la diarrhée et le paludisme, qui sont généralement enregistrées dans les données de fréquentation des PHU.

Le programme DGIS-ASWA est essentiel pour combler les carences susmentionnées. Ses produits contribueront directement à l'atteinte des résultats tant au niveau national pays que mondial dans les domaines de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène, de WASH dans les institutions et de WASH en situation d'urgences. Le programme doit également réaliser la vision de la réalisation des droits de l'homme à l'eau et à l'assainissement. Les interventions proposées dans le cadre du projet sont alignées au plan de travail glissant pour la période 2018/2019 signé par le Bureau de pays pour la Sierra Leone et le gouvernement. Le programme vise essentiellement à réduire l'inégalité des services entre les zones urbaines et les zones rurales ; par exemple, l'accès national à des sources d'eau améliorées est de 85% et 48% respectivement pour les zones urbaines et rurales et pour les questions WASH liées au genre.

En plus de combler les lacunes en matière de EHA, ce programme s'attachera également à résoudre les problèmes de genre en WASH liés aux femmes, garçons et filles dans les communautés rurales. Par conséquent, le programme priorisera et travaillera à la réduction des conséquences négatives attribuées au manque et / ou à la fourniture insuffisante de services WASH sensibles au genre. Sans aucun doute, le manque d'approvisionnement en eau salubre oblige les femmes et les filles à parcourir de longues distances pour la corvée d'eau, ce qui a des conséquences néfastes pour elles, en particulier pour les femmes enceintes. Un accès insuffisant à des installations sanitaires adéquates a pour conséquence d'empêcher les femmes de se soulager pendant de longues périodes, ce qui nuit à leur santé et les expose au risque d'agression lorsqu'elles cherchent à préserver leur intimité. L'absence de WASH dans les écoles amène les filles à rater des journées d'école ; rend les élèves plus vulnérables au harcèlement ; et empêche les enfants d'acquérir les connaissances, les attitudes et les compétences nécessaires pour une bonne hygiène personnelle et pour leur santé. En outre, le manque d'eau dans les établissements de santé, en particulier pour se laver les mains, a été associé à des risques élevés chez les nouveau-nés lorsque les mères ou les accoucheuses ne se lavent pas les mains correctement. Par conséquent, le programme a priorisé l'identification des lacunes en matière d'information sur le genre ainsi que la production de données désagrégées selon le genre. Les femmes, les hommes, les filles et les garçons ont également été pleinement impliqués dans la conception, la mise en œuvre et la maintenance des infrastructures et des services WASH.

La durabilité des activités du programme est intégrée dans le pacte de durabilité de la Sierra Leone, un effort du gouvernement visant à améliorer la fonctionnalité et l'utilisation des services WASH dans le pays, y compris le renforcement du secteur privé et la promotion du partenariat public-privé et des efforts de l'UNICEF pour améliorer la durabilité des acquis du programme. L'UNICEF aide également le gouvernement à renforcer le suivi décentralisé et participatif, qui associe les chefs de services déconcentrés et décentralisés du gouvernement, les équipes techniques, les femmes et les enfants à l'évaluation des processus de mise en œuvre et à la vérification du travail effectué avant sa remise au gouvernement.

Le projet contribuera directement à la réalisation des objectifs de développement durable 4 et 6 en améliorant l'accès à une eau salubre et à un environnement d'apprentissage sûr grâce à la promotion de meilleures pratiques

d'hygiène et d'assainissement. Une fois achevé, il contribuera à la stratégie de relèvement post-Ebola du gouvernement dans les domaines de la santé, de l'eau et de l'éducation.

Critères d'évaluation

L'évaluation de la composante assainissement du projet PHAM sera guidée par 5 critères et celle du Programme Sierra Leone par 6 (les 5 de Côte d'Ivoire plus 1 supplémentaire).

Tableau 1: Critères d'Évaluation

PHAM Côte d'Ivoire	ASWA (Sierra Leone)
1. Pertinence	1. Pertinence
2. Efficacité	2. Efficacité
3. Efficience	3. Efficience
4. Durabilité	4. Durabilité
5. Genre, équité et droits de la personne (pas un critère en soi, mais plutôt une dimension transversale)	5. Genre, équité et droits de la personne
	6. Impact

L'évaluation en Sierra Leone sera guidée, entre autres, par les critères d'impact et de genre, d'équité et de droits de l'homme, en revanche celle de Côte d'Ivoire ne comprendra pas le critère d'impact en raison du manque de données sur les effets à long terme du programme. En outre, l'évaluation en Côte d'Ivoire n'inclura pas le genre, l'équité et les droits de l'homme en tant que critère en soi. Elle assurera la prise en charge transversale du genre, des droits humains et de l'équité dans l'analyse des différents critères d'évaluation

Questions d'évaluation

Afin d'atteindre les objectifs de l'évaluation, l'équipe d'évaluation devrait répondre aux questions suivantes (regroupées par critères). Certaines des questions seront communes aux deux évaluations (cela sera bien indiqué par le encadrés inclus en haut de chaque critère).

I. Pertinence

Questions sur PHAM et ASWA

- 1.1. Dans quelle mesure les besoins différents des hommes et des femmes et les besoins spécifiques des enfants (filles et garçons, personnes handicapées, personnes âgées, ménages marginalisés) ont-ils été identifiés lors de la conception des deux programmes ? Quels étaient ces besoins ?
- 1.2. Dans quelle mesure le programme PHAM (volet assainissement) et le programme ASWA ont-ils répondu à ces besoins identifiés avant le début des activités sur le terrain ?
- 1.3. Dans quelle mesure la capacité des communautés à soutenir la construction de latrines (PHAM) et la mise en œuvre du paquet WASH (ASWA) a-t-elle été prise en compte dans la conception du projet ?
- 1.4. Dans quelle mesure les stratégies d'intervention du programme étaient-elles appropriées pour promouvoir une prise de conscience collective de la nécessité de mettre fin à la Défécation à l'Air Libre (DAL) (PHAM) et d'améliorer les pratiques WASH (ASWA) ?

- 1.5. La conception du programme était-elle adéquate pour atteindre les résultats escomptés - extrants, résultats et impact ?
- 1.6. Le cadre logique et les processus du programme étaient-ils adéquats pour mesurer ses produits, ses effets et son impact ? Les résultats attendus étaient-ils clairement énoncés et mesurables au moyen d'indicateurs identifiables ?
- 1.7. Dans quelle mesure la répartition des rôles et des responsabilités entre les principaux intervenants de la mise en œuvre était-elle appropriée pour l'atteinte des résultats attendus ?
- 1.8. Dans quelle mesure les interventions du programme étaient-elles adaptées à l'âge et au sexe ?
- 1.9. Dans quelle mesure les interventions du programme étaient-elles culturellement et socialement appropriées ?

Question sur ASWA (SL) seulement

- 1.1. Les modalités de gestion du programme et le cadre institutionnel étaient-ils adéquats pour susciter le changement souhaité ?
- 1.2. Dans quelle mesure les interventions du programme étaient-elles appropriées et alignées sur les besoins exprimés dans les documents de programme de pays pertinents de l'UNICEF pour la Sierra Leone, les plans nationaux et infranationaux du Gouvernement, les politiques et normes internationales ?
- 1.3. Le but et les objectifs généraux du programme étaient-ils conformes aux documents de programme de pays de l'UNICEF pour la Sierra Leone (2010-2014 ; 2015-2019) ; au plan stratégique national du secteur WASH (2010) ; aux documents de stratégie du gouvernement pour la réduction de la pauvreté (2008-2012 ; 2013-2017) ; aux engagements concernant l'assainissement et l'eau pour tous ; aux politiques nationales de décentralisation (2004) ; aux plans de développement des districts et aux priorités du DGIS ?
- 1.4. Dans quelle mesure les bénéficiaires ont-ils participé à l'élaboration du programme ?
- 1.5. Dans quelle mesure le programme a-t-il touché toutes les zones géographiques et tous les groupes de population ciblés ?

II. Efficacité

Questions sur PHAM et ASWA

- 2.1. Dans quelle mesure les résultats escomptés des deux programmes ont-ils été atteints ?
- 2.2. Comment les indicateurs clés de l'assainissement évoluent-ils dans les districts ciblés par rapport à la situation de référence ?
- 2.3. Quels sont les effets induits attendus et inattendus en termes d'amélioration de la santé et de l'état de WASH (ASWA) et d'assainissement (PHAM) parmi les femmes, les enfants et les communautés ciblées ?
- 2.4. Quels facteurs internes à l'UNICEF (notamment les mécanismes de suivi et d'évaluation du programme, le niveau de participation et d'appropriation des principaux acteurs, la qualité de la prestation des services et la demande de services dans un souci d'équité et d'égalité des sexes) ont facilité ou entravé la réalisation des résultats attendus ? Quels sont les facteurs les plus importants ?
- 2.5. Quels facteurs externes à l'UNICEF (obstacles politiques, d'urgence ou socioculturels, par exemple) ont facilité ou entravé la réalisation des résultats escomptés ? Quels sont les facteurs les plus importants ?

Question sur ASWA (SL) seulement

- 2.1. Comment l'évolution des indicateurs clés de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les districts ciblés se compare-t-elle à celle des districts témoins, sur la période couverte par le programme ?

- 2.2. Comment le programme a-t-il contribué à l'amélioration des compétences et des connaissances des bénéficiaires et des plates-formes ?
- 2.3. Dans quelle mesure le transfert des connaissances et des compétences a-t-il été exhaustif, efficace et efficient ?
- 2.4. Dans quelle mesure la collaboration des partenaires avec les structures locales, de district et communautaires a-t-elle été efficace et comment cela a-t-il contribué aux résultats obtenus ?
- 2.5. Qu'est-ce qui a influé sur l'approche adoptée par l'UNICEF et ses partenaires d'exécution et comment l'UNICEF et ses partenaires ont-ils surmonté ces obstacles ?

Question sur PHAM seulement

- 2.1 Dans quelle mesure le programme a-t-il permis d'améliorer l'accès à l'assainissement et les conditions d'hygiène individuelle et collective dans les zones d'intervention ?
- 2.2 En quoi le programme a-t-il contribué au changement de comportements en matière d'assainissement et d'hygiène individuelle et collective au sein des communautés ciblées?
- 2.3 Quelles sont les forces et faiblesses dans la mise en œuvre de l'approche ATPC notamment en ce qui concerne : (i) le contexte spécifique des villages ciblés (socio-culturel, économique, environnement physique...) ; (ii) les mécanismes de coordination et de suivi du projet ainsi que la participation des principales parties prenantes (iii) la demande et à l'utilisation adéquate des toilettes ; (iv) l'offre de services d'assainissement au sein des communautés ciblées ; (v) la prise en compte des besoins différenciés des hommes et des femmes, des besoins spécifiques des enfants et de la situation particulière des groupes vulnérables (familles démunies, personnes âgées, personnes en situation de handicap) ?
- 2.4 Quels sont les effets induits (attendus et inattendus) de la mise en œuvre de l'ATPC notamment en ce qui concerne : (i) le transfert de compétences dans le domaine de la construction ; (ii) le renforcement des dynamiques communautaires en faveur de l'amélioration du cadre de vie et des conditions de vie ; (iii) la contribution aux résultats nationaux en matière de réduction de la pratique de la défécation à l'air libre?

III. Efficience

Questions sur PHAM et ASWA

- 3.1 Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et matérielles ont-elles été utilisées ?
 - adéquat (en quantité)
 - suffisante (en qualité) et
 - distribué / déployé en temps opportun pour la mise en œuvre du programme ?
- 3.2 Quel est le coût du programme par bénéficiaire ?
- 3.3 Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles occasionné la duplication des interventions ou un chevauchement avec des interventions similaires financées par d'autres organismes?

Question sur ASWA (SL) seulement

- 3.4 Dans quelle mesure le partenariat avec le secteur privé a-t-il été solide et quels ont été les gains d'efficience ?
- 3.5 Dans quelle mesure les technologies ont-elles été appropriées et dans quelle mesure ont-elles permis de réaliser des gains d'efficience ?

Question sur PHAM seulement

- 3.4 Quelles sont les principales différences entre les stratégies d'élimination de la défécation en plein air adoptées par les partenaires de mise en œuvre (ONG) et laquelle d'entre elles a été la plus efficace en termes de rentabilité ?
- 3.5 Dans quelle mesure les mécanismes de gestion et de coordination du programme ont-ils rationalisé l'utilisation des ressources pour l'élimination de la défécation en plein air ?

IV. Durabilité

Questions sur PHAM et ASWA

- 4.1 Dans quelle mesure le programme a-t-il identifié et développé les capacités, structures et mécanismes nationaux et locaux existants de la société civile et du gouvernement ?
- 4.2 Dans quelle mesure les réalisations du programme ont-elles été soutenues et, pour les plus récentes, comment seront-elles soutenues lorsque le soutien extérieur prendra fin ?
- 4.3 Comment les parties prenantes peuvent-elles s'assurer que les résultats du programme sont durables ?
- 4.4 Quels nouveaux mécanismes ou capacités ont été mis en place ou restaurés au niveau national, des districts ou des communautés ?
- 4.5 Dans quelle mesure ces capacités et compétences sont-elles activement utilisées et quelles sont les indications de durabilité ?
- 4.6 Quelles sont les principales forces et les principaux défis en ce qui concerne la durabilité des réalisations du programme aux niveaux communautaire et institutionnel ?

Question sur ASWA (SL) seulement

- 4.7 Quels nouveaux instruments de gouvernance ont été établis ou mis à jour (p. ex. politiques, stratégies, plans, normes et lignes directrices sectoriels) et dans quelle mesure sont-ils utilisés et donnent-ils des résultats ?
- 4.8 Dans quelle mesure l'UNICEF et ses partenaires d'exécution ont-ils assuré l'appropriation du programme par le gouvernement, les districts et les communautés ?
- 4.9 Dans quelle mesure les capacités des autorités nationales et locales (conseils de district et de ville), des ministères, organismes, départements et structures compétents (groupes de travail sectoriels, par exemple) ont-elles été renforcées et positionnées pour mettre en œuvre efficacement des programmes similaires ? Dans quelle mesure les systèmes ont-ils été renforcés ?
- 4.10 Dans quelle mesure les partenaires, en particulier le gouvernement, ont-ils la capacité financière et les ressources nécessaires pour maintenir les avantages du programme ?

Question sur PHAM seulement

- 4.7 Dans quelle mesure des mécanismes fonctionnels ont été mis en place et opérationnalisés au sein des communautés ciblées pour (i) maintenir le statut d'abandon de la défécation à l'air libre dans les localités ciblées et (ii) assurer la pérennité des acquis du programme en général ?
- 4.8 Dans quelle mesure l'ATPC développée dans le cadre de la mise en œuvre du PHAM a-t-elle permis aux hommes, aux femmes, aux jeunes et aux communautés des localités ciblées de s'approprier des changements de comportements préconisés dans les domaines de l'hygiène et l'assainissement ?
- 4.9 Quelles sont les conditions requises pour le passage à l'échelle de l'approche pour la fin de la défécation à l'air libre et l'amélioration de l'accès au service d'assainissement amélioré ?

V. Genre, équité et droits de la personne

Questions sur ASWA*

- 5.1 Dans quelle mesure les deux programmes ont-ils été conçus en tenant compte des questions de genre, d'équité et de droits de l'homme, notamment de la situation particulière des ménages vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, ménages très pauvres) ?
- 5.2 Dans quelle mesure les femmes, les enfants, les personnes handicapées, les personnes âgées, les ménages dirigés par des enfants et des femmes, ainsi que les communautés vulnérables/marginalisées ont-elles bénéficié des interventions des programmes et d'une réduction des obstacles les empêchant d'avoir accès aux services ?
- 5.3 Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles répondu aux questions de genre, d'âge et de différences socio-économiques entre et au sein des groupes de population dans les zones cibles ?

5.4 Comment les différentes inégalités ont-elles évolué au cours de la durée de vie du programme ? Quelle est la contribution du programme à ces changements ? Dans quelle mesure les disparités dans l'accès des zones urbaines et rurales à des sources améliorées d'eau potable et à l'assainissement ont-elles été affectées?

** même si ces questions ne s'appliquent pas en tant que questions spécifiques à l'évaluation du PHAM, les évaluateurs devront en tenir compte lors de leur analyse transversale du genre, equite et DH tout au long du rapport pour la Cote d'Ivoire.*

Question sur ASWA (SL) seulement

- 4.1 Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles ciblé certaines régions vulnérables et mal desservies du pays pour accélérer sensiblement la couverture en eau et en assainissement et améliorer les pratiques d'hygiène et d'assainissement ?
- 4.2 Quel a été le degré d'intégration de l'égalité des sexes, de la protection de l'enfance et de l'éducation dans les programmes WASH et quelles stratégies d'intégration ont été utilisées avec succès ?
- 4.3 Dans quelle mesure les instruments et les plates-formes (cadres institutionnels, juridiques, réglementaires, politiques, etc.) soutenus par le programme ont-ils contribué à répondre aux besoins spécifiques des groupes défavorisés ?
- 4.4 Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à protéger les enfants, garçons et filles d'âges différents ?
- 4.5 Comment et dans quelle mesure les interventions de l'UNICEF et de ses partenaires ont-elles contribué à apporter des solutions aux problèmes de genre et à prévenir l'exploitation et les abus sexuels ?

VI. Impact

Question sur ASWA (SL) seulement

- 6.1. Y a-t-il des changements durables qui pourraient être identifiés dans la vie et le bien-être des femmes, des enfants, des familles, des communautés et du gouvernement visés par le Programme ?
- 6.2. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à l'évolution de la mortalité imputable à l'AEPHA chez les enfants de moins de cinq ans dans les communautés cibles ?
- 6.3. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à modifier la morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de cinq ans dans les communautés cibles ?
- 6.4. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à modifier les taux d'absentéisme dans les écoles cibles ?
- 6.5. Quelle est la contribution du programme à la décentralisation des fonctions WASH au niveau des collectivités locales ?
- 6.6. Dans quelle mesure et de quelle manière les interventions du programme ont-elles contribué à modifier les allocations de ressources gouvernementales directes et ciblées pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène ?
- 6.7. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à l'amélioration des systèmes de gestion et d'entretien de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène à l'échelle communautaire, des districts et au niveau national ?

Méthodologie

L'évaluation sera menée selon une approche participative et inclusive afin de fournir des réponses pertinentes aux questions clés de l'évaluation. Elle sera menée conformément aux [normes et standards d'évaluation de l'UNEG](#). Elle intégrera les droits de l'homme, l'égalité des sexes et l'équité conformément aux [directives pertinentes du UNEG](#) et sera menée conformément au [Code de conduite](#) et aux [Directives éthiques](#) pour l'évaluation du GNUE.

L'évaluation sera fondée sur des méthodes mixtes de collecte et d'analyse des données. Les données pertinentes doivent être collectées auprès des bénéficiaires du programme et des principaux acteurs et partenaires de mise en œuvre (ONG de mise en œuvre, Direction de l'assainissement rural, Direction de la santé publique et environnementale, partenaires des organismes techniques décentralisés, l'administration territoriale, le groupe sectoriel eau, hygiène et assainissement, UNICEF, etc.)

La collecte et l'examen des données secondaires comprendront un examen des rapports de programme, des enquêtes et des rapports de suivi, des rapports d'évaluations, de recherches et d'études similaires et des bases de

données. La revue documentaire devrait inclure 8 autres pays qui font partie du programme ASWA financé par le DGIS (Bénin, RCA, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Libéria, Mali, Mauritanie). La documentation en question, qui sera mise à disposition par le Bureau régional, comprendra 18 rapports : l'équipe d'évaluation devra consulter deux rapports pour chacun des huit pays. Les deux documents, qui feront l'objet d'une comparaison, seraient la proposition de programme originale élaborée par chaque pays en 2013 et le rapport consolidé publié en 2018 qui couvre les cinq dernières années de mise en œuvre. Pour Sierra Leone, l'équipe d'évaluation disposera également du dernier bilan de durabilité.

La collecte de données primaires comprendra des données qualitatives et quantitatives recueillies au moyen d'entrevues avec des informateurs clés, de discussions de groupe, de réunions communautaires et d'observations. L'évaluation du programme de l'ASWA comprendra également l'administration d'une enquête. D'autre part, l'évaluation PHAM inclura l'analyse des données secondaires collectées dans le cadre de l'enquête auprès des bénéficiaires réalisée en 2018. L'équipe d'évaluation devrait faire participer les parties prenantes concernées, notamment le personnel du Ministère des ressources en eau, des conseils de district et locaux et du Ministère de la santé et de l'assainissement.

La triangulation des données provenant des différentes sources sera effectuée pour guider l'élaboration des conclusions de l'évaluation. Le processus itératif de dialogue avec les principaux acteurs de la mise en œuvre qui sera initié au cours du processus d'évaluation permettra de reconstituer la théorie du changement de la composante assainissement du programme PHAM.

L'équipe d'évaluation devra proposer une méthodologie d'évaluation détaillée qui utilise des méthodes mixtes et repose sur la collecte de données quantitatives et qualitatives conçues pour apporter des réponses adéquates aux questions d'évaluation. L'équipe d'évaluation élaborera, concevra et compilera des indicateurs de recherche, des questions et des outils de collecte de données appropriés. L'équipe d'évaluation fournira une stratégie/critères d'échantillonnage détaillés pour la sélection des communautés, des ménages et des individus de l'échantillon. Le cas échéant, la technique d'échantillonnage devrait faire appel à un échantillonnage représentatif permettant de détecter les changements à l'aide de statistiques descriptives appropriées. Le Groupe de référence de l'évaluation (GRE), composé de représentants de l'UNICEF, de Statistics Sierra Leone (Bureau central des statistiques du pays), du Ministère de la planification et du développement économique, du Ministère des ressources en eau et du Ministère de la santé et de l'assainissement, examinera et approuvera la stratégie d'échantillonnage et proposera si nécessaire des ajustements. L'équipe d'évaluation décrira et finalisera la méthodologie d'évaluation dans un rapport initial comprenant un plan de travail détaillé avec un calendrier et des jalons.

L'équipe d'évaluation doit obtenir l'approbation éthique du ministère de la Santé et de l'Assainissement de la Sierra Leone et respecter l'éthique de la recherche tout en travaillant avec divers groupes de population. L'équipe doit respecter le droit des institutions et des individus de fournir des informations confidentielles et veiller à ce que les données sensibles ne soient pas remontées à leur source.

Sur la base du mandat, de l'examen sur dossier et des entretiens préliminaires, l'équipe d'évaluation produira un rapport initial pour chacun des pays qui présentera la méthodologie détaillée de l'évaluation. Le rapport sera structuré comme suit :

- Introduction présentant l'objet de l'évaluation, son but, sa portée et ses objectifs ;
- Les résultats préliminaires de l'examen documentaire sont résumés dans la section sur le contexte de l'évaluation ;
- Les critères d'évaluation et les questions ont été affinés grâce à l'examen documentaire et aux entretiens préliminaires ;
- Description détaillée de la méthodologie d'évaluation, y compris les méthodes pertinentes de collecte de données qui permettront de répondre aux questions d'évaluation et la stratégie d'échantillonnage ;
- La matrice d'évaluation présentant pour chaque critère d'évaluation et chaque évaluation remet en question les méthodes de collecte de données et les sources de données prévues.
- Méthodes d'analyse des données ;
- Limites de l'évaluation et section sur l'éthique et les considérations éthiques
- Plan de travail

- Annexe : Liste des principaux documents examinés ; outils de collecte de données proposés ; liste initiale des informateurs clés.

L'équipe d'évaluation devrait produire deux rapports. Le rapport d'évaluation ne doit pas dépasser 50 pages (sans annexes) pour l'évaluation de la composante assainissement du PHAM et 150 pages (sans annexes) pour l'évaluation de l'ASWA et doit inclure un résumé de 5 pages au maximum. Tous les paragraphes sont numérotés et chaque conclusion et recommandation doit faire explicitement référence au numéro du paragraphe sur lequel ils se fondent. L'équipe d'évaluation veillera à respecter les [Normes pour les rapports d'évaluation](#) de l'UNICEF, ainsi que [la liste de contrôle](#) utilisée pour l'évaluation indépendante de la qualité des rapports d'évaluation de l'UNICEF (méta-évaluation) par le GEROS.

Les principales conclusions et recommandations de l'évaluation seront diffusées sous la forme d'un "policy brief" (note de synthèse finale) de 5 pages au maximum.

L'atelier de validation du rapport d'évaluation sera l'occasion d'élaborer le plan d'action pour la mise en œuvre des principales recommandations de l'évaluation ou " management response".

En outre, une session de partage des enseignements tirés de la gestion et de la conduite de l'évaluation avec les " Évaluateurs émergents " et les membres du Réseau national de suivi et d'évaluation (RISE en Côte d'Ivoire et SLEMEA en Sierra Leone) sera organisée pour contribuer à renforcer les capacités nationales d'évaluation.

9. Aspects pratiques de l'évaluation

9.1 Profil de l'équipe d'évaluation

L'évaluation sera effectuée par une équipe de consultants en évaluation possédant une vaste expérience tant au niveau national qu'international. Afin d'assurer que les résultats de l'évaluation soient disponibles dès que possible, il est prévu que deux équipes d'évaluation soient proposées par la même entreprise, chacune se rendant dans un des pays (Sierra Leone et Côte d'Ivoire) pour plus ou moins la même période. Si la même équipe d'évaluation conduit l'évaluation, il est entendu que la collecte des données en Côte d'Ivoire devra précéder la mission en Sierra Leone.

L'équipe doit également avoir une bonne connaissance du contexte spécifique de la Sierra Leone et de la Côte d'Ivoire ainsi que du secteur WASH (et dans le cas de la Côte d'Ivoire, de l'assainissement plus spécifiquement). L'équipe travaillera en étroite collaboration pour élaborer et mettre en œuvre une méthodologie et une approche appropriées afin de répondre aux questions de l'évaluation et d'atteindre les résultats attendus de l'évaluation. Il prendra les mesures nécessaires pour faire de l'évaluation de la composante assainissement du programme PHAM et du programme ASWA un exercice d'apprentissage pour les " évaluateurs émergents ".

9.1.1 Chef d'Equipe

Elle/Il coordonnera l'équipe d'évaluation (comme déjà indiqué, il se peut que le chef d'équipe coordonne deux mini-équipes et les accompagne sur le terrain dans deux moments différents) et assurera la conception de l'évaluation, la gestion du processus d'évaluation, l'assurance qualité et la livraison des produits attendus, en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe. Elle/il conduira l'évaluation en appliquant une approche qui favorise le transfert de compétences aux membres nationaux de l'équipe d'évaluation. Elle/il doit avoir le profil suivant :

- Avoir au moins une maîtrise en sciences sociales (sociologie, anthropologie, sciences sociales, statistique ou dans un domaine connexe) ;
- Avoir une expertise internationale reconnue en tant que chef d'équipe ;
- Avoir de préférence de l'expérience en matière d'évaluation multi-pays ;
- Avoir au moins 10 ans d'expérience internationale dans l'évaluation de programmes et projets en général et d'interventions communautaires en particulier. Des expériences d'évaluation dans le domaine de

l'hygiène et l'assainissement et dans des domaines connexes tels que la santé, la nutrition, la communication pour le changement de comportements, l'éducation seraient un atout.

- Maîtriser parfaitement les méthodes quantitatives et qualitatives de recherche et les méthodes d'évaluation fondées sur l'équité, les droits humains et le genre ;
- Avoir une excellente capacité de communication orale et écrite en français et en anglais ainsi que des compétences éprouvées dans la facilitation de processus participatifs ;
- Avoir une expérience professionnelle en Afrique de l'Ouest et en Côte d'Ivoire et/ou en Sierra Leone de préférence.

9.1.2 Membres de l'équipe d'évaluation

Les autres membres de l'équipe participeront à toutes les étapes du processus d'évaluation et seront principalement responsables de la collecte et de l'analyse des données qui serviront à établir le jugement évaluatif. Elle/ils contribueront également à l'analyse du contexte national et du secteur de l'hygiène et de l'assainissement pour contextualiser les résultats de l'évaluation. Cela impliquera à la fois une analyse des données secondaires et la conduite d'entretiens qualitatifs avec les communautés bénéficiaires du programme ainsi qu'avec les principales parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du programme. Cette équipe de consultants devrait être composée d'au moins trois experts, dont un spécialiste de l'eau (en particulier pour la partie de l'évaluation qui se déroulera en Sierra Leone), un spécialiste de l'hygiène et de l'assainissement et un spécialiste en évaluation. Le travail sur le terrain en Sierra Leone nécessitera également le recours à l'expertise nationale pour la collecte de données (afin d'améliorer la soumission en temps voulu des produits livrables, la proposition devra indiquer si la même équipe ou deux équipes différentes seront envoyées dans les deux pays pour le travail de terrain). Dans l'ensemble, chacun des membres de l'équipe d'évaluation devra avoir le profil suivant :

- Avoir au moins une maîtrise en sciences sociales ;
- Avoir au moins 5 ans d'expérience dans l'évaluation des programmes et projets de développement et des interventions WASH en particulier ;
- Avoir une parfaite connaissance du secteur WASH et du contexte spécifique du pays dans lequel il conduira le travail sur le terrain ;
- Maîtriser parfaitement les méthodes de collecte et d'analyse des données quantitatives et qualitatives ;
- Avoir de l'expérience dans l'utilisation de techniques d'évaluation participative ainsi que dans la collecte de données, sensibles aux questions de genre ;
- Se familiariser avec la littérature internationale et les questions liées à l'AEPHA et à l'AEPHA dans les programmes scolaires (pour la partie de l'évaluation qui se déroulera en Sierra Leone)
- Avoir d'excellentes compétences en communication orale et écrite en français (Côte d'Ivoire) et en anglais (Sierra Leone) ;
- Posséder d'excellentes capacités d'analyse, de synthèse et de rédaction ;
- Avoir réalisé au moins deux évaluations de programmes de haute qualité au cours des cinq dernières années dans le domaine EHA dans les pays en développement. (La fourniture d'un échantillon de travail est requise).
- Une expérience de travail en Afrique de l'Ouest, en particulier en Côte d'Ivoire et en Sierra Leone est souhaitable.
- Les professionnels possédant toutes les compétences requises et qui se trouvent également être résidents ou citoyens de Côte d'Ivoire et de Sierra Leone seront prioritaires lors de la sélection.

Tous les bureaux d'études internationaux intéressés par cette opportunité devront s'associer à une organisation locale (e.g. centre de recherche ou bureau d'étude) et développer la capacité de ladite organisation afin de conduire ce type de travail. Les équipes conjointes de consultants nationaux et internationaux intégrant les femmes sont fortement encouragées. Le bureau d'étude qui soumettra la proposition technique sera responsable de tous les recrutements locaux et des dispositions logistiques pour le travail sur le terrain. L'UNICEF n'assurera aucun transport ni appui logistique pour les voyages sur le terrain.

9.2 Gestion de l'évaluation

L'évaluation sera gérée conjointement par la Section de la planification, du suivi et de l'évaluation des bureaux de pays de l'UNICEF en Côte d'Ivoire et en Sierra Leone, qui interagira avec l'équipe d'évaluation et se chargera de la

revue technique et de la validation des produits intermédiaires prévus par ce mandat ainsi que du rapport d'évaluation. Les deux bureaux de pays travailleront en collaboration avec la Section WASH du Bureau Régional ainsi que les ministères concernés en Côte d'Ivoire et, par l'intermédiaire du Bureau de la Sierra Leone, avec les parties prenantes en Sierra Leone.

Le Groupe de référence de l'évaluation veillera à la qualité du processus d'évaluation, des rapports d'évaluation et des notes de synthèse finales. Il veillera également au respect des principes éthiques et des normes d'évaluation du GNUE et de l'UNICEF. Un évaluateur émergent sera associé aux travaux du Groupe de référence pour l'évaluation dans chacun de deux pays afin de lui permettre d'acquérir une expérience pratique de la gestion et de la conduite des évaluations. Le Conseiller régional pour l'évaluation du Bureau de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale et le Conseiller régional pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène ainsi que leurs homologues nationaux dans les deux pays concernés contribueront à la validation du rapport initial et à l'assurance qualité de tous les autres produits de l'évaluation.

a) Responsabilités du responsable de l'évaluation (Chef du S&E de la Côte d'Ivoire)

- Diriger la gestion du processus d'évaluation (conception, mise en œuvre, diffusion et coordination) ;
- Convoquer les réunions du Groupe de Référence de l'Evaluation (GRE) ;
- Assurer la qualité des termes de référence de l'évaluation, du rapport initial, des rapports d'évaluation préliminaire et final et des notes de synthèse finales ;
- Coordonner la participation des parties prenantes à la conception de l'évaluation ;
- Préserver l'indépendance de l'exercice et coordonner la sélection et le recrutement de l'évaluateur externe en veillant à ce que les procédures techniques, les procédures d'achat et les arrangements contractuels de l'UNICEF soient respectés et à ce que l'évaluation soit menée de manière pleinement inclusive et transparente ;
- Superviser l'évaluation et s'assurer que le processus d'évaluation et les produits respectent les normes et standards de qualité ;
- Mettre l'évaluateur externe en relation avec l'unité de programme au sens large, le Senior Management et les principales parties prenantes de l'évaluation ;
- Faciliter l'accès de l'évaluateur externe à toutes les données, informations et documents disponibles concernant l'évaluation ;
- Fournir à l'évaluateur externe une orientation générale et un soutien administratif ;
- En consultation avec le Groupe de référence de l'évaluation (GRE), approuver les produits livrables, évaluer le travail des évaluateurs externes et traiter les paiements en fonction de leur qualité ;
- Diriger la diffusion de l'apprentissage, des résultats et des conclusions au sein de l'UNICEF et à l'extérieur.

b) Responsabilités du Groupe de référence de l'évaluation (GRE) :

L'UNICEF facilitera la mise en place d'un groupe de référence pour l'évaluation afin d'établir des liens stratégiques entre l'équipe d'évaluation, l'UNICEF, les partenaires et les parties prenantes gouvernementales. Le GRE comprendra le gestionnaire de l'évaluation, le gestionnaire WASH, le chef du SPPME, le représentant adjoint (ou OIC), le conseiller régional WASH, le Conseiller Régional pour l'évaluation, le Ministère des ressources en eau, la Division de l'assainissement du ministère de la Santé et de l'assainissement du ministère du Plan et du Développement économique, Statistics Sierra Leone et deux représentants des partenaires à l'exécution du programme. Le GRE sera chargé de :

- Fournir des conseils sur l'approche et la méthodologie de l'évaluation ;
- Lier l'équipe d'évaluation aux sources d'information secondaires et aux organisations concernées impliquées dans des programmes similaires ;
- Fournir des conseils techniques et opérationnels au gestionnaire de l'évaluation et à l'équipe d'évaluation ;
- Examiner le mandat de l'évaluation, le rapport initial et les rapports d'évaluation préliminaire et final pour s'assurer qu'ils sont conformes aux normes d'évaluation du GNUE adaptées par l'UNICEF ;
- Examiner et commenter la qualité du processus et des produits d'évaluation ;
- Aider dans l'élaboration de stratégies et de méthodes pour traduire les résultats des efforts d'évaluation en politiques et en pratiques ;

- Aider dans la diffusion des conclusions et des recommandations de l'évaluation.

c) Responsabilités de l'équipe d'évaluation :

Les responsabilités de l'équipe d'évaluation seront inscrites dans leur accord contractuel avec l'UNICEF et devraient comprendre les éléments suivants :

- Concevoir la méthodologie d'évaluation détaillée, y compris la stratégie d'échantillonnage ;
- Recueillir et analyser des données secondaires préliminaires ;
- Élaborer et proposer les indicateurs et les questions d'évaluation ;
- Concevoir les outils d'évaluation en veillant à ce qu'ils correspondent aux questions d'évaluation au moyen d'une matrice d'évaluation complète ;
- Recruter et former les numérateurs (probablement plus nombreux dans la partie de l'évaluation qui se conduira en Sierra Leone) et les autres membres de l'équipe d'évaluation sur la mise en œuvre de l'évaluation, y compris le protocole d'évaluation, l'éthique et les outils de collecte des données ;
- Planifier et coordonner la logistique de la collecte des données conformément à la méthodologie choisie ;
- Piloter et finaliser la stratégie et les outils d'évaluation ;
- Recueillir et analyser des données secondaires supplémentaires pour mesurer les indicateurs d'évaluation pertinents et obtenir des explications sur les résultats des données quantitatives ;
- Analyser, trianguler et interpréter les données et élaborer un rapport d'évaluation complet ;
- Partager les principales conclusions et perspectives de l'évaluation, comme convenu avec l'ERG.

9.3 Plan de travail indicatif de l'évaluation

L'évaluation est prévue se dérouler sur une période de 160 jours ouvrables (60 en Côte d'Ivoire+ 100 en Sierra Leone) de juillet à décembre 2019. Cette période comprend la revue documentaire, le travail sur le terrain, l'élaboration des rapports d'évaluation et des notes de synthèse finales, ainsi que tous les ateliers nécessaires. Le tableau 3 ci-dessous présente le plan de travail indicatif de l'évaluation.

Tableau 2: Plan de travail indicatif

Résultats Attendus	Responsable	Date de réalisation
Les TdR sont publiés	Responsables de l'évaluation (Bureaux Pays Côte d'Ivoire et Sierra Leone)	Juin 2019
Des propositions techniques et financières sont produites	Équipe d'évaluation (entreprise ou consortium de consultants)	Juillet 2019
Le processus de sélection de l'équipe d'évaluation retenue est effectué	Gestionnaire de l'évaluation	Juillet 2019
Signature du contrat d'évaluation	Gestionnaire de l'évaluation	Juillet 2019
Tenue de la réunion de lancement de l'évaluation	Gestionnaire d'évaluation	Juillet 2019
Production d'une méthodologie d'évaluation détaillée (rapport de démarrage)	Chef de l'équipe d'évaluation appuyé par des consultants nationaux	Juillet 2019
La méthodologie d'évaluation est revue et modifiée	GRE	Juillet 2019
Le rapport initial est finalisé sur la base de l'examen de l'ERG	Chef de l'équipe d'évaluation appuyé par des consultants nationaux	Août 2019
Les données sont collectées et analysées	Chef de l'équipe d'évaluation appuyé par des consultants nationaux	Août-septembre 2019
Les résultats préliminaires de	Chef de l'équipe d'évaluation	Octobre 2019

l'évaluation sont partagés	appuyé par des consultants nationaux	
Production du rapport d'évaluation provisoire et de la présentation PowerPoint	Chef de l'équipe d'évaluation appuyé par des consultants nationaux	Octobre 2019 (Côte d'Ivoire)
Le projet de rapport est présenté et approuvé. Le plan de réponse de la direction de l'évaluation est produit.	GRE	Novembre 2019 (Sierra Leone)
		Novembre 2019 (Côte d'Ivoire)
Un rapport d'évaluation final, un résumé analytique et une note de synthèse finale sont produits (pour chaque pays séparément).	Chef de l'équipe d'évaluation appuyé par des consultants nationaux	Décembre 2019 (Sierra Leone)
Les enseignements tirés de la mise en œuvre et de la gestion de l'évaluation sont partagés avec le réseau national d'évaluation.	Chef de l'équipe d'évaluation appuyé par des consultants nationaux	Décembre 2019 (Côte d'Ivoire)

9.4 Produits attendus

1. **Rapport de démarrage** (ou note de cadrage) : Le chef d'équipe soumettra un rapport de démarrage accompagné d'une description détaillée de la façon dont l'évaluation sera effectuée. Des détails supplémentaires sur la rédaction dudit document sont fournis à la section 8 Méthodologie.

2. **Présentation PPT sur les résultats préliminaires lors des débriefings** tenus avec les parties prenantes en Sierra Leone et en Côte d'Ivoire après le travail de terrain (session de validation)

3. **Rapports d'évaluation :**

a) Deux rapports provisoire d'évaluation (un pour la Côte d'Ivoire et un pour la Sierra Leone ; plus de détails fournis ci-dessous) intégrant les observations des intervenants au cours des débriefings (ce produit livrable sera partagé avec les membres du GRE pour commentaires).

b) Deux rapports d'évaluation finaux complets intégrant tous les commentaires fournis par les membres de du GRE (max. 50 pages pour la Côte d'Ivoire et max 100 pages pour la Sierra Leone, à l'exclusion des annexes). Pour le rapport sur la Sierra Leone : Trois copies papier en couleur et une copie électronique du rapport d'évaluation complet en anglais seront produites et envoyées au GRE.

Le rapport final complet devra être structuré comme suit :

- Table des matières, y compris la liste de toutes les sections du rapport et la liste des figures
- Résumé Analytique (portant sur les principales sections du rapport : contexte, méthodologie et processus, principales conclusions et recommandations, enseignements tirés)
- Remerciements (tous ceux qui ont soutenu l'évaluation et ont apporté une coopération et une collaboration solides pendant le processus)
- Liste des abréviations et acronymes
- Introduction (objet de l'évaluation, but de l'évaluation, objectif, portée, utilisation et utilisateurs)
- Contexte de l'évaluation
- Méthodologie, y compris la stratégie d'échantillonnage et les méthodes d'analyse des données
- Constats principaux (regroupés par critère - il faudra répondre à chaque question individuelle) + Conclusions préliminaires (les conclusions préliminaires seront encadrés et présentés juste après les constats auxquels elle se réfèrent)
- Conclusions finales
- Leçons apprises
- Recommandations (stratégiques et opérationnelles, maximum 5 recommandations prioritaires ; les recommandations devront indiquer le(s) responsable(s) de leur mise en œuvre et une échéance pour sa réalisation)
- Annexes (termes de référence ; liste des personnes interrogées et des sites visités ; liste des documents consultés ; plus de détails sur la méthodologie, tels que les instruments de collecte des données, y

compris des détails sur leur fiabilité et leur validité ; données biologiques des évaluateurs et/ou justification de la composition des équipes ; matrice d'évaluation ; cadre des résultats)

c) Deux notes de synthèse finales (max. 5 pages). La note de synthèse comprendra les principales conclusions de l'évaluation. Une copie électronique de la note de synthèse finale sera soumise à l'équipe par courrier électronique en anglais.

d) Deux présentations PowerPoint : Le chef d'équipe produira et présentera deux présentations PowerPoint portant sur les principales conclusions de l'évaluation (tirées des rapports finaux) ; les deux présentations seront communiquées aux membres du GRE.

4. Atelier sur les enseignements tirés dans chacun des deux pays (Sierra Leone et Côte d'Ivoire) : Le chef d'équipe organisera un/deux ateliers sur les enseignements tirés de cette évaluation, dans le but de contribuer à renforcer les capacités nationales en matière d'évaluation.

5. Données brutes : Toutes les données brutes et les transcriptions complètes de la collecte de données primaires seront transmises à l'UNICEF. Tous les instruments de collecte originaux avec leurs données enregistrées sur le terrain, leurs transcriptions et, le cas échéant, les copies de tous les fichiers/bases de données Excel utilisés pour l'analyse des données, seront livrés à l'UNICEF pour valider les analyses. L'UNICEF jouit de tous les droits de propriété, y compris, mais sans s'y limiter, les brevets, les droits d'auteur, les marques de commerce et le matériel qui ont un rapport direct avec les services fournis ou qui sont fabriqués en conséquence de ceux-ci. A la demande de l'UNICEF, le chef d'équipe et les autres consultants garantiront ces droits de propriété et à les transféreront à l'UNICEF conformément aux dispositions applicables.

La liste indicative des activités d'évaluation pour lesquelles une estimation du niveau d'effort pour chaque pays devra être incluse dans la proposition technique est présentée ci-dessous

Activité	Cote d'Ivoire		Sierra Leone	
	Chef d'Equipe	Autres membres de l'équipe (plus de détails à fournir)	Chef d'Equipe	Autres membres de l'équipe (plus de détails à fournir)
Signature du contrat				
Discussions avec l'UNICEF et le Groupe de référence pour l'évaluation (GRE) sur l'approche, les théories et les activités du programme				
Revue préliminaire de la littérature				
Conception d'outils de collecte de données quantitatives et qualitatives				
Présentation d'un rapport initial détaillé à l'UNICEF et au GRE				
Discussions et finalisation de la méthodologie d'évaluation et des outils de collecte de données avec l'UNICEF et le GRE				
Revue exhaustive de la littérature				
Travail complet sur le terrain, y compris la collecte de données qualitatives et quantitatives				
Analyse initiale des données et identification des résultats				
Travail résiduel sur le terrain impliquant la collecte de données qualitatives pour				

expliquer les résultats de la collecte de données quantitatives.				
Analyse complète des données et rédaction de la première ébauche du rapport				
Observations et retour d'information sur le premier projet de rapport de l'UNICEF et du GRE				
Incorporation des commentaires et production du deuxième projet de rapport				
Commentaires et rétro alimentation sur le deuxième projet de rapport				
Préparation du troisième projet de rapport pour validation				
Séance de validation du troisième projet de rapport, prise en compte des commentaires de validation				
Préparation d'une note de synthèse finale, d'un rapport final complet et d'une présentation PowerPoint				
Soumission à l'UNICEF et au GRE de la note de synthèse final ainsi que d'un rapport final complet et d'une présentation PowerPoint				

Les activités et les délais indiqués sont donnés à titre indicatif. Les institutions/consortiums demandeurs devraient proposer leurs activités respectives et un calendrier pour l'achèvement des principaux produits mentionnés dans leurs proposition techniques. L'équipe d'évaluation doit s'assurer que l'UNICEF et le GRE disposent du temps nécessaire pour examiner les principaux résultats attendus.

9.5 Modalités contractuelles

La sélection de la société ou du groupement d'évaluateurs qui mènera ce mandat se fera sur la base des offres techniques et financières qui seront soumises conformément aux procédures de l'UNICEF. Les offres techniques et financières seront notées sur une échelle de 100 points, dont 30 points pour l'offre financière et 70 points pour la proposition technique.

La proposition technique devrait couvrir les aspects suivants :

- Compréhension des termes de référence (y compris la nature multi-pays de cette évaluation)
- Méthodologie d'évaluation
- Cadre de référence méthodologique pour répondre aux questions d'évaluation
- Méthodes de collecte et d'analyse des données dans les deux pays (Côte d'Ivoire et Sierra Leone)
- Capacité organisationnelle de l'équipe d'évaluation d'exécuter le mandat :
- Plan de travail de l'évaluation
- Rôles et responsabilités des membres de l'équipe d'évaluation
- Expertise et expérience de l'équipe d'évaluation proposée (CV de 3 pages maximum par personne)
- Expertise et expérience du chef d'équipe (y compris la capacité de gérer plusieurs équipes en même temps)
- Expertise et expérience des autres membres de l'équipe
- Une copie d'un/deux rapports d'évaluation produits par le chef d'équipe au cours des 3/5 dernières années doivent être jointe à la demande.

La proposition technique doit être soumise dans un dossier ou une enveloppe séparée, clairement identifiée : "Proposition technique." Aucune information financière ne devrait être incluse dans la proposition technique. Les offres techniques seront notées selon la grille d'évaluation fournie au tableau 4.

Table 3: Grille d'évaluation des propositions techniques

Nombre	Critères d'évaluation	Sous-critères	Note	Note total
1	Compréhension des TdR	Compréhension des TdR (en fonction de la valeur ajoutée de la proposition technique)	10	10
2	Méthodologie	Cadre de référence méthodologique pour répondre aux questions d'évaluation <i>(en fonction de la pertinence du cadre méthodologique pour répondre aux questions d'évaluation)</i>	10	25
		Méthodes de collecte des données <i>(en fonction de la pertinence et de la cohérence des méthodes de collecte des données proposées pour répondre aux questions d'évaluation)</i>	8	
		Méthodes d'analyse des données <i>(en fonction de la pertinence et de la cohérence de la proposition pour répondre aux questions d'évaluation)</i>	7	
3	Capacité organisationnelle de l'équipe d'évaluation d'exécuter le mandat	Plan de travail de l'évaluation <i>(en fonction de la pertinence du calendrier proposé pour l'exécution des produits attendus)</i>	5	10
		Rôles et responsabilités des membres de l'équipe d'évaluation <i>(selon la pertinence de la répartition des rôles et des responsabilités pour l'atteinte des résultats attendus dans les délais requis)</i>	5	
4	Expertise et expérience du chef d'équipe	Expertise du chef d'équipe <i>(en fonction de la conformité au profil requis et de l'évaluation des compétences en général et des évaluations axées sur l'équité et sur l'égalité des sexes et les droits humains)</i>	7	13
		Expérience du chef d'équipe <i>(en fonction de la qualité du rapport d'évaluation soumis dans le cadre de la proposition et de l'expérience du consultant en matière d'évaluation en général et dans le domaine thématique ciblé en particulier et en tant que chef d'équipe d'évaluation)</i>	6	
5	Expertise et expérience des membres de l'équipe d'évaluation	Expertise des membres de l'équipe <i>(en fonction de la conformité au profil recherché, de l'expertise dans le domaine thématique visé, de la connaissance du contexte national et</i>	6	12

		<i>des méthodes d'évaluation et de recherche)</i>		
		Expérience des membres de l'équipe <i>(en fonction de l'expérience en matière d'évaluation en général et dans le domaine thématique ciblé)</i>	6	
Note totale attribuée à la proposition technique				70 Points

La proposition financière doit contenir l'offre avec la ventilation des coûts et doit couvrir toutes les dépenses liées à l'évaluation, y compris la rémunération souhaitée, les frais de logement, les frais de déplacement (classe économique), l'assurance voyage et autres. Le matériel informatique et le matériel de communication nécessaires à la bonne exécution de l'évaluation relèveront de la responsabilité de la société ou du groupement de consultants chargés de l'évaluation. Il convient de noter que les frais d'organisation de réunions ou d'ateliers techniques seront pris en charge par l'UNICEF. L'offre financière sera présentée séparément de l'offre technique et la proposition financière sera clairement identifiée. Il ne sera examiné que pour les candidats dont l'offre technique est jugée techniquement valable (note minimale de 50 points).

Les frais de service seront payés en trois versements comme suit :

- 30 % sur présentation du rapport de démarrage de deux évaluations ;
- 30 % à la présentation des rapports préliminaires de deux évaluations ;
- 40 % après la validation du rapport final, du résumé analytique et des notes de synthèse finales pour les deux évaluations

Les paiements ne seront effectués que pour les travaux achevés de manière satisfaisante et acceptés par l'UNICEF.

Alternativement

- 15 % à la présentation du rapport de démarrage Pays 1 ;
- 15 % sur présentation du rapport de démarrage Pays 2 ;
- 15 % sur présentation du rapport préliminaire Pays 1 ;
- 15 % sur présentation du rapport préliminaire Pays 2 ;
- 15 % après validation du rapport final, du résumé analytique et de la note de synthèse finale pour le pays 1 ;
- 15 % après validation du rapport final, du résumé exécutif et de la note de synthèse finale pour le pays 2.
- 10% après validation de la note de synthèse finale

L'équipe d'évaluation peut proposer un calendrier de paiement différent dans sa proposition. Cette question sera examinée lors de l'évaluation de la proposition.

Toutes les propositions doivent être envoyées au bureau de pays de l'UNICEF en Côte d'Ivoire (veuillez fournir plus de détails) :

Cadre logique avec les résultats atteints

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Résultats atteints	Sources et moyens de vérification
Objectif général	Contribuer à la réduction de la pauvreté, de la mortalité et de la morbidité des populations dans les Régions du Nawa, du Gbôklé, de San Pedro, du Cavally, du Guémon, du Tonkpi, du Haut Sassandra et de la Marahoué.	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (réduction de 123 à 120 pour 1000 naissances vivantes)	Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 96 pour 1000 naissances vivantes en 2016 (MICS 2016)	DIPE (Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA)
		Taux d'incidence des diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans (Réduction de 17,9% à 16%)	Les incidences enregistrées des diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans de 8,85% ²⁰	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire 2016 (RASS 2016)
Objectifs spécifiques	Améliorer durablement l'accès à l'assainissement et à l'hygiène des populations dans les Régions du Nawa, du Gbôklé, de San Pedro, du Cavally, du Guémon, du Tonkpi, du Haut Sassandra et de la Marahoué.	Nombre de personnes utilisant les latrines améliorées (Au moins 330.000 personnes)	473.871 personnes utilisent des latrines améliorées selon le JMP ²¹ (143,6%) 204.926 personnes utilisent des latrines améliorées selon la définition du PHAM ²² (62%)	Rapports d'enquêtes CAP/JMP/ Rapports d'évaluation externe/Rapport narrative final du projet
		Nombre de ménages disposant de dispositifs de lavage des mains avec du savon (Au moins 38.000 ménages)	37.903 ménages cibles ont accès aux dispositifs de lavage des mains avec du savon (99.7%)	MICS/JMP/Rapports d'enquêtes CAP/Rapports annuels/ DAD et DHES
Résultat 1	La pratique de la défécation à l'air libre est éliminée dans au moins 800 villages cibles trois ans après le démarrage du Projet	Nombre de villages cibles FDAL (0 village au démarrage du projet, 170 villages 1 an après le démarrage du projet, 550 villages 2 ans après le démarrage du projet, 800 villages 3 ans après le	559 villages FDAL 1 an après le démarrage 704 villages FDAL, 2 ans après le démarrage 823 villages ont été déclarés FDAL ,3 ans après le démarrage	Rapport d'enquêtes CAP/Rapport narratifs trimestriels, annuels et final du projet/Rapports annuels DAD et DHES/ Rapport d'évaluation externe (mi-

²⁰ L'enquête MICS (ou EDS) n'a pas encore lieu et la donnée récente pour l'indicateur « Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans » n'est pas disponible. Un indicateur de proxy permettant d'apprécier la situation est présenté à la place ; c'est l'incidence enregistrée de la diarrhée chez les enfants de moins de 5ans. C'est un indicateur mesuré à partir des données routines et intégré dans le système d'information sanitaire. La dernière donnée validée est relative à l'année 2016.

²¹ Latrine améliorée selon le JMP : La latrine à fosse avec dalle est une latrine à fosse sèche entièrement recouverte par une dalle ou plate-forme montée d'une cuvette. La dalle doit être solide et peut être fabriquée avec tout type de matériaux (béton, bois avec de la terre ou de la boue, ciment, etc.) tant qu'il couvre intégralement la fosse sans exposer le contenu de la fosse autrement que par le trou nécessaire à la défécation.

²² Latrine améliorée selon le PHAM : Latrine à fosse recouverte d'une dalle étanche composée d'un(e) : assemblage de branches/planches recouvert de terre stabilisée, ou ; véritable dalle en ciment/béton, et d'une superstructure couverte (toit et murs) permettant l'intimité des utilisateurs.

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Résultats atteints	Sources et moyens de vérification
		démarrage du projet et 850 villages FDAL dans les régions du projet 1 an après la fin du projet	du projet	parcours, final) /Rapport d'évaluation nationale FDAL
Résultat 2	Au moins 330.000 personnes des villages cibles adoptent des bonnes pratiques d'hygiène (notamment le lavage des mains à l'eau et au savon / cendre) trois ans après le démarrage du programme	Nombre de ménages des villages cibles connaissant au moins 2 moments clés pour le lavage des mains à l'eau et au savon (Au moins 38.000 ménages)	38 376 ménages des villages cibles connaissent au moins 2 moments clés pour le lavage des mains à l'eau et au savon	Rapports d'enquêtes CAP/EDS/Rapports narratifs du projet/Rapports annuels DHES
		Nombre de ménages cibles disposant de dispositif de lavage des mains avec du savon (Au moins 38.000 ménages)	37 903 ménages cibles ont accès aux dispositifs de lavage des mains avec du savon	Rapports d'enquêtes CAP/EDS/Rapports narratifs du projet/Rapports annuels DHES/Rapport narrative du projet
		Nombre de comités ATPC formés sur la MVE (Au moins 375 comités dans le cadre du PHAM)	375 comités ATPC déclenchés ont été formés sur la MVE dans le cadre du PHAM	Rapports d'enquêtes CAP/ Rapports narratifs du projet/Rapports annuels DHES/Rapport narrative du projet
Résultat 3	Au moins 330.000 personnes des villages cibles utilisent des latrines améliorées trois ans après le démarrage du projet	Nombre de latrines améliorées construites (Au moins 22.000 latrines, 2 ans après le démarrage du projet, au moins 38.000 latrines 3 ans après le démarrage du projet, au moins 40.000 latrines 1 an après la fin du projet)	57 575 latrines améliorées selon le JMP construites, dont 18 339 latrines améliorées selon le PHAM construites, 2 ans après le projet 62.337 latrines améliorées selon le JMP ont été construites 3 ans après le démarrage du projet ; 25.609 latrines améliorées selon le critères PHAM	Rapports d'enquêtes CAP/Rapports narratifs du projet/Rapports d'évaluations nationales FDAL/Rapport d'évaluation externe
		Nombre de personnes dans les villages cibles (FDAL et non FDAL) utilisant une latrine améliorée (190.000 personnes	150 000 personnes utilisent des latrines améliorées selon la définition du PHAM, 2 ans après le démarrage du projet	Rapports d'enquêtes CAP/Rapports narratifs du projet/Rapports d'évaluations

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Résultats atteints	Sources et moyens de vérification
		2 ans après le démarrage du projet ; 330.000 personnes 3 ans après le démarrage du projet ; 350.000 personnes 1 an après la fin du projet	3 ans après le démarrage du projet, 204.926 personnes des villages cibles utilisent des latrines améliorées selon la définition du PHAM contre 473.871 personnes selon la définition de JMP	nationales FDAL/Rapport d'évaluation externe
Résultat 4	Au moins 1.000 paysans utilisent les sous-produits d'assainissement comme fertilisants agronomiques	Nombre de ménages et paysans bénéficiant de micro-crédit (0 bénéficiaire au démarrage du projet ; 400 bénéficiaires 2 ans après le démarrage du projet ; 1000 bénéficiaires à la fin du projet).	574 ménages et paysans ont bénéficié de micro-crédit, 2 ans après le démarrage du projet A la fin du projet, 660 paysans ont adhéré et bénéficié de micro-crédit contre 1000 prévus	Rapports d'enquêtes CAP/Rapports narratifs du projet/ Rapport d'évaluation externe
		Nombre de paysans encadrés (0 paysan au démarrage du projet ; 400 paysans 2 ans après le démarrage du projet ; 1000 paysans à la fin du projet)	A la fin du projet, 1.119 paysans ont été encadrés sur 1000 prévus	Rapports d'enquêtes CAP/Rapports narratifs du projet/ Rapport d'évaluation externe
		Superficies emblavées avec les fertilisants bio (0 ha au démarrage du projet ; 10 ha 2 ans après le démarrage du projet ; 30 ha à la fin du projet)	242,5 ha ont été emblavés avec les fertilisants bio, 2 ans après le démarrage du projet A la fin du projet, 262,58 ha ont été emblavés avec les fertilisants bio.	Rapports d'enquêtes CAP/Rapports narratifs du projet
		Quantité d'urine collectée (0 m ³ au démarrage du projet ; 400 m ³ 2 ans après le démarrage du projet ; 900 m ³ à la fin du projet)	230 m ³ d'urine ont été collectées 2 ans après le démarrage du projet A la fin du projet, 346,3 m ³ d'urine ont été collectées	Rapports d'enquêtes CAP/Rapports narratifs du projet
		Quantité de fèces hygiénisés produite (0 T au démarrage du	48.8 T de fèces ont été hygiénisés, 2 ans après le démarrage	Rapports d'enquêtes CAP/Rapports

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Résultats atteints	Sources et moyens de vérification
		projet ; 200 T 2 ans après le démarrage du projet ; 600 T à la fin du projet.	du projet A la fin du projet, 132,6 T de fèces ont été hygiénisés	narratifs du projet
Résultats 5	Coordination, suivi, supervision, évaluation et visibilité du projet sont assurés	Nombre d'enquête CAP réalisée (1 enquête)	1 enquête CAP réalisée	Rapports d'enquêtes CAP
		Nombre d'enquête de base (baseline) réalisée (1 enquête)	1 enquête de base réalisée	Rapport d'enquête de base (Baseline)
		Nombre d'études spécifiques d'évaluation conduits 2 (1 évaluation de la phase pilote du SANMARK et 1 évaluation de documentation des résultats du projet)	2 études spécifiques (1 étude de documentation de l'expérience pilote du SANMARK et une enquête finale du programme) ont été réalisées	Rapports d'étude
		Nombre de mission de suivi et de supervision des activités du projet organisées sur le terrain (16.000 missions)	Plus de 16 000 missions réalisées par les agents de la DAR, les animateurs, superviseurs, coordonnateurs des ONG et les administrateurs et spécialistes WASH de l'UNICEF	Rapports de missions/Rapports narratifs du projet

ANNEXE 2 : La Matrice d'évaluation

Critère d'évaluation	Question Clé d'évaluation	Question Secondaire, si pertinent	Indicateurs	Méthode(s) de collecte de l'information	Source(s) de l'information	Approche d'analyse des données
Pertinence	1. Dans quelle mesure les besoins différents des hommes et des femmes et les besoins spécifiques des enfants (filles et garçons, personnes handicapées, personnes âgées, ménages marginalisés) ont-ils été identifiés lors de la conception des deux programmes ? Quels étaient ces besoins ?	-Comment les différents besoins des hommes et des femmes et les besoins spécifiques des enfants (filles et garçons) et groupes vulnérables (personnes handicapées, personnes âgées, ménages marginalisés) ont été identifiés lors de la conception du programme PHAM ? -Quels étaient ces besoins (tels que des installations sanitaires séparées pour les hommes et les femmes, un accès adapté pour les handicapés à ces installations et une sensibilisation à l'Assainissement et à l'Hygiène pour tous les différents groupes d'intérêt/personnes) ? Citez-en 3 au moins :	Niveau de conformité du projet aux priorités des différentes catégories	Etude doc. EIC	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
	2. Dans quelle mesure le programme PHAM à (volet assainissement) t-ils répondu à ces besoins identifiés avant le début des activités sur le terrain ?	-Comment le programme PHAM a répondu à ces besoins identifiés avant le début des activités sur le terrain ?	Capacité du projet à répondre aux attentes des bénéficiaires	Etude doc. EIC	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
	3. Dans quelle mesure la capacité des communautés à soutenir la construction de latrines (PHAM) a-t-elle été prise en compte dans la conception du programme ?	-Avez-vous été formé sur la conception et la mise en œuvre du programme ? -Pensez-vous que les capacités financière et technique des communautés à soutenir la construction des latrines ont été prises en compte de manière	Niveau d'implication des communautés dans le programme	Etude doc. EIC	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)

		adéquate dans la conception du programme ?				
4. Dans quelle mesure les stratégies d'intervention du programme étaient-elles appropriées pour promouvoir une prise de conscience collective de la nécessité de mettre fin à la Défécation à l'Air Libre (DAL) (PHAM) ?	-Comment les stratégies d'intervention du programme ont contribué à promouvoir une prise de conscience collective de la nécessité de mettre fin à la Défécation à l'Air Libre (FDAL) dans les communautés ?	Niveau d'applications des compétences acquises dans les pratiques quotidiennes des communautés	Etude doc. EIC	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)	
5. La conception du programme PHAM était-elle adéquate pour atteindre les résultats escomptés - extrants, résultats et impact ? Comment ? si non pourquoi ?	-Comment la conception du programme était adéquate pour obtenir les résultats escomptés - des résultats tels que La fin de la pratique de la défécation à l'air libre, adoption de bonnes pratiques d'hygiène dans les communautés et les écoles, Réduction de la prévalence des maladies diarrhéiques et l'impact de ces maladies sur la mortalité infantile ? extrants, résultats et impact ?	Niveau de conformité du projet aux priorités nationales	Etude doc. EIC	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)	
6. Le cadre logique et les processus d'exécution du programme étaient-ils adéquats pour mesurer ses produits, ses effets et son impact ? comment ?	Pouvez-vous nous décrire la répartition les rôles et responsabilités attribués aux principaux acteurs de mise en œuvre du programme PHAM ?	Taux de réalisation des activités planifiées	Etude doc. EIC	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)	
7. Les résultats attendus étaient-ils clairement énoncés et mesurables au moyen d'indicateurs identifiables ?		Taux de réalisation des activités planifiées	Etude doc. EIC	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)	
8. Dans quelle mesure les interventions du programme	Pensez-vous que les	Niveau de prise en	Etude doc.	Enquête terrain	Approche qualitative	

	PHAM étaient-elles adaptées à l'âge et au sexe ?	interventions du programme ont pris en compte l'âge et le sexe ?	compte du genre et des catégories vulnérables	EIC DDG	Etude doc.	(Analyse de contenu)
	9. Le programme a-t-il été conforme aux priorités nationales dans sa conception et dans sa mise en œuvre ?	-Qu'en est-il de la conformité des interventions du programme aux priorités nationales dans sa conception et dans sa mise en œuvre ?	Conformité du projet aux priorités nationales	Etude doc. EIC DDG	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
	10. Peut-on dire que les interventions du programme ont été inclusives ou ont favorisé la prise en compte des catégories couches sociales? Pourquoi ? (Conformité avec les besoins des populations)	-Pensez-vous que les interventions du programme ont été inclusives ou ont favorisé la prise en compte des différentes couches sociales ? Pourquoi ?	Niveau d'inclusion sociale du programme	Etude doc. EIC DDG	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
	11. Quel est le niveau d'appréciation de la FDAL dans votre localité ? comment et pourquoi ?	-Pensez-vous que le programme a permis d'améliorer l'accès à l'assainissement et les conditions d'hygiène individuelle et collective dans votre localité ? -Comment les populations de votre localité ont été impliquées dans le développement du programme ?	Taux d'appréciation de la FDAL	Etude doc. EIC DDG Observations terrain	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
Efficacité	1. Dans quelle mesure les résultats escomptés du programme PHAM ont-ils été atteints ?	Êtes-vous convaincus que les objectifs du programme ont été atteints ?	Niveau d'atteinte des résultats	Etude doc. EIC DDG Observations terrain	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu) évaluation sur l'échelle 1 à 5 de Likert (de 1= très insatisfait à 5 = très satisfait)
	2. Dans quelle mesure la répartition des rôles et des responsabilités entre les principaux intervenants de la mise en œuvre était-elle appropriée pour l'atteinte des résultats attendus ?	Pensez-vous que la répartition des rôles et des responsabilités, entre les principaux acteurs de la mise en œuvre, était appropriée pour l'obtention des résultats escomptés ?	Niveau de Répartition des rôles et responsabilité	Etude doc. EIC	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)

3.	Comment les indicateurs clés de l'assainissement évoluent-ils dans les districts ciblés par rapport à la situation de référence ?	Comment les signes de l'assainissement évoluent-ils dans les districts ciblés par rapport à la situation de référence ?	Niveau d'évolution des indicateurs d'assainissement	Etude doc. EIC	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu) évaluation sur l'échelle 1 à 5 de Likert (de 1= très insatisfait à 5 = très satisfait)
4.	Quels sont les effets induits attendus et inattendus en termes d'amélioration de la santé et d'assainissement (PHAM) parmi les femmes, les enfants et les communautés ciblées ?	-Veuillez énumérer 3 résultats, attendus du programme, en termes d'amélioration de la santé et Assainissement parmi les femmes, les enfants et les communautés ciblées qui peuvent être affectés au programme PHAM ? -Veuillez énumérer 3 résultats, inattendus, en termes d'amélioration de la santé et du statut FDAL parmi les femmes, les enfants et les communautés ciblées qui peuvent être affectés au programme PHAM ?	Niveau d'amélioration des indicateurs de santé et d'assainissement	Etude doc. EIC DDG Observations terrain	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
5.	Quels facteurs internes à l'UNICEF (notamment les mécanismes de suivi et d'évaluation du programme, le niveau de participation et d'appropriation des principaux acteurs, la qualité de la prestation des services et la demande de services dans un souci d'équité et d'égalité des sexes) ont facilité ou entravé la réalisation des résultats attendus ? Quels sont les facteurs les plus importants ?	-Veuillez énumérer trois facteurs du côté de l'UNICEF ayant facilité la mise en œuvre et l'obtention des résultats escomptés ? Quel est le facteur le plus important ? -Veuillez énumérer trois facteurs du côté de l'UNICEF ayant entravés l'obtention des résultats escomptés ? Quel est le facteur le plus important ?	Facteurs interne ayant entravé ou faciliter la réalisation des résultats	Etude doc. EIC	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)

<p>6. Quels facteurs externes à l'UNICEF (obstacles politiques, d'urgence ou socioculturels, par exemple) ont facilité ou entravé la réalisation des résultats escomptés ? Quels sont les facteurs les plus importants ?</p>	<p>-Veuillez énumérer trois facteurs externes à l'UNICEF qui ont contribué à la réalisation des résultats escomptés ? Quel est le facteur le plus important ? - Veuillez énumérer trois facteurs externes à l'UNICEF qui ont entravé la réalisation des résultats escomptés ? Quel est le facteur le plus important ?</p>	<p>Facteurs externe ayant entravé ou faciliter la réalisation des résultats</p>	<p>Etude doc. EIC</p>	<p>Etude doc. Enquête terrain</p>	<p>Approche qualitative (Analyse de contenu)</p>
<p>7. Dans quelle mesure le programme a-t-il permis d'améliorer l'accès à l'assainissement et les conditions d'hygiène individuelle et collective dans les zones d'intervention ?</p>	<p>Veuillez énumérer 3 résultats, attendus du programme, en termes d'amélioration de la santé et d'assainissement parmi les femmes, les enfants et les communautés ciblées qui peuvent être affectés au programme PHAM ?</p>	<p>Appréciation de l'accès à l'assainissement et des conditions d'hygiène</p>	<p>Etude doc. EIC DDG Observations terrain</p>	<p>Etude doc. Enquête terrain</p>	<p>Approche qualitative (Analyse de contenu)</p>
<p>8. En quoi le programme a-t-il contribué au changement de comportements en matière d'assainissement et d'hygiène individuelle et collective au sein des communautés ciblées ?</p>	<p>Comment le programme a-t-il contribué au changement de comportements en matière d'assainissement et d'hygiène individuelle et collective au sein des communautés cibles ?</p>	<p>Niveau d'applications des compétences acquises dans les pratiques quotidiennes des communautés en matière d'assainissement et d'hygiène</p>	<p>Etude doc. EIC</p>	<p>Etude doc. Enquête terrain</p>	<p>Approche qualitative (Analyse de contenu)</p>
<p>9. Quelles sont les forces et faiblesses dans la mise en œuvre de l'approche ATPC notamment en ce qui concerne : (i) le contexte spécifique des villages ciblées (socio-culturel, économique, environnement physique...); (ii) les mécanismes de coordination et de suivi du programme ainsi que la participation des principales parties prenantes (iii) la demande et à l'utilisation adéquate des toilettes ; (iv) l'offre de</p>	<p>-Citez au moins 3 forces et faiblesses dans la mise en œuvre de l'approche ATPC notamment en ce qui concerne : 1. Le contexte spécifique des villages ciblées (socio-culturel, économique,</p>	<p>Identification des forces et faiblesses observés dans la mise en œuvre</p>	<p>Etude doc. EIC DDG Observations terrain</p>	<p>Etude doc. Enquête terrain</p>	<p>Approche qualitative (Analyse de contenu)</p>

	<p>services d'assainissement au sein des communautés ciblées ; (v) la prise en compte des besoins différenciés des hommes et des femmes, des besoins spécifiques des enfants et de la situation particulière des groupes vulnérables (familles démunies, personnes âgées, personnes en situation de handicap) ?</p>	<p>environnement physique...)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Les mécanismes de coordination et de suivi du programme ainsi que la participation des principales parties prenantes ; 3. La demande et l'utilisation adéquate des toilettes ; 4. L'offre de services d'assainissement au sein des communautés ciblées ; 5. le transfert de compétences dans le domaine de la construction 6. La prise en compte des besoins différenciés des hommes et des femmes, des besoins spécifiques des enfants et de la situation particulière des groupes vulnérables (familles démunies, personnes âgées, personnes en situation de handicap) <p>-Veuillez énumérer 3 contraintes qui ont affecté l'approche adoptée par l'UNICEF et ses partenaires d'exécution, et veuillez rédiger une brève explication sur la manière dont</p>				
--	---	---	--	--	--	--

		l'UNICEF et ses partenaires ont abordé ces obstacles :				
	10. Quels sont les effets induits (attendus et inattendus) de la mise en œuvre de l'ATPC notamment en ce qui concerne : (i) le transfert de compétences dans le domaine de la construction ; (ii) le renforcement des dynamiques communautaires en faveur de l'amélioration du cadre de vie et des conditions de vie ; (iii) la contribution aux résultats nationaux en matière de réduction de la pratique de la défécation à l'air libre ?		Analyse croisée entre les effets attendus et inattendus	Etude doc. EIC DDG Observations terrain	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
	11. Quels progrès ont été réalisés dans votre localité par le programme PHAM, dans le passage DAL au FDAL ?	-Quels progrès ont été réalisés dans les localités ciblées par le programme PHAM, dans le passage DAL au FDAL ? -Selon vous, pourquoi, les interventions du programme ont réussi dans certaines localités que d'autres ? expliquez les différences ?	Niveau de réalisation des activités et compétences acquises dans les pratiques quotidiennes des communautés	Etude doc. EIC DDG Observations terrain	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
Efficience	1. Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et matérielles ont-elles été utilisées ? - adéquat (en quantité) ? - suffisante (en qualité) et - distribué / déployé en temps opportun pour la mise en œuvre du programme ?	En quoi est-ce que les ressources humaines, financières et matérielles étaient adéquates (en quantité), suffisantes (en qualité) et distribuées / déployées en temps utile pour la mise en œuvre du programme ?	Analyse croisée entre la réalisation des activités, l'atteinte des objectifs et l'exécution budgétaire	Etude doc. EIC	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
	2. Quel est le coût du programme par bénéficiaire ?	Etes-vous persuadés que le financement était adéquat ?	Liste des catégories de bénéficiaire et Exécution budgétaire par bénéficiaire	Etude doc. EIC	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)

	3. Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles occasionné la duplication des interventions ou un chevauchement avec des interventions similaires financées par d'autres organismes ?	Pensez-vous que les interventions du programme se chevauchent ou font double emploi avec des interventions similaires financées par d'autres organismes ?	Disponibilité d'une liste de conditions à respecter pour la répliation	Etude doc. EIC DDG Observations terrain	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
	4. Quelles sont les principales différences entre les stratégies d'élimination de la défécation en plein air adoptées par les partenaires de mise en œuvre (ONG) et laquelle d'entre elles a été la plus efficace en termes de rentabilité ?	Quelles sont les principales différences entre les stratégies d'élimination de la défécation en plein air adoptées par les partenaires de mise en œuvre (ONG) et laquelle d'entre elles a été la plus efficace en termes de rentabilité ?	Identification et analyse des stratégies du processus FDAL mise en place par les ONG	Etude doc. EIC DDG Observations terrain	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
	5. Dans quelle mesure les mécanismes de gestion et de coordination du programme ont-ils rationalisé l'utilisation des ressources pour l'élimination de la défécation en plein air ?	Pensez-vous que les mécanismes de gestion et de coordination du programme ont-ils permis de rationaliser l'utilisation des ressources pour l'élimination de la défécation en plein air ?	Taux d'exécution budgétaire Analyse croisée entre la réalisation des activités, l'atteinte des objectifs et l'exécution budgétaire	Etude doc. EIC DDG Observations terrain	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
	6. Quels peuvent être les enseignements tirés du programme ?	Leçons apprises autour de la conception et de la gestion, des mécanismes de résolution des conflits de rôle et du financement/contrainte budgétaire. ?	Leçons apprises du programme	Etude doc. EIC DDG Observations terrain	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
Durabilité	1. Dans quelle mesure le programme a-t-il identifié et développé les capacités, structures et mécanismes nationaux et locaux existants de la société civile et du gouvernement ?	Le programme a-t-il identifié et développé les capacités et mécanismes existants au niveau national et /ou communautaire pour la durabilité des interventions dans votre localité	Identification et analyse de la Compétences nationale	Etude doc. EIC DDG	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)

		?				
2.	Dans quelle mesure les réalisations du programme ont-elles été soutenues et, pour les plus récentes, comment seront-elles soutenues lorsque le soutien extérieur prendra fin ?	Comment les réalisations du programme ont-elles été soutenues et, pour les plus récentes, comment seront-elles maintenues lorsque l'aide extérieure prendra fin ?	Appréciation des mécanismes endogène mise en place par le programme	Etude doc. EIC DDG	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
3.	Comment les parties prenantes peuvent-elles s'assurer que les résultats du programme sont durables ?	-Comment les parties prenantes peuvent-elles s'assurer que les résultats du programme sont durables ? -Comment le gouvernement et la communauté peuvent garantir la pérennité des réalisations du programme ?	Appréciation des compétences acquises dans les pratiques quotidiennes des communautés	EIC DDG Observations terrain	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
4.	Quels nouveaux mécanismes ou capacités ont été mis en place ou restaurés au niveau national, des districts ou des communautés ?	Quels sont les nouvelles capacités (au moins 3) ou les nouveaux mécanismes qui ont été créés ou développés au niveau national, régional ou de la communauté pour la pérennité des acquis ?	Disponibilité d'une liste de conditions à respecter pour la réplique, pérennisation du projet PHAM	Etude doc. EIC DDG	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
5.	Dans quelle mesure ces capacités et compétences sont-elles activement utilisées et quelles sont les indications de durabilité ?	Les communautés disposent-elles de savoir-faire suffisants aujourd'hui pour s'approprier la continuité du programme ?	Niveau d'application des compétences acquises	EIC DDG Observations terrain	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
6.	Quelles sont les principales forces et les principaux défis en ce qui concerne la durabilité des réalisations du programme aux niveaux communautaire et institutionnel ?	Veuillez expliquer les 3 principaux points forts et défis en ce qui concerne la durabilité des réalisations du programme aux niveaux communautaire et institutionnel ?	Identification des défis liés à la durabilité de la réalisation du programme	EIC DDG Observations terrain	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)

<p>7. Dans quelle mesure des mécanismes fonctionnels ont été mis en place et opérationnalisés au sein des communautés ciblées pour (i) maintenir le statut d'abandon de la défécation à l'air libre dans les localités ciblées et (ii) assurer la pérennité des acquis du programme en général ?</p>	<p>Existe-il un mécanisme local permettant de pérenniser les acquis du programme dans le temps après le retrait du soutien extérieur ? pourquoi et comment ? Les populations communiquent-elles sur l'entretien et le renforcement des acquis du programme afin de garantir la durabilité des actions ?</p>	<p>Niveau d'appréciation de l'opérationnalisation des mécanismes mis en place</p>	<p>Etude doc. EIC DDG Observations terrain</p>	<p>Etude doc. Enquête terrain</p>	<p>Approche qualitative (Analyse de contenu)</p>
<p>8. Dans quelle mesure l'ATPC développée dans le cadre de la mise en œuvre du PHAM a-t-elle permis aux hommes, aux femmes, aux jeunes et aux communautés des localités ciblées de s'approprier des changements de comportements préconisés dans les domaines de l'Hygiène et l'assainissement ?</p>	<p>Comment l'ATPC (l'Assainissement Total Piloté par la Communauté) développé dans le cadre de la mise en œuvre du PHAM a-t-elle permis à la population (hommes, femmes, jeunes et communautés) des localités ciblées de s'approprier des changements de comportements préconisés dans les domaines de l'Hygiène et l'assainissement ?</p>	<p>Appréciation des compétences acquises dans les pratiques quotidiennes des communautés</p>	<p>Etude doc. EIC DDG Observations terrain</p>	<p>Etude doc. Enquête terrain</p>	<p>Approche qualitative (Analyse de contenu)</p>
<p>9. Quelles sont les conditions requises pour le passage à l'échelle de l'approche pour la fin de la défécation à l'air libre et l'amélioration de l'accès au service d'assainissement amélioré ?</p>	<p>Quelles sont les 3 conditions principales requises pour le passage à l'échelle de l'approche pour la fin de la défécation à l'air libre et l'amélioration de l'accès au service d'assainissement amélioré ?</p>	<p>Identification des conditions pour le passage à l'échelle du programme</p>	<p>EIC DDG</p>	<p>Etude doc. Enquête terrain</p>	<p>Approche qualitative (Analyse de contenu)</p>
<p>10. Avez-vous constaté des difficultés qui pourront être des contraintes majeures pour la poursuite des activités ou la pérennité de l'action ? Lesquelles ? Selon vous comment peut-on anticiper ou résoudre ces problèmes ?</p>	<p>Avez-vous constaté des difficultés (citez les 3 principales) qui pourront être des contraintes majeures pour la poursuite des activités ou la pérennité de l'action ? Lesquelles ? Selon vous</p>	<p>Difficultés constatées</p>	<p>EIC DDG</p>	<p>Etude doc. Enquête terrain</p>	<p>Approche qualitative (Analyse de contenu)</p>

		comment peut-on anticiper ou résoudre ces problèmes ?				
Questions genre, équité et DH	1. Dans quelle mesure le programme à-il été conçu en tenant compte des questions de genre, d'équité et de droits de l'homme, notamment de la situation particulière des ménages vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, ménages très pauvres) ?	Comment les différentes inégalités ont-elles évolué au cours de la durée de vie du programme ? Quelle est la contribution du programme à ces changements ? Dans quelle mesure les disparités dans l'accès des zones urbaines et rurales à l'assainissement ont-elles été affectées ?	Niveau de prise en compte du genre, de l'équité et de droit de l'homme dans la réalisation du programme	Etude doc. EIC	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
	2. Dans quelle mesure les femmes, les enfants, les personnes handicapées, les personnes âgées, les ménages dirigés par des enfants et des femmes, ainsi que les communautés vulnérables/marginalisées ont-elles bénéficié des interventions du programme et d'une réduction des obstacles les empêchant d'avoir accès aux services ?	Comment le programme a-t-il contribué à la protection des enfants, garçons et filles d'âges différents ? Comment les interventions de l'UNICEF et de ses partenaires ont-elles contribué à traiter les questions de genre et à prévenir l'exploitation et les abus sexuels ?	Appréciation de l'accès des catégories vulnérables à l'assainissement	Etude doc. EIC DDG Observations terrain	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)
	3. Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles répondu aux questions de genre, d'âge et de différences socio-économiques entre et au sein des groupes de population dans les zones cibles ? Comment les différentes inégalités ont-elles évolué au cours de la durée de vie du programme ? Quelle est la contribution du programme à ces changements ? Dans quelle mesure les disparités dans l'accès des zones urbaines et rurales à l'assainissement ont-elles été affectées ?	Comment les interventions du programme ont-elles répondu aux questions de genre, d'âge et de différences socio-économiques entre et au sein des groupes de population dans les zones cibles ?	Niveau de conformité du projet aux priorités des communautés en matière de genre, d'âge et de différences socio-économiques	Etude doc. EIC	Etude doc. Enquête terrain	Approche qualitative (Analyse de contenu)

ANNEXE 3 : Liste des personnes interrogées pendant l'évaluation

Localité d'enquête	Nom & Prénom	Structure	Fonction	Contacts
Abidjan	Madame Helene Bragori	Direction de l'Assainissement Rural	Directrice	07 87 63 23
Abidjan	Dr Eugénie Gagne,	Direction de l'Hygiène Publique, Santé et environnement	Directrice	07 98 13 54
Abidjan	COMARA DALI Fanta	Direction de l'Hygiène Publique, Santé et environnement	Sous-directrice	40 00 22 31 / 77 12 33 62
Abidjan	KOKOLA VINCENT	IRC	Coordonnateur de programme eau et assainissement	Vincent.Kokola@rescue.org
Abidjan	KONE SOLANGE	ASAPSU	Directrice de l'ONG	08821685
Abidjan	Rokotoharifetra Dina	UNICEF	Wash Manager	76999887
Abidjan	KOUAME MARTIN	Eau et Assainissement pour l'Afrique (EAA)	Coordonnateur de programme eau et assainissement	07 64 89 24
DALOA	Konan Natalie	Foeskro	Membre du CSV-ATPC	47781005
DALOA	Kouassi Rachele	Foeskro	Leader	57 37 96 95
DALOA	Kouame Richard	Foeskro	Agriculteur	07579112
DALOA	Amani Franck	Foeskro	Agriculteur	64013711
DALOA	Yobouet Bernard	Foeskro	Notabilité	47541800
DALOA	Kouakou Norbert	Foeskro	Secrétaire du chef	47309097
DALOA	Konan Konan	Foeskro	Chef du village	Sans
DALOA	Yao Affoue	Foeskro	Leader femme	68984389
DALOA	Oka Gerard	Foeskro	Membre de la chefferie	09612726
DALOA	Kouame Kouassi	Foeskro	Agriculteur	09583254
DALOA	Koffi Major	Foeskro	Leader	48 02 40 21
DALOA	Kouame Christine	Foeskro	Paysan	47982162
DALOA	Koffi Juliana	Foeskro	Ménagère	Sans
DALOA	Konan Diane	Foeskro	Planteur	56592473
DALOA	Biani Grace	Foeskro	Commerçante	47624820

DALOA	Debe Herman	Lobo Guiguia	Planteur	
DALOA	Guei Marcelin	Lobo Guiguia	Secrétaire	
DALOA	Kore Benjarmin	Lobo Guiguia	Membre de la chefferie	
DALOA	Boga Françoise	Lobo Guiguia	Commerçante	
DALOA	Ble Zouzouko	Lobo Guiguia	Chef du village	09 42 58 48
DALOA	Mme Zouzouko	Lobo Guiguia	Epse du chef	02 22 15 98
DALOA	N'guessan Kouasi Armel	Loukou Kouamekro	Président des jeunes	47 21 81 18
DALOA	Konan Kouadio	Loukou Kouamekro	Chef de village	08 58 96 72
DALOA	Kouadio Kouame F	Loukou Kouamekro	agriculteur	57 38 88 59
DALOA	Seka Brou Felix	Loukou Kouamekro	agriculteur	07 89 61 25
DALOA	Konan Yao Lambert	Loukou Kouamekro	Secrétaire	09 71 20 00
DALOA	Moreh Ahou	Loukou Kouamekro	agriculteur	48 55 45 04
DALOA	Konan N'guessan Haniel	Loukou Kouamekro	agriculteur	07 14 49 77
DALOA	Kouadio Ahou Marceline	Loukou Kouamekro	Leader	49 59 13 19
DALOA	N'guessan Ahou pelagie	Loukou Kouamekro	agriculteur	49 70 75 95
DALOA	N'goran Konan Patrice	Loukou Kouamekro	agriculteur	Sans
DALOA	N'guessan Kouaio Marcel	Loukou Kouamekro	agriculteur	Sans
DALOA	Amani Brou	Loukou Kouamekro	agriculteur	Sans
DALOA	Kouame Assie	Loukou Kouamekro	agriculteur	Sans
DALOA	Sawadogo Bassirou	Campement-Kanon	Secrétaire du chef	09 75 59 30
DALOA	Sawadogo Daouda	Campement-Kanon	Chef du village	56 82 16 71
DALOA	Sawadogo Issa	Campement-Kanon	Leader	67069551
DALOA	Sanogo Brouahima	Campement-Kanon	Planteur	49719854
DALOA	Sawadogo Issiaka	Campement-Kanon	Planteur	49179259
DALOA	Sawadogo Sékou	Campement-Kanon	Planteur	41058681
DALOA	Sawadogo Madi	Campement-Kanon	planteur	41788362
DALOA	Bélème Bintou	Campement-Kanon	Leader	53 59 09 15
DALOA	Sawadogo Karim	Campement-Kanon	agriculteur	03041781
DALOA	Koffi Laurant	Akessekro- Bokanda	Secrétaire du chef	59125672
DALOA	Akessé Kouamé	Akessekro- Bokanda	Leader jeune	05 27 44 18

DALOA	Konan Affoue	Akessekro- Bokanda	Agricultrice	06780362
DALOA	Ahoussi Koffi	Akessekro- Bokanda	Chef du village	Sans
DALOA	Kra affoué Elise	Akessekro- Bokanda	présidente des femmes	58024705
DALOA	Alla Kouassi	Akessekro- Bokanda	Membre du village	65762344
DALOA	Bintou Bonda	Akessekro- Bokanda	Commerçante	42934895
DALOA	Zongo xabré fatou	Akessekro- Bokanda	Commerçante	55420103
DALOA	Amani akissi Monique	Akessekro- Bokanda	commercante	05981910
DALOA	Kouame Adrien	Akessekro- Bokanda	agriculteur	Sans
DALOA	Akessé Yao Athanase	Akessekro- Bokanda	Président des jeunes	07064913
DALOA	Kipke Leoradie	Gaboua	Leader Naturel	47 51 45 28
DALOA	Gauze Bouazo	Gaboua	Leader Naturel	85 39 20 98
DALOA	Mahan Christine	Daloa	IRC	08357422
DALOA	Ouattara Issa	Gonaté	Sous-préfet	58575578
DALOA	Akadié Mobio	Daloa	Directeur régional hydraulique	07474068
DALOA	Coulibaly H.	Daloa	DRCLU	09688388
DALOA	Gnokohi Delmas	Daloa	IRC	09885733
BOUAFLE	Tibé bi Guessan Laurent	Blanfla	Membre du comité villageois	74612334
BOUAFLE	Tibé Bi Zah Raymond	Blanfla	Membre du comité villageois	48684820
BOUAFLE	Hué Lea Nathalie	Blanfla	Leader Naturel	Aucun contact
BOUAFLE	Koffi Bi Tah C.	Bohitifla	Adjoint au chef	73097481
BOUAFLE	Lohou Lou Nan Virginie	Bohitifla	Vice-présidente de l'association des femmes	51168699
BOUAFLE	Yao Amani Aimé	Djidjibakro	Adjoint au chef du village	45952567
BOUAFLE	Kouamé Kouassi Hervé	Djidjibakro	Président de l'association des jeunes	71591311
BOUAFLE	Koffi Amenan	Allangbakonankro	Présidente de l'association des femmes	08552670
BOUAFLE	Koffi Kouamé P.	Allangbakonankro	Leader Naturel	55702792
BOUAFLE	Koffi N'Guessan G.	Allangbakonankro	Adjoint au chef du village	05255146
BOUAFLE	Doua Yao Jules	Bouaflé ville	Chef Cab du préfet Représentant la préfecture	
BOUAFLE	Béhé Maurice	Bouaflé ville	Ministère de la construction	
BOUAFLE	Sahué Eugène	Bouaflé ville	Président du Comité de la croix rouge	

GUIGLO	Djoe Marcel	Kati	Chef du village	41281790
GUIGLO	Toiné N'kessoh	Kati	SG du chef	46721867
GUIGLO	Zion Jean-Jacques	Kati	SG du chef	47840767
GUIGLO	Kohe Vléri R.	Kati	Président des jeunes	69491685
GUIGLO	Djué Agnès	Kati	Leader Naturel	05173230
GUIGLO	Gouléon Rosalie	Kati	Participante	66751706
GUIGLO	Biérou Madeleine	Kati	Participante	56594389
GUIGLO	Daoula Albertine	Kati	Adjointe de présidente des femmes	45883525
GUIGLO	Gnonsro Paul	Domobly	Chef du village	56402441
GUIGLO	Nathoi Germaine	Domobly	Vice-présidente des femmes	44572990
GUIGLO	Allali N'dry Kouamé	Domobly	Président des jeunes	56059096
GUIGLO	Blagolo Gabriel	Domobly	Notable	
GUIGLO	Bah Guéi Séverin	Domobly	Notable	
GUIGLO	Koffi Bissa Elie	Domobly	Instituteur	
GUIGLO	Zongo Souleymane	Zongokro	Adjoint au chef	88432167
GUIGLO	Koboré Djénéba Reco	Zongokro	Participante	88021837
GUIGLO	Yamégo Kakéita	Zongokro	Matrone	
GUIGLO	Zongo Mariam	Zongokro	Commerçante	78179931
GUIGLO	Sawadogo Awa	Zongokro	Commerçante	77104601
GUIGLO	Kaboré Issata	Zongokro	Agricultrice	68008980
GUIGLO	Zongo Fatimata	Zongokro	Agricultrice	78194078
GUIGLO	Nazé Rihanata	Zongokro	Commerçante	78305754
GUIGLO	Balem Fatimata	Zongokro	Aide soignante	48684921
GUIGLO	Zona Zalissa	Zongokro	Présidente des femmes	88021837
GUIGLO	Kaboré Awa	Zongokro	Agricultrice	
GUIGLO	Bouda Zalissa	Zongokro	agricultrice	88325514
GUIGLO	Beda Aïcha	Zongokro	LN	57358208
GUIGLO	Kaboré Moussa	Guiglo	Croix-Rouge CI	
GUIGLO	Gbamélé K. Michel	Elikro	Leader Naturel	03751098
GUIGLO	Kouassi Mathurin	Elikro	agriculteur	

GUIGLO	N'gnamien Konan	Elikro	Notable	
GUIGLO	Kouamé Koffi Isac	Elikro	agriculteur	03482454
GUIGLO	Kouadio Della Nestor	Elikro	Notable	
GUIGLO	Konan Nguessan	Elikro	Présidente des femmes	40600353
GUIGLO	Houssou Amino Sahara	Elikro	Elève	
GUIGLO	Nguessan Brou Martine	Elikro	Elève	
GUIGLO	Kouamé Amenan Séphora	Elikro	Elève	
GUIGLO	N'dri Aya Sidonie	Elikro	Elève	
GUIGLO	Hawouha Aya Solange	Elikro	Elève e	
GUIGLO	Aka Boussou	Elikro	Elève	71160874
GUIGLO	Kouamé Affoué M. j.	Elikro	Agricultrice	44721559
GUIGLO	Kouassi Djaha	Elikro	agriculteur	86375830
GUIGLO	Sawadogo Mamoudou	N'guéssankro	Chef du campement	57394632
GUIGLO	Bagaya Yacouba	N'guéssankro	agriculteur	08604726
GUIGLO	Ganamé Issouf	N'guéssankro	Notable	
GUIGLO	Sawadogo Issouf	N'guéssankro	agriculteur	68156030
GUIGLO	Sawadogo Ali	N'guéssankro	agriculteur	87315128
GUIGLO	Ouédraogo Adama	N'guéssankro	LN	67397669
GUIGLO	Warma Issiaka	N'guéssankro	agriculteur	44287487
GUIGLO	Sawadogo Brouréima	N'guéssankro	agriculteur	49329270
GUIGLO	Zaromé Saidou	N'guéssankro	Notable	08110344
GUIGLO	Ganamé Moumini	N'guéssankro	agriculteur	78446279
GUIGLO	Ganamé Idrissa	N'guéssankro	Paysan	47928490
GUIGLO	Koufé Seydou	N'guéssankro	agriculteur	54345032
GUIGLO	Zorémé Daouda	N'guéssankro	Notable	49426310
GUIGLO	Milogo Saidou	N'guéssankro	Conseiller du chef	49473576
GUIGLO	Kakoné Bibata	N'guéssankro	Infirmière	
GUIGLO	Ouédraogo Mariam	N'guéssankro	Matrone	
GUIGLO	Yampa Noufou	N'guéssankro	Conseiller du chef	
GUIGLO	Sawadogo Madi	San-Pedro carrefour	Chef de campement	57717215

GUIGLO	Ouédraogo Ouseni	San-Pedro carrefour	LN	07276387
GUIGLO	Ouédraogo Adama	San-Pedro carrefour	Notable	09665781
GUIGLO	Sawadogo Rasmane	San-Pedro carrefour	Président des jeunes	
GUIGLO	Porgo Issiaka	San-Pedro carrefour	Elève	
GUIGLO	Sawadogo Aboulaye	San-Pedro carrefour	élève	
GUIGLO	Ouédraogo Issa	San-Pedro carrefour	Chef Adjoint	08458274
GUIGLO	Gueu Bernard	San-Pedro carrefour	agriculteur	58074384
GUIGLO	Guïro Ali	San-Pedro carrefour	agriculteur	71870468
GUIGLO	Kima Bouba	San-Pedro carrefour	élève	
GUIGLO	Sawadogo Moussa	San-Pedro carrefour	Notable	
GUIGLO	Ouédraogo Mahmadi	San-Pedro carrefour	Notable	
GUIGLO	Ouédraogo Oumarou	San-Pedro carrefour	agriculteur	
GUIGLO	You Gbare Dominique	San-Pedro carrefour	Notable	
GUIGLO	Yao N'dri Mathieu	San-Pedro carrefour	Agent de santé	69026591
GUIGLO	Sana Souleymane	San-Pedro carrefour	Notable	09766621
GUIGLO	Sawadogo M.	Guïglo	CDS	58164382
GUIGLO	Ouattara Djamanatigui	GUIGLO	CDS	07529779
MAN	SADIA Alphonse	Gouimpleu1	Chef du village	66 24 36 45
MAN	GOUE Emile	Gouimpleu1	Président des jeunes	58 65 25 35
MAN	TIA Germain	Gouimpleu1	Notable	04 93 43 48
MAN	LAH Solo	Gouimpleu1	Présidente des femmes	06 75 5071
MAN	FEF Eugène	Gouimpleu1	Vice- Président	05 67 44 86
MAN	GUE André	Gouimpleu1	Notable	45 66 46 22
MAN	FEH Gilbert	Gouimpleu1	Notable	66 24 5445
MAN	GUE Droh	Gouimpleu1	Trésorier COGES	44 31 57 06
MAN	GUE Zoum	Gouimpleu1	LN	69 61 90 31
MAN	KPAN Dro Michel	Gouimpleu1	Conseiller Pdt des Jeunes	06 52 06 54
MAN	SADIA Alexis	Gouimpleu1	Jeunesse	01178786
MAN	DOUA Destin	YEBEGOUIN	Chef du village	45 65 75 05
MAN	GOUEDE S. Pierre	YEBEGOUIN	Président des jeunes	56 81 06 27

MAN	DROH Jeannette	YEBEGOUIN	Présidente des femmes	Néant
MAN	DOUA Dely	YEBEGOUIN	Leader naturel	Néant
MAN	GUEU Siagbè Lydie	YEBEGOUIN	Secrétaire pdte des femmes	Néant
MAN	SEU Lazare	YEBEGOUIN	Chef du village	08 10 21 36
MAN	LEUH Innocent	YEBEGOUIN	Président des jeunes	45 85 54 05
MAN	BLEU Solange	Glègouiné	Présidente des femmes	08 31 88 11
MAN	GAH Mathurin	Glègouiné	Notable	Néant
MAN	Jean Baptiste SEU	Glègouiné	Notable	Néant
MAN	GUEU Brigitte	Glègouiné	Vice-présidente des femmes	89 23 14 56
MAN	DION Doh	Banlé	Chef du village	53 45 67 87
MAN	BLON Kouado Romaric	Banlé	Président des jeunes	55 61 97 19
MAN	BLEU Doua Fulgence	Banlé	Vice-président des jeunes	64 06 48 05
MAN	TOGBA Jeannette	Banlé	Présidente des femmes	54 83 12 59
MAN	TIEMOKO Paul	Banlé	Notable	Néant
MAN	TIEMOKO Yagnan Simone	Banlé	Jeunesse	Néant
MAN	DION Willy Michael	Banlé	Leader naturel	66 22 61 23
MAN	GONWA Lanto Sandrine	Banlé	Jeunesse	55 84 72 95
MAN	BLON Gladis	Banlé	Leader naturel	45 07 39 27
MAN	SAHI Denin Albert	Vagouiné	Chef du village	54 27 40 42
MAN	OULAI Donald	Vagouiné	Président des jeunes	78 96 84 91
MAN	GBE Antoinette	Vagouiné	Présidente des femmes	07 16 90 35
MAN	GBE Zanzi	Vagouiné	Notable du chef	86 36 53 40
MAN	OULAI Blaise	Vagouiné	Notable du chef	46 26 32 03
MAN	TROH Nestor	Vagouiné	Président du COGES	07 16 64 04
MAN	TROH Noël	Vagouiné	Leader naturel	Néant
MAN	KOUE Tomé Joseph	Vagouiné	Notable	85 49 39 44
MAN	GBE G. Casimir	Vagouiné	Vice-président	58 52 68 47
MAN	GBE Alice	Vagouiné	Vice-présidente des femmes	88 63 10 65
MAN	OUENE Daniel	Vagouiné	Notable	Néant
MAN	OULAI Marcel	Bogouiné 1	Chef de village	03 08 48 31

MAN	KONE Adama	Bogouiné 1	Président des jeunes	41 12 92 88
MAN	GNAN Dié Madeleine	Bogouiné 1	Présidente des femmes LN	08 40 68 85
MAN	BOMBADE Pascal	Bogouiné 1	Notable	49 78 09 12
MAN	LOGO Dan Liké	Bogouiné 1	Notable	01 23 53 08
MAN	DOHA Deli	Bogouiné 1	Notable	52 18 63 03
MAN	TIA Loriane	Bogouiné 1	Notable	71 49 33 70
MAN	GONDO Marcel	Bogouiné 1	Vice-présidente	52 09 93 06
MAN	SADIA Dan Alphonse	Bogouiné 1	Notable	Néant
MAN	Dr DJI	Man	Directeur du centre de santé	09002134
MAN	M. Agama	Man	Chef de division Préfecture CDS	09856016
MAN	Yoboué Richard	Man	IRC	49387585
DUEKOUE	Kaboré Ibrahim	Darrenadjette	LN	79666166
DUEKOUE	Tokpahe Helene	Darrenadjette	Présidente des femmes	04506135
DUEKOUE	Kagamdega ABEL	Darrenadjette	Secrétaire du chef	55522022
DUEKOUE	Coulibaly Iacina	Darrenadjette	Président des jeunes	55522022
DUEKOUE	Sidibé Alima	Darrenadjette	agriculteur	09120643
DUEKOUE	Traoré Metogamon	Darrenadjette	agriculteur	55864954
DUEKOUE	Kouazan N'Gan.R.	Darrenadjette	Enseignant	78160877
DUEKOUE	Doh Cyprien	Darrenadjette	Chef de Guiglo-Zia	09374569
DUEKOUE	Yao Kouame Juli	Blaisekro	LN	88512038
DUEKOUE	Kouamé Kouassi AJ	Blaisekro	Membre bureau jeunesse	46334202
DUEKOUE	Koffi Affoué	Blaisekro	Représente des femme	06896630
DUEKOUE	Kouakou Honoré	Blaisekro	Présidente des jeunes	47968590
DUEKOUE	Yao Aya Kan cecil	Blaisekro	Membre bureau jeunesse	77180919
DUEKOUE	Kouassi Kouassi JL	Blaisekro	agriculteur	45927250
DUEKOUE	Teadji Guillaume	Blaisekro	Direction régionale de la construction	04030224
DUEKOUE	Konan Yao clément	Mafia	Président jeune	77224324
DUEKOUE	Konan Junior	Mafia	LN	45581593

DUEKOUE	Yao Yao Henri	Mafia	Chef du village	04982983
DUEKOUE	Yao Amencin Adette	Mafia	Président jeune	77981783
DUEKOUE	Konan Kouamé	Mafia	agriculteur	68295359
DUEKOUE	Togba Konan	Mafia	Membre jeunesse	49965480
DUEKOUE	Kouamé Chantale	Mafia	Représentante femme	87497722
DUEKOUE	Kouakou Brou	Mafia	Jeune	44154652
DUEKOUE	Badiel Mona	Yankadi	Notable	78201803
DUEKOUE	Bacuan Alphonse	Yankadi	LN	40587803
DUEKOUE	Badolo Yvette	Yankadi	menagère	40587803
DUEKOUE	Sondo Denis	Sahe-B	Notable	53065476
DUEKOUE	Kollola Amel	Sahe-B	LN	09556496
DUEKOUE	Kouala Ousmane	Sahe-B	Chef du village	
DUEKOUE	Mane Abdoulaye	Sahe-B	Sg sous-préfecture	07800092
DUEKOUE	Doh Gnae Marcel	Sahe-B	Croix rouge	05012425
DUEKOUE	Kouassi Kouakou séraphin	Guiglio-Zia	Chefferie	57 17 53 75
DUEKOUE	Amani Kouadio Emmanuel	Guiglio-Zia	Chefferie	85 92 23 78
DUEKOUE	Kouakou n'guessan martin	Guiglio-Zia	agriculteur	77 87 68 97
DUEKOUE	N'guessan yao jacques	Guiglio-Zia	agriculteur	87 37 04 99
DUEKOUE	Dje Kouadio Léon	Yankadi	agriculteur	08 03 29 71
DUEKOUE	Konan Kouassi	Yankadi	agriculteur	58 62 84 29
DUEKOUE	Goulien Goh valentin	Yankadi	agriculteur	78 16 26 65
DUEKOUE	Bohouo patrice	Blaisekro	agriculteur	58 60 52 91
DUEKOUE	Behi Adolph	Blaisekro	agriculteur	76 70 27 32
DUEKOUE	Zeaglo Gervais	Sahe-B	agriculteur	
DUEKOUE	MANE Abdoulaye	Duékoué	Secrétaire General de préfecture	07800092
DUEKOUE	DOH Gnae Marcel	Duékoué	Président Comité local Croix Rouge	05012425
DUEKOUE	TEADJI Guillaume	Duékoué	Agent ministère de la construction	04030224/07400039
SAN-PEDRO	GNAHOUA GBOGBO	SAN-PEDRO	DR ENSEIGNEMENT	07276636
SAN-PEDRO	N'DRI KOUSSI	SAN-PEDRO	SECRETAIRE GENERAL 1 DE PREFECTURE	08373735

SAN-PEDRO	DOSSO MEDIA	SAN-PEDRO	COMITE CROIX ROUGE LOCALE	43925092
SAN-PEDRO	ZEMBLE ALEXIS	GOURODOUGOU	PRESIDENT DES JEUNES	06 57 67 32
SAN-PEDRO	MR DOSSO	GOURODOUGOU	CHEF DU VILLAGE AJOUIN	59 13 95 19
SAN-PEDRO	DOSSO MAMADOU	GOURODOUGOU	CONSEILER DU CHEF DU VILLAGE	08 46 26 54
SAN-PEDRO	ZERE BI	GOURODOUGOU	PAYSAN	
SAN-PEDRO	ZERE LOU ADELINE	GOURODOUGOU	Paysan	89 03 21 83
SAN-PEDRO	IMAM KONE	GOURODOUGOU	PAYSAN	58 97 03 49
SAN-PEDRO	IRIE BI JOACHIN	GOURODOUGOU	ELEVE	
SAN-PEDRO	TRA LOU MELANI	GOURODOUGOU	ELEVE	
SAN-PEDRO	GBA EDWIGE	GOURODOUGOU	ELEVE	
SAN-PEDRO	TRAORE SIRIKI	GOURODOUGOU	ELEVE	
SAN-PEDRO	KONE ISSA	GOURODOUGOU	ELEVE	
SAN-PEDRO	DOSSO KARIM	GOURODOUGOU	ELEVE	
SAN-PEDRO	DOSSO NORGBATIN	GOURODOUGOU	MENAGERE	06 81 11 44
SAN-PEDRO	KEITA AMIDOU	GOURODOUGOU	PAYSAN	
SAN-PEDRO	POUSSE THERESE	GOURODOUGOU	MENAGERE	87 00 30 99
SAN-PEDRO	IRIE BI MICHEL	GOURODOUGOU	ELEVE	
SAN-PEDRO	OUATTARA TINNIN	GOURODOUGOU	MENAGERE	04 77 50 26
SAN-PEDRO	OUATTARA KOROTOUMOU	GOURODOUGOU	MENAGERE	
SAN-PEDRO	IRIE LOU JOSINA	GOURODOUGOU	MENAGERE	05 69 42 36
SAN-PEDRO	LAMINE JEAN	GOURODOUGOU	PAYSAN	74 08 51 49
SAN-PEDRO	YOUAN BI THEODORE	GOURODOUGOU	PAYSAN	64 58 50 58
SAN-PEDRO	YOUAN BI ERIC	GOURODOUGOU	ELEVE	
SAN-PEDRO				
SAN-PEDRO	SANOGO	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	CHEF DU VILLAGE	70 06 39 97
SAN-PEDRO	DIAKITE YAYA	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	CHEF AJOUINT	
SAN-PEDRO	SANOGO AROUNA	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	PRESIDENT DES JEUNES	45 40 59 15
SAN-PEDRO	DIARRA DRISSA	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	NOTABLE	03 58 25 14
SAN-PEDRO	SANOGO ALI	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	PAYSAN	
SAN-PEDRO	SOSO KIGNON	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	PAYSAN	

SAN-PEDRO	KONE SEKOU	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	PAYSAN	
SAN-PEDRO	TRAORE SOULEYMANE	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	ELEVE	
SAN-PEDRO	DIARRA OUSMANE	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	ELEVE	
SAN-PEDRO	LASSINA DOUMBIA	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	ELEVE	
SAN-PEDRO	KONATE INZA	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	ELEVE	
SAN-PEDRO	OUATTARA IBRAHIM	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	ELEVE	
SAN-PEDRO	DIARRA ROKIATOU	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	ELEVE	
SAN-PEDRO	DIARRA SALIM	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	NOTABLE	
SAN-PEDRO	SORO ABOU	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	PAYSAN	
SAN-PEDRO	DIAKITE SAFIATOU	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	ELEVE	
SAN-PEDRO	KONATE SINALI	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	NOTABLE	53 90 70 95
SAN-PEDRO	DIARRA FATIM	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	ELEVE	
SAN-PEDRO	SANOGO SALIMATA	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	MENAGERE	
SAN-PEDRO	LASSO COULIBALY	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	PAYSAN	
SAN-PEDRO	OUSMANE KONATE	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	PAYSAN	
SAN-PEDRO	SORO AWA	D'AFRICA N1 CHARBONNIER	MENAGERE	
SAN-PEDRO				
SAN-PEDRO	N'GUESSAN KONAN	KOUADIOKRO	CHEF	05 44 51 72
SAN-PEDRO	KOFFI KAN	KOUADIOKRO	Agriculteur	
SAN-PEDRO	KOUAME JOSIANE	KOUADIOKRO	Agriculteur	
SAN-PEDRO	BROU KOUAME	KOUADIOKRO	CHEF ADJOINT	45 71 27 85
SAN-PEDRO	KOUADIO AFFOUÉ	KOUADIOKRO	Agricultrice	
SAN-PEDRO	KOUADIO KOUADIO	KOUADIOKRO	Agriculteur	
SAN-PEDRO	KOUAME JULIEN	KOUADIOKRO	NOTABLE	08 76 78 34
SAN-PEDRO	N'GUESSAN POLINE	KOUADIOKRO	Commerçante	
SAN-PEDRO	FOFFI ALAIN	KOUADIOKRO	Agriculteur	
SAN-PEDRO	FAITAI KOUADIO MENE	KOUADIOKRO	COMITE	09 35 55 11
SAN-PEDRO	KONAN MARIE France	KOUADIOKRO	Ménagère	
SAN-PEDRO	KONAN HERMANE	KOUADIOKRO	Planteur	
SAN-PEDRO	KOUAKOU AMENAN	KOUADIOKRO	Agricultrice	

SAN-PEDRO	KOUADIO N'GUESSAN	KOUADIOKRO	RESPONSABLE DES FEMMES	08 53 44 63
SAN-PEDRO	KOUAKOU AKISSI	KOUADIOKRO	Agricultrice	
SAN-PEDRO	N'GUESSAN KOUADIO	KOUADIOKRO	Agriculateur	
SAN-PEDRO	ALBERT KOUASSI	KOUADIOKRO	Agriculateur	
SAN-PEDRO	KOUAME YAO	KOUADIOKRO	REPRESENTANT DES JEUNES	08 57 67 53
SAN-PEDRO	KOUASSI KOUASSI ROGER	KOUADIOKRO	Agriculateur	
SAN-PEDRO	KOUADIO KOUADIO JOSEPH	KOUADIOKRO	Agriculateur	
SAN-PEDRO	KOUAME AHOUE	KOUADIOKRO	Agriculateur	
SAN-PEDRO	KOUAKOU NARCISSE	KOUADIOKRO	Leader JEUNE	48 30 06 41
SAN-PEDRO	TANO MONIQUE	KOUADIOKRO	agriculteur	
SAN-PEDRO	YAO SERGE PACOME	KOUADIOKRO	ELEVE	
SAN-PEDRO	KOUADIO KOUASSI JEAN LUC	KOUADIOKRO	ELEVE	
SAN-PEDRO	KOUAME N'DRI ELIEZER	KOUADIOKRO	ELEVE	
SAN-PEDRO	KOUAKOU ELISÉ	KOUADIOKRO	ELEVE	
SAN-PEDRO	KOUAKOU ADJOUA FLORENCE	KOUADIOKRO	ELEVE	
SAN-PEDRO	ADJOUANI AHOUE PRISCA	KOUADIOKRO	ELEVE	
SAN-PEDRO	KOUAKOU AKISSI OLIVIA	KOUADIOKRO	ELEVE	
SAN-PEDRO	N'GUESSAN AHOUE FRESH	KOUADIOKRO	ELEVE	
SAN-PEDRO	KLE HIE FRANCOIS	DJIKLA	CHEF DU VILLAGE	09 42 88 03
SAN-PEDRO	OUESSE NEMLIN FLORENT	DJIKLA	PRESIDENT DES JEUNES	58 58 05 38
SAN-PEDRO	HIE NEMLIN JOSEPH	DJIKLA	Planteur	
SAN-PEDRO	KOUBE WALLA JOSEPHINE	DJIKLA	Présidente des femmes	53 03 52 39
SAN-PEDRO	HIE DALLA LYDIE	DJIKLA	Planteur	
SAN-PEDRO	KLE KAPET MELAIN	DJIKLA	Planteur	03 93 61 87
SAN-PEDRO	Mlle KOUAME AMANI	DJIKLA	INSTITUTRICE	52013197
SAN-PEDRO	KLE KPA HERVE	DJIKLA	Planteur	
SAN-PEDRO	HIE BOLE HERMANN	DJIKLA	Agriculateur	
SAN-PEDRO	TAHIBE GNADJI ANASTHASIE	DJIKLA	Agriculateur	
SAN-PEDRO	TOTO DAVID	DJIKLA	Agriculateur	
SAN-PEDRO	BOSSO CAPE MATHIEU	DJIKLA	Agriculateur	

SAN-PEDRO	HOLO KOUA AMOS	HANNIE	Agriculteur	47 36 03 74
SAN-PEDRO	HOLLO LOUIS NARCISSE	HANNIE	Agriculteur	48 89 52 64
SAN-PEDRO	TCHOUIN DJOBLO JEANNETTE	HANNIE	Agriculteur	07 01 06 45
SAN-PEDRO	KOUBE KAPET	HANNIE	Agriculteur	87 95 87 16
SAN-PEDRO	DJOU JULIETTE	HANNIE	Agriculteur	09 99 54 22
SAN-PEDRO	TOURE GNAYOMO SIMON	KOFFIKRO	CHEF ADJOINT	46 12 89 66
SAN-PEDRO	YEO PEFINA	KOFFIKRO	COMITE DES SAGES	07 62 68 51
SAN-PEDRO	CAMARA DAVID	KOFFIKRO	SECRETAIRE	07 15 93 14
SAN-PEDRO	SAWADOGO MATHIEU	KOFFIKRO	Agriculteur	02 04 48 05
SAN-PEDRO	COULIBALY MAMOU	KOFFIKRO	PRESIDENTE DES FEMMES	
SAN-PEDRO	SELE KONE	KOFFIKRO	SECRETAIRE DES FEMMES	48 05 09 80
SAN-PEDRO	SORO MINATA	KOFFIKRO	ADJOINTE	
SAN-PEDRO	GEOFFROY KOUAKOU KOFFI	KOFFIKRO	CHEF ADJOINT DES BAOULES	46 56 79 35
SAN-PEDRO	TOURE FANANGAN	KOFFIKRO	CHEF ADJOINT DU VILLAGE	03 25 03 74
SAN-PEDRO	OUATTARA NAGNINLMA	KOFFIKRO	Agriculteur	04 44 75 78
SAN-PEDRO	COULIBALY SOUNGARA	KOFFIKRO	Agriculteur	03 00 74 14
SAN-PEDRO	CAMARA GNINANHA	KOFFIKRO	Agriculteur	56 12 60 05
SAN-PEDRO	TOURE YVES	KOFFIKRO	Agriculteur	49 02 86 01
SOUBRE	TIEGBE BONAVENTURE	SOUBRE	SG 1 DE PREFECTURE	09988156
	DIOMANDE YACOUBA	SOUBRE	ONG ANIYATILAYE	07786469
	TRAORE TCHESSEKANKANAN	SOUBRE	SOUS-PREFET	58813873
	MR KOFFI KOUAKOU	N'SIKANKRO	PRESIDENT DES JEUNES	67424539
	KOFFI KOUAKOU FULGENCE	N'SIKANKRO	PAYSAN	
	KONAN KOUADIO	N'SIKANKRO	CHEF DU VILLAGE	02669430
	KOUASSI KONAN	N'SIKANKRO	PAYSAN	09183959
	KOUAME KOFFI	N'SIKANKRO	PAYSAN	
	N'GUESSAN WILFRIED	N'SIKANKRO	ELEVE	
	KOUAME N'GUESSAN	N'SIKANKRO	PAYSAN	
	KOUADIO KOFFI JACQUE	N'SIKANKRO	VCE PRESIDENT DES JEUNES	58571329
	KOUAME AMELIE	N'SIKANKRO	MENAGERE	

	KONAN KAN PARFAIT	N'SIKANKRO	PAYSAN	48998258
	KOUADIO N'GNISSAN	N'SIKANKRO	MENAGERE	
	YAO YOBOUET GEORGETTE	N'SIKANKRO	PRESIDENTE DES FEMMES	67208338
	KOFFI YAO AMENAN	N'SIKANKRO	PAYSAN	
	KOUASSI KOUAME CHARLE	N'SIKANKRO	PAYSAN	49331577
	N'ZI FULGENCE	N'SIKANKRO	ELEVE	
	KOUAKOU AYA	N'SIKANKRO	ELEVE	
	KOFFI KOUADIO GEORGE	N'SIKANKRO	ELEVE	
	N'GUESSAN SUSANE	N'SIKANKRO	ELEVE	
	KONAN AFFOUET	N'SIKANKRO	ELEVE	
	N'SIKAN ALAIN	N'SIKANKRO	ELEVE	
	MR KONAN AHOUTOU MATHURIN	YAO KOFFIKRO	RELAI COMMUNAUTAIRE/ président des jeunes	09410431
	ELLELE	YAO KOFFIKRO	INFIRMIER	89333424
	KOUAME KOUADIO ANTOINE	YAO KOFFIKRO	PAYSAN	88815700
	KOUAME BAH RAPHAEL	YAO KOFFIKRO	PAYSAN	59894253
	AHOUTOU KOUAME SERAPHIN	YAO KOFFIKRO	PAYSAN	08831479
	AMANI KOUAKOU JULES	YAO KOFFIKRO	L'adjoint au président des jeunes	59046331
	KOFFI KONAN BERTIN	YAO KOFFIKRO	PLANTEUR	77337170
	YAO AHOUE THERESE	YAO KOFFIKRO	TRESORIERE DU BUREAU DES FEMMES	88976012
	KOUAME AMANI HUBERTINE	YAO KOFFIKRO	PRESIDENTE DES FEMMES	77380876
	KOFFI N'DRI YVONNE	YAO KOFFIKRO	MENAGERE	09131619
	KOUADIO YAO JEAN CLAUDE	YAO KOFFIKRO	GRIOT DU VILLAGE	49087063
	KONAN YAO SYLVAIN	YAO KOFFIKRO	GRIOT DU VILLAGE	
	KOFFESSOU KOUAKOU RICHARD	YAO KOFFIKRO	Agriculteur	07424157
	N'GUESSAN YAO ERNEST	YAO KOFFIKRO	PLANTEUR	47532529
	KOUADIO YAO ARMEL P.	YAO KOFFIKRO	TRESORIER DU BUREAU DE LA JEUNESSE	47749485
	KONAN AYA	YAO KOFFIKRO	CONSEILLERE DES FEMMES	57938118
	DIBY KOFFESSOU	YAO KOFFIKRO	Agriculteur	
	MR ZADI BINJAMIN	GRIPAZO	SECRETAIRE DU CHEF	49301380

	MR TELIALI GRABI GEORGE	GRIPAZO	CHEF DU VILLAGE	49963809
	OBA TETI	GRIPAZO	INFIRMIER	68073650
	MR ANE CHARLE	GRIPAZO	INFIRMIER	07350985
	KREH ZOKOU SIMPLICE	GRIPAZO	PRESIDENT DU FONCIER RURAL	59876272
	DOGBO YOLANDE	GRIPAZO	MENAGERE	
	KOUASSI ADJOUA	GRIPAZO	MENAGERE	
	AMEYE EUGENIE	GRIPAZO	MENAGERE	
	ZEDOU HONORE	GRIPAZO	PRESIDENT DES JEUNES	05562561
	DIGBEGOU ZAKO BERNARD	GRIPAZO	CONSEILLER DU CHEF	
	GNELIBI JOSEH	GRIPAZO	PLANTEUR	05991598
	ABOUDOU	GRIPAZO	CHEF DE LA COMMUNAUTE BURKINABE	
	DOUDOU LEONTINE	GRIPAZO	MENAGERE	04218572
	GBAGRA FERDINANT	GRIPAZO	PLANTEUR	70653592
	YEPE AIMEE	GRIPAZO	MENAGERE	49104758
	TAPE AIME	GRIPAZO	PLANTEUR	88043101
	TETI RICHARD	GRIPAZO	PLANTEUR	47294354
	GNAPO AGNES	GRIPAZO	MENAGERE	
	DEGBA YABA THIERRI	LOGBOAYO	PRESIDENT DES JEUNES	48 66 70 28
	DJIKA KORE RICHARD	LOGBOAYO	CHEF DU VILLAGE	49 19 88 28
	DEGBA DJORO CYRILLE	LOGBOAYO	PAYSAN	49 19 86 76
	YABA ELISE	LOGBOAYO	PRESIDENT SORTANT	08 30 35 99
	TAGBO HERVE	LOGBOAYO	SECRETAIRE	59 88 77 50
	GNONLEGBA FRANC	LOGBOAYO	PAYSAN	06 48 31 13
	TAGBO PEHO CHARLE	LOGBOAYO	PAYSAN	76 15 76 74
	DEGBA CHRISTIAN	LOGBOAYO	PAYSAN	67 67 83 06
	LIGNON LADJI	LOGBOAYO	PAYSAN	66 95 10 21
	GNAORE STEPHANE	LOGBOAYO	PAYSAN	69 18 49 76
	DEGBA ZADI GUY ROGER	LOGBOAYO	PAYSAN	58 31 69 52
	GHOHI JEAN MARCEL	LOGBOAYO	PAYSAN	07 01 56 57

	DEGBA GNOLEBA FRANK	LOGBOAYO	PAYSAN	59 82 62 85
	YEPO SAYDE	LOGBOAYO	PAYSAN	06 26 00 79
	GHOHI MARTININ	LOGBOAYO	PAYSAN	48 83 31 55
	LADJI GUY ARNAUD	LOGBOAYO	PAYSAN	66 95 10 21
	DJIKA YACYNTH	LOGBOAYO	PAYSAN	47 20 89 21
	TORO ZEBOLOU MARTHAL	LOGBOAYO	PAYSAN	57 59 48 77
	DEGBA YABA ELYSEE	LOGBOAYO	PAYSAN	07 30 35 99
	DEGBA CHRISTIAN LOPEZ	LOGBOAYO	PAYSAN	64 41 43 15
	TAGBO AIDME	LOGBOAYO	PAYSAN	57 42 60 72
	LADJI BAILLET ERIC	LOGBOAYO	PAYSAN	07 43 35 87
	DEGBA KPASSAGNON MARUIS	LOGBOAYO	PAYSAN	75 39 73 57
	KOBEHI EDDI	LOGBOAYO	PAYSAN	08 01 15 14
	KORE LOUHO ABEL	LOGBOAYO	PAYSAN	74 36 39 72
	TEPIALI EMMANUEL	LOGBOAYO	PAYSAN	57 07 27 00
	MAIGA SEIDOU	LOGBOAYO	PAYSAN	77 07 44 75
	TEPI KORE RICHARD	LOGBOAYO	PAYSAN	47 78 76 20
	GORO SYLVAIN	LOGBOAYO	PAYSAN	76 20 79 33
	ZAGO NINA VICTORYNE	LOGBOAYO	MENAGERE	49 14 52 12
	GAYO NIADOU ENGELINE	LOGBOAYO	MENAGERE	47 43 03 22
	DOGBO GENEVIEVE	LOGBOAYO	MENAGERE	49 47 33 14
	GOHI ELISABETH	LOGBOAYO	PRESIDENTE DES FEMMES	
	KOHI ADELAIDE	LOGBOAYO	SECRETAIRE	
	MR SERI THOMAS	OUREYO	SECRETAIRE DU CHEF DU VILLAGE	42309821 OU 09678996
	Mme SERI GEORGE	OUREYO	AIDE SOIGNANTE	48803542
	MR NAMANE MATHIEU	OUREYO	SERVEUR A LA PHARMACIE DU DISPANSAIRE	48633715
	KOFFI KOUASSI AHAIN	OUREYO	Agent de santé	84849668
	TOURE ALI	OUREYO	ELEVE	
	VACOU DAVID	OUREYO	ELEVE	43648095
	POIGNON GREGOIRE	OUREYO	PAYSAN	

	MR KONAN KOUADIO ROGER	OUREYO	INSTITUTEUR	47045000
	LAGO SERAPHIN	OUREYO	PAYSAN	
	SERI ALAIN	OUREYO	PAYSAN	

ANNEXE 4 : Liste des localités visitées

Régions	Départements	Villages
GUEMON	DUEKOUÉ	Darrenadjette, Blaisekro, Mafia, Sahe-B, Yankadi, Guiglio-Zia
	DALOA	Foreskro, Loukoukouamékro, Akessékro, Gaboua Campement-Kanon, Loboguiguia
MARAHOUÉ	BOUAFLE	Bakarikro, Blanfla, Sinporefla, Djidjibakro, Krigambo, Bohitifla
SAN-PEDRO	SAN-PEDRO	Gourodougou, Africa N°1 Charbonnier, Kouadiokro, Djikla, Hannie, Koffikro
TONKPI	MAN	GLÈGOUINE, BOGOUINE 1, BANLE, YEBEGOUIN ; VAGOUINE, GOUIMPLEU 1
GBOKLE	SOUBRE	Mavou, Koffikro ; Petit-Bouaké, N'GUESSANKRO (PETIT DIDIEVI), MAYO-2, BALODOUGOI
CAVALLY	GUIGLO	ZONGOKRO NGUESSANKRO SAN-PEDRO CARREFOUR KATI ELIKRO DOMOBY

ANNEXE 5 : Calendrier de la mission de coordination

Date	Voyage/Destination	Activité	Début de l'enquête	Fin de l'enquête
27-06-2020 Voyage Abidjan-San-Pedro				
28-06-2020	Daloa	Formation des superviseurs de Daloa, Bouaflé & Duékoué	29-06-2020 Daloa 30-06-2020 Duékoué 30-06-2020 Bouaflé	11-06-2020 Daloa 12-06-2020 Duékoué 13-06-2020 Bouaflé
29-06-2020 Voyage Daloa –San-Pedro				
30-06-2020	San-Pedro	Formation des superviseurs de San-Pedro & Soubré	1 ^{er} -06-2020 San-Pedro 2-06-2020 Soubré	14-06-2020 15-06-2020
1^{er}-06-2020 voyage San-Pedro –Man avec un point d'arrêt à Duékoué				
02-07-2020	Man	Formation des superviseurs de Man & Guiglo Contrôle des investigations de Duékoué	03-06-2020 Man 04-06-2020 Guiglo	17-06-2020 Man 18-06-2020 Guiglo
03-07-2020		Réalisation d'entretien avec les structures de mise en œuvre & Unicef Man		
04 06-2020 voyages sur Guiglo				
04-07-2020	Guiglo	Contrôle des travaux de terrain Entretien avec Croix rouge Guiglo		
04-07-2020	Guiglo	Visite d'entretien dans le village d'Elikro, Kati		
05-07-20	Guiglo	Focus avec le CDS de Guiglo		
05-07-20	Guiglo	Débriefing avec l'équipe de Guiglo/contrôle qualité des données		
06-07-20	Duékoué	Débriefing avec l'équipe de Duékoué/contrôle qualité des données Visite d'entretiens dans le village de DARRENADJETTE		
07-07-20 - voyage sur Soubré & Daloa				
07-07-20	Soubré	Débriefing avec l'équipe de Soubré/contrôle qualité des données		
07-07-20	Daloa	Débriefing avec l'équipe de Duékoué/contrôle qualité des données		
07 07-20 voyages sur Bouaflé				
07 au 08-07-20	Bouaflé	Débriefing avec l'équipe de Duékoué/contrôle qualité des données		
08-07-20 Retour sur Abidjan				
12 -07-20	Abidjan	Date probable d'envoi des premiers constats préliminaires par zones pour amendement.		

ANNEXE 6 : Les instruments de collecte de données

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux Communautés/Bénéficiaires

Cher partenaire/Madame/Monsieur,

Nous faisons partie du Cabinet PEM Consulting et vous contactons dans le cadre de l'évaluation du projet PHAM de l'UNICEF. Nous recueillons des informations auprès des communautés, bénéficiaires, responsables de mise en œuvre et personnes ressources qui, d'une manière ou d'une autre, ont participé à la conception ou à la mise en œuvre du programme PHAM en Côte d'Ivoire.

La présente séance de discussion devrait durer environ 60 minutes.

Toutes les informations que nous recueillons resteront strictement confidentielles et anonymes.

Puis-je commencer maintenant ?



Si permission non accordée, pourquoi ?

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux Communautés/Bénéficiaires

Note aux Enquêteurs

Pour chaque question du Guide, l'enquêteur doit rechercher le "pourquoi" ou le "comment" de chaque réponse des interviewés. Toutes les réponses données par les interviewés doivent être justifiées par des faits ou exemples pratiques. C'est ce qui donnera sens et signification aux données recueillies selon l'approche qualitative.

SECTION A : IDENTIFICATION

A1	Nom de l'interviewé :	A5	Organisation / Structure :
A2	District :	A6	Contact :
A3	Région :	A7	Ville / Village / Localité :
A4	Département :	A8	Entretien (EIC) No :
A9	Adresse :	A10	Nom du recenseur
A11	Pays :	A12	Date de l'entretien (JJ/MM/AA) :

SECTION B : PERTINENCE

B2	<p>Comment les différents besoins des hommes et des femmes et les besoins spécifiques des enfants (filles et garçons) et groupes vulnérables (personnes handicapées, personnes âgées, ménages marginalisés) ont été identifiés lors de la conception du programme PHAM ?</p> <p>Expliquez :</p>
B3	<p>Quels étaient ces besoins (tels que des installations sanitaires séparées pour les hommes et les femmes, un accès adapté pour les handicapés à ces installations et une sensibilisation à l'Assainissement et à l'Hygiène pour tous les différents groupes d'intérêt/personnes) ? Citez-en 3 au moins :</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p>
B4	<p>Comment le programme PHAM a répondu à ces besoins identifiés avant le début des activités sur le terrain ?</p> <p>Expliquez :</p>
B5	<p>Est-ce que les interventions du programme ont pris en compte l'âge et le sexe ?</p> <p>Si oui, comment ?</p> <p>Si non pourquoi ?</p>
B6	<p>A quel point les capacités financière et technique des communautés à soutenir la construction des latrines ont été prises en compte de manière adéquate dans la conception du programme ?</p> <p>Expliquez :</p>

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux Communautés/Bénéficiaires

B7	Comment les stratégies d'intervention du programme ont contribué à promouvoir une prise de conscience collective de la nécessité de mettre fin à la Défécation à l'Air Libre (FDAL) dans les communautés ? Expliquez :
B8	Comment la conception du programme était adéquate pour obtenir les résultats escomptés -des résultats tels que La fin de la pratique de la défécation à l'air libre, adoption de bonnes pratiques d'hygiène dans les communautés et les écoles, Réduction de la prévalence des maladies diarrhéiques et l'impact de ces maladies sur la mortalité infantile ? extrants, résultats et impact ? Expliquez :
B11	Comment les interventions du programme ont été culturellement et socialement appropriées ? Expliquez :
B13	A quel point les interventions du programme ont été inclusives ou ont favorisé la prise en compte des différentes couches sociales ? Pourquoi ? (Conformité avec les besoins des populations) Expliquez :
B14	A quel point le programme a permis d'améliorer l'accès à l'assainissement et les conditions d'hygiène individuelle et collective dans votre localité ? Expliquez :
B15	Comment les populations de votre localité ont été impliquées dans le développement du programme ? Expliquez :
SECTION C : EFFICACITE	
C2	A quel point l'objectif des communautés sans défécation en plein air, de la fonctionnalité a été atteint et est toujours fonctionnel ? Expliquez :
C4	Quel changement avez-vous observé en matière d'assainissement dans les districts ciblés par rapport à la base de référence ? Expliquez :

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux Communautés/Bénéficiaires

C11	<p>Pouvez-vous comparer ces localités ciblées par le programme d'assainissement par rapport à celles qui n'ont pas été ciblées ? Expliquez :</p>
C13	<p>Comment le programme a-t-il contribué au changement de comportements en matière d'assainissement et d'hygiène individuelle et collective au sein des communautés cibles ? Expliquez :</p>
C14	<p>Comment le programme a-t-il permis d'améliorer l'accès à l'assainissement et les conditions d'hygiène individuelle et collective dans les zones d'intervention ? Expliquez :</p>
C15	<p>Citez au moins 3 forces et faiblesses dans la mise en œuvre de l'approche ATPC notamment en ce qui concerne :</p> <p>7. Le contexte spécifique des villages cibles (socio-culturel, économique, environnement physique...);</p> <p>Force : 1 : 2 : 3 :</p> <p>Faiblesse : 1 : 2 : 3 :</p> <p>8. Les mécanismes de coordination et de suivi du programme ainsi que la participation des principales parties prenantes ;</p> <p>Force : 1 : 2 : 3 :</p> <p>Faiblesse : 1 :</p>

2 :

3 :

9. La demande et l'utilisation adéquate des toilettes ;

Force :

1 :

2 :

3 :

Faiblesse :

1 :

2 :

3 :

10. L'offre de services d'assainissement au sein des communautés ciblées ;

Force :

1 :

2 :

3 :

Faiblesse :

1 :

2 :

3 :

11. Le transfert de compétences dans le domaine de la construction

Force :

1 :

2 :

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux Communautés/Bénéficiaires

	<p>3 :</p> <p>Faiblesse :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p> <p>12. La prise en compte des besoins différenciés des hommes et des femmes, des besoins spécifiques des enfants et de la situation particulière des groupes vulnérables (familles démunies, personnes âgées, personnes en situation de handicap)</p> <p>Force :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p> <p>Faiblesse :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p>
C18	<p>Quels progrès ont été réalisés dans les localités ciblées par le programme PHAM, dans le passage DAL au FDAL ? Citez-en au moins 3 et expliquez :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p> <p>Expliquez :</p>
C19	<p>Quel est votre degré de satisfaction par rapport aux résultats obtenus ? Expliquez :</p>

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
 Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux Communautés/Bénéficiaires

C20	Veuillez énumérer trois facteurs du côté de la communauté / de votre village ayant facilité la mise en œuvre et l'obtention des résultats escomptés ? 1 : 2 : 3 : Expliquez :
C21	Veuillez énumérer trois facteurs du côté de la communauté / de votre village ayant entravés l'obtention des résultats escomptés ? 1 : 2 : 3 : Expliquez :
C22	Veuillez énumérer trois facteurs externes à votre communauté qui ont contribué à la réalisation des résultats escomptés ? Quel est le facteur le plus important ? 1 : 2 : 3 : Le facteur le plus important : Expliquez :
C23	Veuillez énumérer trois facteurs externes à votre communauté qui ont entravé la réalisation des résultats escomptés ? Quel est le facteur le plus important ? 1 : 2 : 3 :

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux Communautés/Bénéficiaires

	<p>Le facteur le plus important :</p> <p>Expliquez :</p>
SECTION D : EFFICIENCE	
D1	<p>Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et matérielles sont adéquates (en quantité), suffisantes (en qualité) et distribuées / déployées en temps utile pour la mise en œuvre du programme ?</p> <p>Expliquez :</p>
D4	<p>Quelles sont les principales différences entre les stratégies d'élimination de la défécation en plein air adoptées par les partenaires de mise en œuvre (ONG) et laquelle d'entre elles a été la plus efficace en termes de rentabilité ?</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p> <p>Expliquez :</p>
D6	<p>Selon vous quels sont les enseignements tirés du programme PHAM ?</p> <p>Expliquez :</p>
D7	<p>Lorsque les enfants ont déféqué, ou sont mis ses excréta ? (Situation avant et après le programme) Pourquoi ?</p> <p>Expliquez :</p>
SECTION E : DURABILITE	
E1	<p>A quel point le programme a-t-il identifié et développé les capacités et mécanismes existants au niveau national et local, de la société civile et du gouvernement ?</p> <p>Expliquez :</p>
E2	<p>Comment les réalisations du programme ont-elles été soutenues et, pour les plus récentes, comment seront-elles maintenues lorsque l'aide extérieure prendra fin ?</p> <p>Expliquez :</p>
E3	<p>Comment les parties prenantes peuvent-elles s'assurer que les résultats du programme sont durables ?</p> <p>Expliquez :</p>
E5	<p>Comment la communauté, peut garantir la pérennité des réalisations du programme ?</p> <p>Expliquez :</p>

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
 Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux Communautés/Bénéficiaires

E6	<p>Quels sont les nouvelles capacités (au moins 3) ou les nouveaux mécanismes qui ont été créés ou développés au niveau national, régional ou de la communauté pour la pérennité des acquis ?</p> <p>National 1 : 2 : 3 :</p> <p>Régional : 1 : 2 : 3 :</p> <p>Communauté : 1 : 2 : 3 :</p> <p>Expliquez :</p>
E7	<p>Comment ces capacités et compétences sont-elles utilisées activement et quels sont selon-vous les signes de durabilité ?</p> <p>Expliquez :</p>
E8	<p>Veillez expliquer les 3 principaux points forts et défis en ce qui concerne la durabilité des réalisations du programme aux niveaux communautaire et institutionnel ?</p> <p>Points Forts : 1 : 2 : 3 :</p> <p>Défis : 1 : 2 :</p>

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux Communautés/Bénéficiaires

	3 :
E9	<p>Quels nouveaux instruments de gouvernance ont été mis en place au sein des communautés ciblées (par exemple normes et lignes directrices) pour (i) maintenir le statut d'abandon de la défécation à l'air libre dans les localités ciblées et (ii) assurer la pérennité des acquis du programme en général</p> <p>Maintient statut d'abandon DAL :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p> <p>Assurer la pérennité des acquis :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p>
E11	<p>Comment l'ATPC (l'Assainissement Total Piloté par la Communauté) développé dans le cadre de la mise en œuvre du PHAM a-t-elle permis à la population (hommes, femmes, jeunes et communautés) des localités ciblées de s'approprier des changements de comportements préconisés dans les domaines de l'Hygiène et l'assainissement ? Expliquez :</p>
E12	<p>Quelles sont les 3 conditions principales requises pour le passage à l'échelle de l'approche pour la fin de la défécation à l'air libre et l'amélioration de l'accès au service d'assainissement amélioré ?</p> <p>3 conditions principales :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p>
E13	<p>Avez-vous constaté des difficultés (citez les 3 principales) qui pourront être des contraintes majeures pour la poursuite des activités ou la pérennité de l'action ? Lesquelles ? Selon vous comment peut-on anticiper ou résoudre ces problèmes ?</p> <p>3 difficultés principales :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p>

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux Communautés/Bénéficiaires

	<p>3 solutions identifiées :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p>
E14	<p>Les populations communiquent – elles ou sont – elles engagées dans l'entretien et le renforcement des acquis du programme afin de garantir la durabilité des actions ?</p> <p>Expliquez :</p>
E15	<p>Seriez-vous prêts à vous investir financièrement dans la réparation ou l'amélioration de votre toilette ?</p> <p>Expliquez :</p>
SECTION F : GENRE, EQUITE & DROITS DE L'HOMME	
F6	<p>Comment le programme a-t-il contribué à la protection des enfants, garçons et filles d'âges différents ?</p> <p>Expliquez :</p>
F8	<p>Y a-t-il des changements durables (au moins 3) qui pourraient être identifiés dans la vie et le bien-être des femmes, des enfants, des familles et des communautés visés par le programme ?</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p> <p>Expliquez :</p>
F9	<p>Peut-on dire que le PHAM a contribué à modifier la mortalité attribuable à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans dans les communautés cibles ?</p> <p>Expliquez :</p>
F10	<p>Quel est votre degré de satisfaction concernant la performance globale des résultats et de l'aboutissement du projet ?</p> <p>Expliquez :</p>

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux **Communautés/Bénéficiaires**

--	--

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux **responsables/structures de mise en œuvre**

Cher partenaire/Madame/Monsieur,

Nous faisons partie du Cabinet PEM Consult et vous contactons dans le cadre de l'évaluation du projet PHAM de l'UNICEF.

Nous recueillons des informations auprès des communautés, bénéficiaires, responsables de mise en œuvre et personnes ressources qui, d'une manière ou d'une autre, ont participé à la conception ou à la mise en œuvre du programme PHAM en Côte d'Ivoire.

La présente séance de discussion devrait durer environ 60 minutes.

Toutes les informations que nous recueillons resteront strictement confidentielles et anonymes.

Puis-je commencer maintenant ?



UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
 Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux responsables/structures de mise en œuvre

Si permission non accordée, pourquoi ?

Note aux Enquêteurs

Pour chaque question du Guide, l'enquêteur doit rechercher le "pourquoi" ou le "comment" de chaque réponse des interviewés. Toutes les réponses données par les interviewés doivent être justifiées par des faits ou exemples pratiques. C'est ce qui donnera sens et signification aux données recueillies selon l'approche qualitative.

SECTION A : IDENTIFICATION

A1	Nom de l'interviewé :	A5	Organisation / Structure :
A2	District :	A6	Contact :
A3	Région :	A7	Ville / Village / Localité :
A4	Département :	A8	Entretien (EIC) No :
A9	Adresse :	A10	Nom du recenseur :
A11	Pays :	A12	Date de l'entretien (JJ/MM/AA) :

SECTION B : PERTINENCE

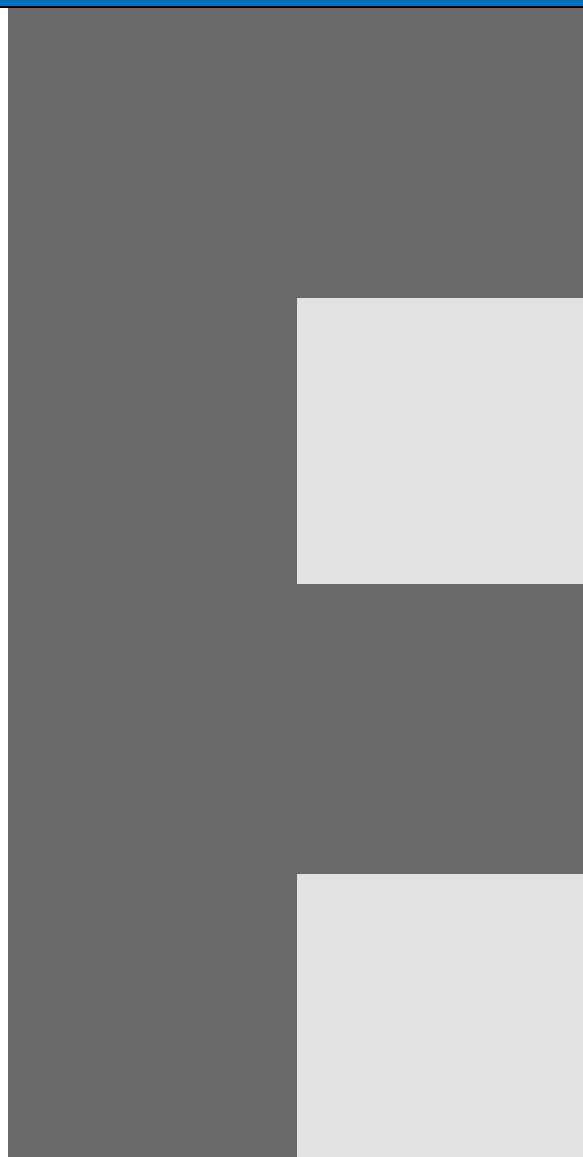
B1	Votre organisation/votre structure faisait-elle partie du programme PHAM pendant : a. Conception du projet PHAM uniquement
----	---



b. Mise en œuvre du projet PHAM uniquement

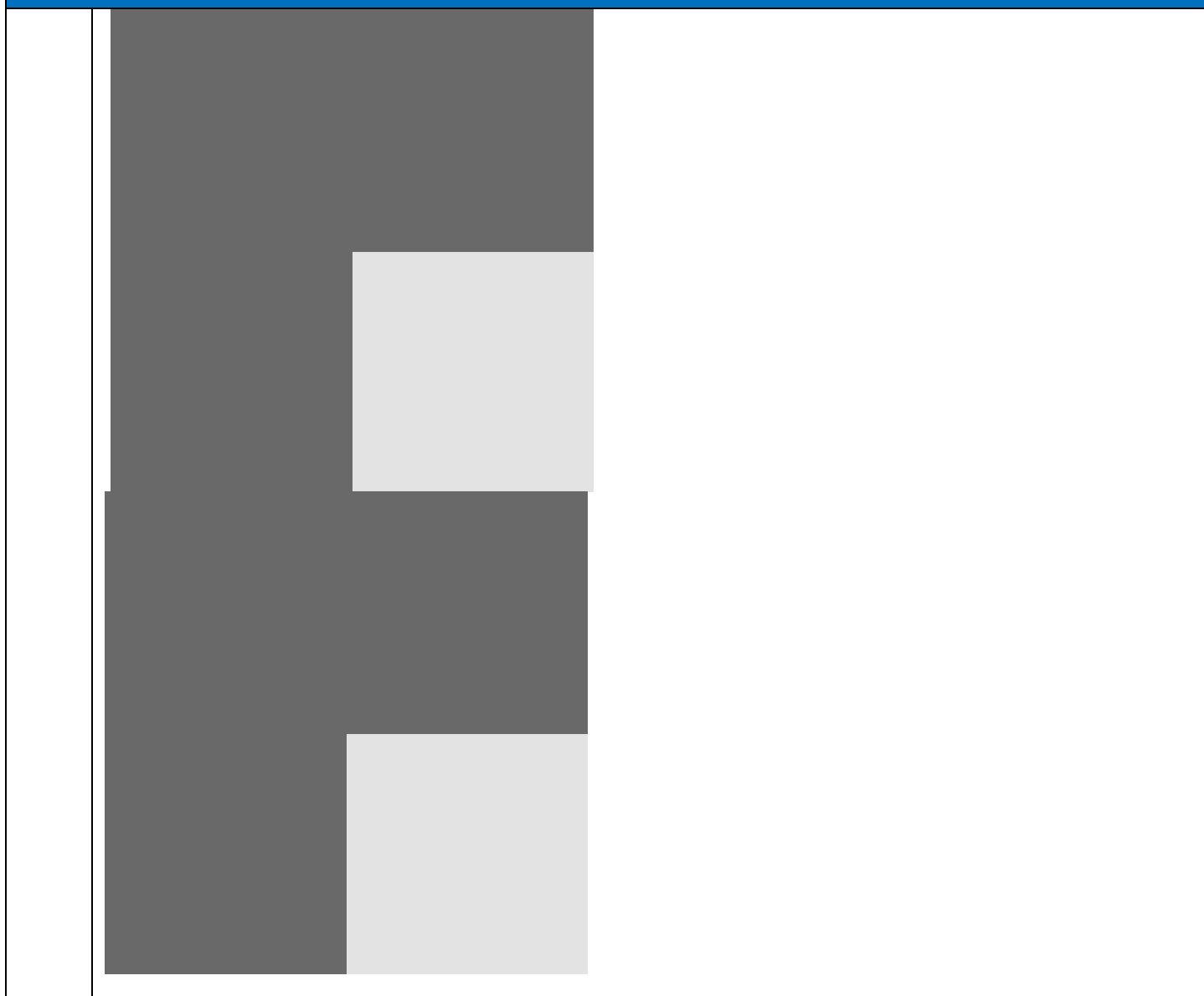


c. La conception et la mise en œuvre du PHAM



d. Aucune de ces réponses

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
 Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux responsables/structures de mise en œuvre



B2 Comment les différents besoins des hommes et des femmes et les besoins spécifiques des enfants (filles et garçons) et groupes vulnérables (personnes handicapées, personnes âgées, ménages marginalisés) ont été identifiés lors de la conception du programme PHAM ?

Expliquez :

B3 Quels étaient ces besoins (tels que des installations sanitaires séparées pour les hommes et les femmes, un accès adapté pour les handicapés à ces installations et une sensibilisation à l'Assainissement et à l'Hygiène pour tous les différents groupes d'intérêt/personnes) ? Citez-en 3 au moins :

- 6.
- 7.
- 8.

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
 Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux responsables/structures de mise en œuvre

	9. 10.
B4	Comment le programme PHAM a répondu à ces besoins identifiés avant le début des activités sur le terrain ? Expliquez :
B5	Est-ce que les interventions du programme ont pris en compte l'âge et le sexe ? Si oui, comment ? Si non pourquoi ?
B6	A quel point les capacités financière et technique des communautés à soutenir la construction des latrines ont été prises en compte de manière adéquate dans la conception du programme ? Expliquez :
B7	Comment les stratégies d'intervention du programme ont contribué à promouvoir une prise de conscience collective de la nécessité de mettre fin à la Défécation à l'Air Libre (FDAL) dans les communautés ? Expliquez :
B8	Comment la conception du programme était adéquate pour obtenir les résultats escomptés -des résultats tels que La fin de la pratique de la défécation à l'air libre, adoption de bonnes pratiques d'hygiène dans les communautés et les écoles, Réduction de la prévalence des maladies diarrhéiques et l'impact de ces maladies sur la mortalité infantile ? extrants, résultats et impact ? Expliquez :
B9	Pouvez-vous nous décrire la répartition les rôles et responsabilités attribués aux principaux acteurs de mise en œuvre du programme PHAM ? Description :
B10	Dans quelle mesure la répartition des rôles et des responsabilités, entre les principaux acteurs de la mise en œuvre, était appropriée pour l'obtention des résultats escomptés ? Expliquez :
B11	Comment les interventions du programme ont été culturellement et socialement appropriées ? Expliquez :
B12	Qu'en est-il de la conformité des interventions du programme aux priorités nationales dans sa conception et dans sa mise en œuvre ?

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
 Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux responsables/structures de mise en œuvre

	Expliquez :
B13	A quel point les interventions du programme ont été inclusives ou ont favorisé la prise en compte des différentes couches sociales ? Pourquoi ? (Conformité avec les besoins des populations) Expliquez :
SECTION C : EFFICACITE	
C1	Dans quelle mesure les résultats attendus du programme aient été atteints ? Expliquez :
C2	A quel point l'objectif des communautés sans défécation en plein air, de la fonctionnalité a été atteint et est toujours fonctionnel ? Expliquez :
C 3	Recommanderiez-vous la stratégie/approche programmatique du PHAM de l'assainissement à d'autres programmes de développement similaires ? Expliquez :
C4	Quel changement avez-vous observé en matière d'assainissement dans les districts ciblés par rapport à la base de référence ? Expliquez :
C5	Veillez énumérer 3 résultats, attendus, en termes d'amélioration de la santé et d'assainissement parmi les femmes, les enfants et les communautés ciblés qui peuvent être affectés au programme PHAM ? 1 : 2 : 3 :
C6	Veillez énumérer 3 résultats, inattendus, en termes d'amélioration de la santé et du statut FDAL parmi les femmes, les enfants et les communautés ciblés qui peuvent être affectés au programme PHAM ?

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
 Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux responsables/structures de mise en œuvre

	<p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p>
C7	<p>Veillez énumérer trois facteurs du côté de l'UNICEF ayant facilité la mise en œuvre et l'obtention des résultats escomptés ? Quel est le facteur le plus important ?</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p>
C8	<p>Veillez énumérer trois facteurs du côté de l'UNICEF ayant entravés l'obtention des résultats escomptés ? Quel est le facteur le plus important ?</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p>
C9	<p>Veillez énumérer trois facteurs externes à l'UNICEF qui ont contribué à la réalisation des résultats escomptés ? Quel est le facteur le plus important ?</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p>
C10	<p>Veillez énumérer trois facteurs externes à l'UNICEF qui ont entravé la réalisation des résultats escomptés ? Quel est le facteur le plus important ?</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p>

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
 Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux responsables/structures de mise en œuvre

C11	Pouvez-vous comparer ces localités ciblées par le programme d'assainissement par rapport à celles qui n'ont pas été ciblées ? Expliquez :
C12	Comment appréciez-vous la nature de la collaboration des partenaires avec les structures locales, communautaires et comment cela a-t-il contribué aux résultats obtenus ? Expliquez :
C13	Comment le programme a-t-il contribué au changement de comportements en matière d'assainissement et d'hygiène individuelle et collective au sein des communautés cibles ? Expliquez :
C14	Comment le programme a-t-il permis d'améliorer l'accès à l'assainissement et les conditions d'hygiène individuelle et collective dans les zones d'intervention ? Expliquez :
C15	<p>Citez au moins 3 forces et faiblesses dans la mise en œuvre de l'approche ATPC notamment en ce qui concerne :</p> <p>13. Le contexte spécifique des villages ciblés (socio-culturel, économique, environnement physique...);</p> <p>Force : 1 : 2 : 3 :</p> <p>Faiblesse : 1 : 2 : 3 :</p> <p>14. Les mécanismes de coordination et de suivi du programme ainsi que la participation des principales parties prenantes ;</p> <p>Force : 1 : 2 : 3 :</p>

Faiblesse :

1 :

2 :

3 :

15. La demande et l'utilisation adéquate des toilettes ;

Force :

1 :

2 :

3 :

Faiblesse :

1 :

2 :

3 :

16. L'offre de services d'assainissement au sein des communautés ciblées ;

Force :

1 :

2 :

3 :

Faiblesse :

1 :

2 :

3 :

17. Le transfert de compétences dans le domaine de la construction

Force :

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
 Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux responsables/structures de mise en œuvre

	<p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p> <p>Faiblesse :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p> <p>18. La prise en compte des besoins différenciés des hommes et des femmes, des besoins spécifiques des enfants et de la situation particulière des groupes vulnérables (familles démunies, personnes âgées, personnes en situation de handicap)</p> <p>Force :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p> <p>Faiblesse :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p>
C16	<p>Veillez énumérer 3 contraintes qui ont affecté l'approche adoptée par l'UNICEF et ses partenaires d'exécution, et veuillez rédiger une brève explication sur la manière dont l'UNICEF et ses partenaires ont abordé ces obstacles :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p>
C17	<p>Selon vous, pourquoi, les interventions du programme ont mieux réussi dans certaines localités que dans d'autres ? Expliquez :</p>

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux responsables/structures de mise en œuvre

C18	<p>Quels progrès ont été réalisés dans les localités ciblées par le programme PHAM, dans le passage DAL au FDAL ? Citez-en au moins 3 et expliquez :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p> <p>Expliquez :</p>
C19	<p>Quel est votre degré de satisfaction par rapport aux résultats obtenus ? Expliquez :</p>
SECTION D : EFFICIENCE	
D1	<p>Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et matérielles sont adéquates (en quantité), suffisantes (en qualité) et distribuées / déployées en temps utile pour la mise en œuvre du programme ? Expliquez :</p>
D2	<p>Quel est le coût moyen du programme par bénéficiaire ? Coût moyen (USD) _____ : <i>Etes-vous persuadés que le financement était adéquat ?</i></p>
D3	<p>Dans quelle mesure les interventions du programme se chevauchent ou font double emploi avec des interventions similaires financées par d'autres organismes ? Expliquez :</p>
D4	<p>Quelles sont les principales différences entre les stratégies d'élimination de la défécation en plein air adoptées par les partenaires de mise en œuvre (ONG) et laquelle d'entre elles a été la plus efficace en termes de rentabilité ?</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p> <p>Expliquez :</p>
D5	<p>A quel point les mécanismes de gestion et de coordination du programme ont-ils permis de rationaliser l'utilisation des ressources pour l'élimination de la défécation en plein air ? Expliquez :</p>

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
 Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux responsables/structures de mise en œuvre

D6	Selon vous quels sont les enseignements tirés du programme PHAM ? Expliquez :
SECTION E : DURABILITE	
E1	A quel point le programme a-t-il identifié et développé les capacités et mécanismes existants au niveau national et local, de la société civile et du gouvernement ? Expliquez :
E2	Comment les réalisations du programme ont-elles été soutenues et, pour les plus récentes, comment seront-elles maintenues lorsque l'aide extérieure prendra fin ? Expliquez :
E3	Comment les parties prenantes peuvent-elles s'assurer que les résultats du programme sont durables ? Expliquez :
E4	Comment le gouvernement peut garantir la pérennité des réalisations du programme ? Expliquez :
E5	Comment la communauté, peut garantir la pérennité des réalisations du programme ? Expliquez :
E6	Quels sont les nouvelles capacités (au moins 3) ou les nouveaux mécanismes qui ont été créés ou développés au niveau national, régional ou de la communauté pour la pérennité des acquis ? National 1 : 2 : 3 : Régional : 1 : 2 : 3 : Communauté :

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
 Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux responsables/structures de mise en œuvre

	<p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p> <p>Expliquez :</p>
E7	<p>Comment ces capacités et compétences sont-elles utilisées activement et quels sont selon-vous les signes de durabilité ?</p> <p>Expliquez :</p>
E8	<p>Veuillez expliquer les 3 principaux points forts et défis en ce qui concerne la durabilité des réalisations du programme aux niveaux communautaire et institutionnel ?</p> <p>Points Forts :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p> <p>Défis :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p>
E9	<p>Quels nouveaux instruments de gouvernance ont été mis en place au sein des communautés ciblées (par exemple normes et lignes directrices) pour (i) maintenir le statut d'abandon de la défécation à l'air libre dans les localités ciblées et (ii) assurer la pérennité des acquis du programme en général</p> <p>Maintient statut d'abandon DAL :</p> <p>1 :</p> <p>2 :</p> <p>3 :</p> <p>Assurer la pérennité des acquis :</p> <p>1 :</p>

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux responsables/structures de mise en œuvre

	2 : 3 :
E10	Pensez-vous que les partenaires, en particulier le gouvernement, ont-ils la capacité financière et les ressources nécessaires pour maintenir les avantages du programme ? Expliquez :
E11	Comment l'ATPC (l'Assainissement Total Piloté par la Communauté) développé dans le cadre de la mise en œuvre du PHAM a-t-elle permis à la population (hommes, femmes, jeunes et communautés) des localités ciblées de s'approprier des changements de comportements préconisés dans les domaines de l'Hygiène et l'assainissement ? Expliquez :
E12	Quelles sont les 3 conditions principales requises pour le passage à l'échelle de l'approche pour la fin de la défécation à l'air libre et l'amélioration de l'accès au service d'assainissement amélioré ? 3 conditions principales : 1 : 2 : 3 :
E13	Avez-vous constaté des difficultés (citez les 3 principales) qui pourront être des contraintes majeures pour la poursuite des activités ou la pérennité de l'action ? Lesquelles ? Selon vous comment peut-on anticiper ou résoudre ces problèmes ? 3 difficultés principales : 1 : 2 : 3 : 3 solutions identifiées : 1 : 2 : 3 :
SECTION F : GENRE, EQUITE & DROITS DE L'HOMME	
F1	Comment les interventions du programme ont-elles répondu aux questions de genre, d'âge et de différences socio-économiques entre et au sein des groupes de population dans les zones cibles ? Expliquez :

UNICEF KRC 8 Programme de Coopération dans le domaine de l'Assainissement en Côte d'Ivoire
 Questionnaire semi structuré EIC PHAM adressé aux responsables/structures de mise en œuvre

F2	Comment les différents écarts d'équité/inégalité ont évolué au cours de la durée de vie du programme ? Expliquez :
F3	Quelle est la contribution du programme à ces changements ? Expliquez :
F4	A quel point les disparités dans l'accès des zones urbaines et rurales à l'assainissement ont-elles été affectées ? Expliquez :
F5	Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles ciblé des zones spécifiques vulnérables et mal desservies du pays pour accélérer de manière significative la couverture en assainissement et améliorer les pratiques d'hygiène et d'assainissement ? Expliquez :
F6	Comment le programme a-t-il contribué à la protection des enfants, garçons et filles d'âges différents ? Expliquez :
F7	Comment les interventions de l'UNICEF et de ses partenaires ont-elles contribué à traiter les questions de genre et à prévenir l'exploitation et les abus sexuels ? Expliquez :
F8	Y a-t-il des changements durables (au moins 3) qui pourraient être identifiés dans la vie et le bien-être des femmes, des enfants, des familles et des communautés visés par le programme ? 1 : 2 : 3 : Expliquez :
F9	Peut-on dire que le PHAM a contribué à modifier la mortalité attribuable à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans dans les communautés cibles ? Comment ?
F10	Quel est votre degré de satisfaction concernant la performance globale des résultats et de l'aboutissement du projet ?

Expliquez :

ANNEXE 7 : Liste des documents consultés

1. KOFFI Joseph et SOBRIN Franck, (2014)., atelier de revue de la composante assainissement du programme d'hydraulique et d'assainissement pour le millénaire (PHAM), Centre Cossé A. Dio de San Pedro, Du 24 au 28 novembre 2014
2. Anne BOUTIN, Géraldine BERNARD, Philippe BERGERON (2019)., délégation de la commission Européenne en Côte d'Ivoire, évaluation finale du programme d'hydraulique et d'assainissement pour le millénaire, rapport provisoire
3. L'Agence EAA (Eau et Assainissement pour l'Afrique) en Côte d'Ivoire (2014)., Evaluation de la mise en œuvre de l'action, rapport narratif intermédiaire
4. KOFFI Joseph et SOBRIN Franck, (2014)., atelier de revue de la composante assainissement du programme d'hydraulique et d'assainissement pour le millénaire (PHAM), Centre Cossé A. Dio de San Pedro, Du 24 au 28 novembre 2014
5. DRC,2012., Monographie socio-économique des zones d'intervention du projet départ dans le département de tabou : Problématique de la protection des personnes vulnérables dans le cadre des appuis du Conseil Danois pour les Réfugiés aux communautés rurales.
6. CONTRAT CADRE SIEA 2018, Europe Aïd/138778/DH/SER/Multi, Lot 2 : Infrastructure, croissance durable et emplois: Evaluation finale du programme d'hydraulique et d'assainissement pour le millénaire ; Pour la délégation de l'Union Européenne en Côte d'Ivoire : Rapport provisoire, VERSION 1
7. Anne BOUTIN, Géraldine BERNARD, Philippe BERGERON (2019)., délégation de la commission Européenne en Côte d'Ivoire, évaluation finale du programme d'hydraulique et d'assainissement pour le millénaire, rapport provisoire
8. Unicef, Rapport d'activité, 2014. Programme d'hydraulique et d'assainissement pour le millénaire (PHAM) évaluation multisectorielle des communautés FDAL
9. Unicef, 2013. Rapport général de l'atelier de remise à niveau des formateurs des facilitateurs à l'approche ATPC, du 18 au 21 Novembre 2013 au Comité Local de la Croix Rouge à Tabou
10. Unicef, 2013. Stratégie de visibilité du PHAM
11. Rapport narratif intermédiaire n° 6 de la composante assainissement du Pham (Programme d'Hydraulique et d'Assainissement pour le Millénaire)
12. Coopération UE-CI-Unicef. Mission d'évaluation de la mise en œuvre du programme PHAM dans la région de la Marahoué
13. PHAM IRC SC 2013. Rapport narratif trimestriel
14. Rapport Premier Trimestre, 2013. Rapport du Programme PHAM, Programme d'Hydraulique et d'Assainissement pour le Millénaire (PHAM) Financé par l'Union Européenne FED/2012/024-147

15. Unicef, 2013. Rapport narratif intermédiaire n° 2 de la composante assainissement du programme d'hydraulique et d'assainissement pour le millénaire (Pham)
16. Données sur la progression des localités PHAM_ATPC_FDAL
17. Evaluation sommative du projet PHAM : liste des personnes de référence à considérer pour les entretiens avec les structures partenaire au niveau central et décentralisé
18. L'agence EAA (Eau et Assainissement pour l'Afrique) en Côte d'Ivoire (2014)., Evaluation de la mise en œuvre de l'action, rapport narratif intermédiaire
19. UNICEF, 2017. Global evaluation report oversight system, This Handbook aims to orient UNICEF staff and partners to the Geros tool and to the Geros system more generally.
20. GNUE (Groupe des Nations Unies pour l'évaluation), Intégrer les droits de l'homme et l'égalité des sexes aux évaluations – Vers un document d'orientation du GNUE
21. GNUE (Groupe des Nations Unies pour l'évaluation)., UN-SWAP Evaluation Performance Indicator Technical Note, Guidance Document
22. UNICEF, 2015. UNICEF procedure for ethical standards in research, evaluation, data collection and analysis
23. Evaluation sommative du projet PHAM : liste des personnes de référence à considérer pour les entretiens avec les structures partenaire au niveau central et décentralisé
24. Rapport Premier Trimestre, 2013. Rapport du Programme PHAM, Programme d'Hydraulique et d'Assainissement pour le Millénaire (PHAM) Financé par l'Union Européenne FED/2012/024-147
25. Unicef, 2013. Rapport narratif intermédiaire n° 2 de la composante assainissement du programme d'hydraulique et d'assainissement pour le millénaire (Pham)
26. Données sur la progression des localités PHAM_ATPC_FDAL.

ANNEXE 8 : Synthèse par district, région, département et par Partenaire de Mise en Œuvre (PMO) des données ATPC (déclenchement, FDAL, % FDAL)

IDENTIFICATION			DECLENCHEMENTS									FDAL						% FDAL			
DISTRICTS	REGIONS	DEPARTEMENTS	2013	2014	2015	2016	2017	Auto-Déclench.	Total	Nb Ménages	Pop. Déclench.	2013	2014	2015	2016	2017	Total	Pop. FDAL	% localités	% population	
BAS SASSANDRA	GBOKLE	FRESCO	-	-	39	-	-	-	39	1.841	13.856	-	-	12	-	-	12	3.081	31%	22%	
		SASSANDRA	-	-	71	-	-	-	71	3.080	22.290	-	-	23	-	-	23	5.594	32%	25%	
	S/TotaL_GBOKLE		2	-	-	110	-	-	-	110	4.921	36.146	-	-	35	-	-	35	8.675	32%	24%
	NAWA	MEAGUI	-	-	43	-	-	-	43	1.491	13.719	-	-	9	3	-	12	2.362	28%	17%	
		SOUBRE	-	-	66	-	-	-	66	2.746	23.455	-	-	4	2	-	6	1.093	9%	5%	
	S/TotaL_NAWA		2	-	-	109	-	-	-	109	4.237	37.174	-	-	13	5	-	18	3.455	17%	9%
SAN PEDRO	SAN-PEDRO	SAN-PEDRO	-	75	9	-	-	-	84	2.679	23.247	-	34	15	-	-	49	10.959	58%	47%	
		TABOU	12	50	-	-	-	-	62	3.001	19.634	-	40	1	-	-	41	12.192	66%	62%	
	S/TotaL_SAN PEDRO		2	12	125	9	-	-	-	146	5.680	42.881	-	74	16	-	-	90	23.151	62%	54%
Total_BAS SASSANDRA		6	12	125	228	-	-	-	365	14.838	116.201	-	74	64	5	-	143	35.281	39%	30%	
MONTAGNES	CAVALLY	BLOLEQUIN	-	31	33	2	-	-	66	4.368	34.350	-	-	19	1	-	20	6.789	30%	20%	
		GUIGLO	-	68	16	-	-	-	84	3.413	27.480	-	14	26	-	-	40	9.135	48%	33%	
		TAÏ	-	-	38	-	-	-	38	1.705	11.808	-	-	17	-	-	17	3.776	45%	32%	
		TOULEPLEU	-	51	-	-	-	-	51	4.224	39.607	-	11	12	1	-	24	13.822	47%	35%	
	S/TotaL_CAVALLY		4	-	150	87	2	-	-	239	13.710	113.245	-	25	74	2	-	101	33.522	42%	30%
	GUEMON	BANGOLO	10	32	21	2	-	-	65	5.928	36.264	-	37	5	-	-	42	21.695	65%	60%	
		DUEKOUÉ	12	79	12	-	-	-	103	4.127	31.954	-	60	5	-	-	65	17.808	63%	56%	
		FACOBLY	-	-	30	-	-	-	30	2.988	20.671	-	-	6	-	-	6	1.239	20%	6%	
		KOUIBLY	-	-	35	-	-	1	36	3.645	25.968	-	-	12	2	-	14	6.713	39%	26%	
	S/TotaL_GUEMON		4	22	111	98	2	-	1	234	16.688	114.857	-	97	28	2	-	127	47.455	54%	41%
TONKPI	BIANKOUMA	DANANE	-	-	58	-	-	-	58	3.267	19.098	-	-	19	-	-	19	3.553	33%	19%	
		DANANE	14	51	16	-	-	1	82	6.158	41.175	-	57	1	2	-	60	27.571	73%	67%	
		MAN	20	40	17	-	-	-	77	5.796	35.177	-	49	7	6	-	62	26.319	81%	75%	
		SIPLOU	-	-	8	-	-	-	8	589	3.067	-	-	3	1	-	4	1.325	50%	43%	
		ZOUAN HOU NIEN	-	-	51	11	-	2	64	5.160	34.096	-	-	23	8	-	31	13.458	48%	39%	
S/TotaL_TONKPI		5	34	91	150	11	-	3	289	20.970	132.613	-	106	53	17	-	176	72.226	61%	54%	
Total_MONTAGNES		13	56	352	335	15	-	4	762	51.368	360.715	-	228	155	21	-	404	153.203	53%	42%	
SASSANDRA-MARAHOUÉ	HAUT-SASSANDRA	DALOA	3	70	13	1	-	1	88	3.664	44.701	-	29	10	4	-	43	21.496	49%	48%	
		ISSIA	-	4	97	10	-	2	113	4.664	62.399	-	-	43	24	-	67	34.873	59%	56%	
		ZOUKOUGBEU	-	72	2	2	-	3	79	3.522	40.432	-	47	4	4	-	55	24.526	70%	61%	
	S/TotaL_HAUT-SASSA		3	3	146	112	13	-	6	280	11.850	147.532	-	76	57	32	-	165	80.895	59%	55%
	MARAHOUÉ	BOUAFLE	4	43	60	-	-	1	108	5.543	39.617	-	20	23	-	-	43	12.699	40%	32%	
		SINFRA	-	-	56	-	-	4	60	2.547	20.954	-	-	20	10	2	32	6.118	53%	29%	
ZUENOULA		-	-	89	-	-	10	99	6.302	54.563	-	-	30	5	1	36	5.608	36%	10%		
S/TotaL_MARAHOUÉ		3	4	43	205	-	-	15	267	14.392	115.134	-	20	73	15	3	111	24.425	42%	21%	
Total_SASSANDRA-MARAHOUÉ		6	7	189	317	13	-	21	547	26.242	262.666	-	96	130	47	3	276	105.320	50%	40%	
3	8	25	75	666	880	28	-	25	1.674	92.448	739.582	-	398	349	73	3	823	293.804	49%	40%	
PMO			2013	2014	2015	2016	2017	Auto-Déclench.	Total	Nb Ménages	Pop. Déclench.	2013	2014	2015	2016	2017	Total	Pop. FDAL	% localités	% population	
IRC			47	269	348	26	-	10	700	45.381	363.048	-	219	133	51	-	403	182.768	58%	50%	
CRF			24	354	327	2	-	-	707	32.675	261.400	-	159	143	7	-	309	86.611	44%	33%	
EAA			4	43	205	-	-	15	267	14.392	115.134	-	20	73	15	3	111	24.425	42%	21%	
TOTALUX PHAM			75	666	880	28	-	25	1.674	92.448	739.582	-	398	349	73	3	823	293.804	49%	40%	

ANNEXE 9. ESQUISSE DE GRILLE D'OBSERVATION

Critères de l'évaluation	Observations factuelles (Qu'est-ce qu'est observé)	Parole des communautés (Qu'est-ce qui est entendues)	Questions, hypothèses atouts, points forts, difficultés
Pertinence			
Efficacité			
Efficience			
Durabilité			
Genre, Equité, droit de l'homme			